

PLFSS 2024 – La stratégie de la gestion de la pénurie et de l'austérité pour ne pas répondre aux besoins des citoyen.nes.

Depuis sa création en 1996, la LFSS est devenue l'outil principal de pilotage de la politique de santé en France. Sous couvert d'une complexité technique maquillant d'importants choix politiques, elle constitue le point de départ d'un processus gestionnaire qui détermine comment la réponse aux besoins à travers la Sécurité sociale va pouvoir s'effectuer.

Concrètement, ces lois (PLFSS, PLFSSR puis LFSS) déterminent comment vont évoluer (à la baisse) les conditions de travail et les effectifs, les salaires réels (*compte-tenu de l'inflation*) des travailleurs et travailleuses qui nous soignent ou gardent nos enfants, comment vont évoluer (à la baisse) nos remboursements par la Sécurité sociale de médicaments et de consultations, éventuellement comment vont évoluer (à la baisse) nos retraites réelles, comment vont être enfin pris en charge (*ou pas*) les nouveaux besoins comme le droit à l'autonomie et enfin les moyens (*insuffisants*) dont vont disposer (ou non) les travailleur-ses des caisses de Sécurité sociale pour mettre en œuvre leur mission de service public.

Par la création de la loi de Financement de la Sécurité sociale, l'État a donc pris le contrôle sur la Sécurité sociale tout en conservant le contrôle financier qu'il n'a jamais voulu concéder.

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 ne fait pas exception à cette règle et imposera à notre système de santé de nouvelles économies à hauteur de 3,5 milliards d'euros minimum.

Et pourtant les alertes se multiplient : épuisement généralisé des soignant.es, dégradation de la santé de la population, maltraitance dans les EHPAD ou les crèches du fait de manque de moyens, impossibilité d'accès aux soins, sous-déclaration massive des accidents du travail... Pour autant, les ministères et l'Élysée restent imperméables à toutes ces alertes.

Ainsi, les propositions de ce PLFSS sont loin d'être à la hauteur. La hausse de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé à 3,2% se situera pour l'année 2024 en dessous de l'inflation et en dessous de sa « dynamique naturelle » d'augmentation à 4,6%. **L'ONDAM reste un outil d'austérité et c'est pour cela que la CGT s'y est historiquement opposée.**

La CGT s'oppose à ces logiques purement gestionnaires et revendique la restitution de la maîtrise de la sécurité sociale aux travailleur-ses, la suppression des exonérations de cotisations sociales qui représentent plus de 75 milliards d'euros et une vraie réponse aux besoins en termes de santé, retraite, droit à l'autonomie, petite enfance... pour tendre vers une Sécurité Sociale Intégrale.

Les principales mesures du PLFSS 2024

Santé et autonomie : dissimuler des économies et des réformes structurelles derrière une prévention au rabais

Le gouvernement confirme sa logique de cloisonnement entre la politique de santé et la perte d'autonomie. La CGT s'oppose à cette vision de l'aide à l'autonomie et à une gestion au travers d'une « branche » spécifique et d'une caisse financée par l'impôt. La perte d'autonomie est l'affaire de la politique de santé, d'une santé qui dépasse la maladie et le soin.

Le PLFSS 2024 propose quelques mesures de prévention parmi lesquelles la mise en place d'une campagne de vaccination contre le papillomavirus dès 11 ans, l'amélioration de l'accessibilité aux préservatifs pour les moins de 26 ans, la lutte contre la précarité menstruelle et la mise en place de bilans de prévention. Si sur le fond ces mesures ne peuvent être que bénéfiques, leur mise en œuvre posera de très nombreux problèmes et dénote encore une fois une logique gouvernementale opposée à une Sécurité sociale qui protège tous et toutes. Elles relèvent avant toute chose d'une opération de communication de la part du gouvernement alors qu'il s'agit de réels besoins de la part de la population.

En matière de **vaccination** (article n°17), la mesure de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) prise en charge à 100% dans tous les collèges pour les élèves de 11 à 14 ans est un élément important de prévention mais interroge sur la question de la mise en œuvre dans la mesure où le PLFSS ne prévoit pas une prise en charge par la médecine scolaire avec un accompagnement mais une prise en charge large par la médecine de ville ou des professionnel.les de santé recruté.es pour cette mission. La suppression du ticket modérateur pour la vaccination antigrippale et contre la rougeole oreillons rubéole (ROR) pour les populations cibles est sanctuarisée mais intégrera le champ de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDA) autrement dit la prévention viendra augmenter artificiellement (en termes comptables) les dépenses de santé et donc la contrainte sur les autres dépenses (soins, remboursements, etc). La prévention au sein de l'assurance maladie fait l'objet d'un financement dédié qui n'entre pas en concurrence avec les autres dépenses de santé, c'est donc un changement comptable aux conséquences concrètes en termes d'austérité.

Concernant la lutte contre la précarité menstruelle (article n°19), les assurées de moins de 26 ans bénéficieront d'une prise en charge de quelques protections périodiques réutilisables (« culottes menstruelles et coupes mensuelles « cups ») à hauteur de 60% par l'assurance maladie, 40% resteront donc à charge des bénéficiaires ou de leurs ayants droit. Autrement dit, pour que la lutte contre la précarité soit effective les bénéficiaires devront absolument avoir une complémentaire santé (« mutuelle ») soit via une complémentaire d'entreprise soit par leurs propres moyens comme le cas des travailleuses indépendantes ou des jeunes. Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire bénéficieront d'une prise en charge à 100%. Ce dispositif ne permettant que le remboursement des protections hygiéniques réutilisables et non y compris celui des jetables posera pour certaines personnes précaires d'importantes difficultés empêchant le recours à cette mesure. Par ailleurs, on ne peut que s'interroger sur la focalisation sur les moins de 26 et sur les plus précaires comme si la question menstruelle s'y limitait. En somme, si l'intention est bonne, la réalisation laissera sûrement les plus précaires dans la même situation qu'aujourd'hui.

Le développement des bilans de prévention (article n°20) pose aussi la question de la logique sous-jacente d'un tel dispositif. S'agit-il de permettre l'identification précoce de pathologie ou de construire une logique de responsabilisation individuelle de la bonne santé, où chacun devient

« l'acteur de sa santé », et où le gouvernement promeut « les comportements favorables à la santé ». En somme, s'agit il de chasser les « mauvais comportements » pour des raisons financières en construisant un dispositif de contrôle social ou s'agit il d'un réel dispositif d'amélioration de la santé des populations ? A noter que le gouvernement profite du PLFSS pour fixer à 30€ le tarif de la consultation de prévention et interdire les dépassements d'honoraires pour passer outre les négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professionnel·les de santé qui ont en partie échoué face aux revendications des médecins. Autrement dit quand le gouvernement veut imposer des choses face à des revendications (consultation à 50€) et pratiques inacceptables (dépassement) il le fait. Enfin, le gouvernement ne budgète la mesure qu'avec une participation effective à ces rendez-vous (taux de recours) des personnes concernées de 15%.

Toujours en matière de prévention, le PLFSS prévoit de supprimer la participation des assuré.es âgé.es de moins de 26 ans et de lever la prescription pour l'achat de préservatifs externes et internes. Si cette mesure peut apparaître comme positive, seule, elle ne permettra pas de faire face aux enjeux de la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles ou contre les grossesses non désirées. **Cette mesure traduit la vision très pauvre de la prévention qu'a le gouvernement !**

Côté structuration du financement, ce PLFSS acte **la transition vers un nouveau mode de financement (article n°23) des activités de Maladie Chirurgie Obstétrique (MCO)**. L'objectif semble être la diminution de la tarification à l'activité (T2A) dans le financement des établissements de santé. *Pour rappel, la T2A est un mode de financement qui associe un niveau de rémunération à une activité spécifique dans le cadre d'une enveloppe de financement fermée, l'ONDAM. Les structures sont donc amenées à se battre pour récupérer la plus grosse part d'un gâteau qui n'évolue que très peu chaque année en maximisant le nombre d'actes pratiqués.*

Ce nouveau financement se structurerait donc autour de trois compartiments :

- **Les « activités standards » resteraient financées via la T2A.** Il s'agirait des activités de chirurgie et de médecine dont le gouvernement considère qu'elles ont pu être standardisées. **Ce mode de financement de ce type d'activités est sans aucun doute ce qui a permis le développement massif de structures de soins lucratifs** spécialisées sur quelques pathologies en concentrant de fait les cas les plus complexes, et les moins rémunérateurs dans le cadre de ce type de financement, dans les structures publiques.
- Les « **activités répondant à des objectifs de santé publique** » seront financées par des dotations spécifiques.
- Les « **activités de soins aigus, spécifiques** » seront financés par un financement mixte, entre T2A et dotation à l'activité.

En ce qui concerne la médecine de ville, les ambitions du gouvernement sont beaucoup moins fortes puisqu'il se limite à normaliser les **sanctions contre les médecins en cas de fraude** (article n°7) qui désormais pourront voir annulée la prise en charge de leurs cotisations sociales dont ils bénéficient en temps normal de la part de l'Assurance-maladie. Remarquons que la question des actes frauduleux et de leur gestion serait plus simple si la médecine libérale était mieux régulée.

En matière d'organisation des soins (article n°22), ce PLFSS prévoit de réformer le cadre des expérimentations prévues par l'article n°51 de la LFSS de 2018 qui permet de financer de nouvelles organisations des soins en ville ou en lien avec les établissements de santé. L'objectif de cette mesure est de mettre fin à certaines expérimentations et d'en pérenniser d'autres. **Pour la CGT la réforme de l'organisation des soins passe principalement par des moyens à la hauteur pour**

les établissements et par le développement des centres de santé adossés à des établissements et notamment portés par les caisses de Sécurité sociale ou les collectivités.

Enfin, concernant la partie autonomie, le PLFSS 2024 prévoit l'expérimentation (article n°37) d'une des mesures issues du rapport Pirès Beaune (2023), à **savoir la fusion du forfait dépendance, assuré par les départements, et du forfait soin, assuré par les Agences Régionales de Santé (ARS)**. A noter immédiatement que lorsque le gouvernement parle d'expérimentation, il ne fait qu'annoncer une mesure qu'il mettra en œuvre concrètement dans les années à venir. Il faut donc être très vigilant sur cette question.

Par la fusion des deux tarifs en une section unique « soin-dépendance » sous l'égide seule des ARS, l'État opère un rapprochement des Ehpad vers la 5^{ème} branche Autonomie de la Sécurité Sociale. En effet dans ce cadre, un transfert de recettes doit s'effectuer des départements vers la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Cette expérimentation sur la base du volontariat des départements doit s'acter pendant l'année 2024 pour une mise en œuvre 2025. Cette mesure se précisera et s'affinera donc avec le PLFSS 2025.

L'on peut cependant deviner les contours du projet gouvernemental quant à ce rapprochement Ehpad/5^{ème} branche : il s'agit là d'une reprise d'une compétence départementale (l'autonomie) par une branche dysfonctionnelle et étatique de la Sécurité Sociale. Hormis la perte de souveraineté des départements, c'est également le contrôle tarifaire qui échappe aux départements avec ce qui s'ensuit de potentielles coupes budgétaires et d'initiatives ou projets alternatifs interrompus.

Également, la charge du risque vieillesse et autonomie s'éloigne toujours plus d'une véritable prise en charge par la cotisation sociale : la 5^{ème} branche étant majoritairement financée par la Contribution Sociale Généralisée (CSG). Pour rappel, la CSG est un impôt injuste imposé aux français.es par 49.3 en 1990, s'appliquant sur les revenus d'activité mais aussi sur les pensions de retraite, les revenus du patrimoine, de placements et de jeux. La CSG n'a cessé d'augmenter depuis 1991. Il ne faut donc pas s'y tromper, cette expérimentation ne sonne donc en rien le glas de la marchandisation des Ehpad et de la vieillesse ([comme dénoncé par la CGT](#)) mais bien comme une énième technique comptable de gestion des dépenses.

Enfin, concernant les professionnel.les, si le dossier de presse du gouvernement semble annoncer des recrutements importants dans le secteur du soin et de l'autonomie, avec notamment 25 000 places de services de soin infirmiers à domicile (SSIAD) ou encore 50 000 nouveaux postes dans les Ehpad, ces mesures ne sont que des annonces reportées à l'horizon 2030. Pour l'année 2024, il faudra se contenter du financement de 3 000 postes dans les Ehpad.

Pourtant, investir dans ce secteur du soin et du lien, [comme le rappellent la CGT et l'IREs](#), est un enjeu majeur autant pour la qualité des services, dans un secteur en tension et précarisé, que pour l'égalité entre les femmes et les hommes. Un an après le scandale Orpea, le gouvernement fait donc fi de ces propositions au détriment des professionnel.les et des usager.es.

De la même manière, si l'idée de mettre l'accent sur le repérage précoce pour toutes situations de handicap en assurant un diagnostic et un accompagnement pour tous les enfants jusqu'à 6 ans est louable, les moyens de la médecine scolaire, pilier central de ces enjeux, reste absente de ce PLFSS.

Retraite (Vieillesse) : ou les conséquences de la contre réforme des retraites

Le PLFSS 2024 poursuit la mise en place de la contre-réforme des retraites en adaptant les mécanismes budgétaires du système de retraite et l'étendant aux territoires ultra-marins de Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Concernant la fermeture des régimes pionniers décidée dans le cadre de la contre-réforme des retraites ou les régimes déjà fermés, le PLFSS prévoit l'intégration financière de ces régimes au régime général à compter du 1er janvier 2025 (article n°9). Ce dernier sera dès lors chargé d'assurer l'équilibre de ces régimes pour garantir le versement des prestations à leurs bénéficiaires en lieu et place de l'État. Autrement dit, le régime devient « équilibreur en dernier ressort » à la place de l'État qui n'est désormais plus garant du financement des régimes fermés par son budget vis-à-vis des bénéficiaires de ces régimes mais garant vis-à-vis de la CNAV afin de compenser le coût des régimes.

Le financement des régimes spéciaux fermé sera donc fait à partir bien évidemment des cotisations qu'ils perçoivent mais qui sont amenées à disparaître compte-tenu de l'absence de nouveaux entrants et de l'épuisement des réserves de ces régimes. Enfin, si ces deux mesures sont insuffisantes la CNAV bénéficiera d'une dotation d'équilibre alimentée par une fraction de TVA qui lui serait attribuée. Il s'agit d'une fiscalisation de fait du financement de la branche.

Par ailleurs, les gains budgétaires issus de la réforme des retraites pour le régime de retraite complémentaire des salarié-s du privé AGIRC-ARRCO seront transférés au régime général, au titre de la solidarité, au sein du régime de retraite et ce, à travers une convention. Pour rappel, ces gains proviennent du décalage de l'âge d'ouverture des droits à la retraite, de l'accélération de l'augmentation de la durée d'assurance requise et des recettes apportée par les nouveaux assurés des régimes spéciaux. Le gouvernement utilise donc ce PLFSS pour mettre à contribution l'AGIRC-ARRCO budgétairement, confirmant les propos du Ministre Dussopt qui évoque une ponction de 1 à 3 milliards. Le gouvernement passe ainsi outre le paritarisme de gestion qui a fait la preuve de son efficacité alors que des négociations sont en cours. Le paritarisme est donc clairement bafoué. A noter que la branche maladie est également mise à contribution (article n°10) au titre des gains budgétaires engendrés par la contre-réforme des retraites à hauteur 194 millions d'euros en 2024 et 520 millions à horizon 2027. Une telle mesure est un comble quand on sait que la réforme des retraites aura des conséquences négatives sur la santé.

L'Unédic – Une autre institution du paritarisme de gestion également ponctionnée par l'État !
L'État ponctionne également la caisse de l'Assurance Chômage (Unédic) une autre instance du paritarisme de gestion malgré là encore la négociation en cours. L'objectif est de financer France Travail dans le cadre de la mise en place de la contre-réforme dit du plein emploi. Cette ponction de deux milliards va se faire en diminuant la compensation de l'État à l'Unédic des exonérations de cotisation sociale, une véritable mécanique néolibérale.

L'application de la contre-réforme des retraites à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon est cohérente et tout aussi refusée par la CGT que dans le reste du territoire mais elle interpelle particulièrement dans le cas de Mayotte dont les droits sociaux et l'état des service publics restent très dégradés.

La CGT revendique l'abrogation totale de la contre-réforme des retraites et la retraite à 60 ans !

Famille : la grande oubliée !

Concernant la politique Familiale, ce PLFSS est particulièrement pauvre malgré les enjeux mais il annonce la couleur avec l'évocation dès le dossier de presse d'une **modification substantielle à venir par voie réglementaire des conditions d'attribution des prestations sociales**. Sous couvert de la lutte contre la « fraude sociale », les conditions de résidence pour l'accès aux prestations sociales versées par les CAF et les caisses de retraites vont être modifiées. En effet, dans la continuité des modifications pour l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées en août 2023, le critère de résidence va passer de 6 mois à 9 mois. Un **prochain décret sera proposé pour harmoniser les conditions de résidence en France de toutes les prestations sociales à 9 mois**. **La CGT dénonce ce durcissement des conditions pour obtenir le droit aux prestations et juge cette mesure malsaine car elle conforte une perception négative selon laquelle la fraude serait principalement le fait des populations étrangères, dans un contexte de la montée de l'extrême droite.**

Plus spécifiquement pour ce PLFSS 2024, la branche famille est exclusivement concernée par une mesure (article n°21) qui concerne certains minima sociaux qu'elle gère pour le compte de l'État, en l'occurrence l'allocation adulte handicapé (AAH). Cette mesure concerne également l'assurance-maladie et l'assurance retraite (l'allocation supplémentaire d'invalidité - ASI) où Pôle Emploi (allocation de solidarité spécifique (ASS) et l'allocation du contrat d'engagement jeune - CEJ).

Avec cette mesure, ces bénéficiaires de minima sociaux pourront désormais bénéficier d'une présomption de droit à la Couverture Santé Solidaire (C2S) avec participation forfaitaire. **Autrement dit, les bénéficiaires de ces minima seront prévenus par les caisses de sécurité sociale et par Pôle Emploi qu'ils sont éligibles à cette complémentaire santé.**

Seuls les bénéficiaires qui sont sous les plafonds d'obtention de la C2S avec participation financière pourront effectivement en bénéficier (13 120€ de plafond pour une personne seule), soit seulement 60% des bénéficiaires de l'AAH ou 65% de l'Allocation de Solidarité Spécifique par exemple. Autrement dit, il ne s'agit que d'une présomption partielle pour une complémentaire santé à horizon 2026, une mesure bien timide. **Pour la CGT, la solution la plus simple serait comme cela était prévu à la création de la Sécurité sociale de couvrir toute la population : une seule solution la Sécurité sociale intégrale !**

Par ailleurs, la branche famille alerte sur les difficultés techniques de déploiement dans la mesure où les besoins informatiques de cette réforme entrent en concurrence avec les réformes imposées à la branche ! Dans un premier temps l'opération sera réalisée manuellement par les agent-es de la branche ce qui entraînera une surcharge de travail importante avec par conséquent une qualité de service aux assuré.es dégradée. **L'État doit donner les moyens d'assurer les missions qu'il confie à la branche !**

Concernant le **déploiement du Service Public de la petite enfance**, aucune annonce nouvelle n'est faite dans ce PLFSS. Sont néanmoins rappelées les revalorisations du Complément de Mode de Garde qui entreront en vigueur en janvier 2025, les évolutions apportées par la loi « Plein Emploi » en ce qui concerne la gouvernance de la petite enfance, et les décisions prises dans le cadre de la COG 2023 - 2027. **Aussi, l'annonce de 100 000 ouvertures de places à l'horizon 2027 et de 200 000 pour 2030 a totalement disparu.**

Dans la liste des disparitions et malgré les nombreuses annonces faites depuis la nomination de la nouvelle ministre des Solidarités et des Familles, Aurore Bergé, **on ne peut que constater que la réforme du congé parental largement soutenue par le**

conseil d'administration de la CNAF n'est toujours pas d'actualité. Il semble que la rigueur budgétaire et les contraintes financières et techniques de la branche famille aient eu raison des ambitions ministérielles.

Cette absence de mesure est d'autant plus étonnante que la branche famille, malgré le transfert depuis la branche maladie de la prise en charge du congé maternité post natal pour 2 milliards d'euros dès 2023, mais aussi la dynamique de ses dépenses et le transfert d'une partie de ses recettes à la branche autonomie (seulement 100 millions), resterait excédentaire à 800 millions en 2024 et 1.7 milliards à horizon 2027. **La branche ne doit pas cumuler les excédents et doit obtenir des moyens supplémentaires pour faire face aux très nombreux besoins des familles.**

Ainsi, malgré l'actualité alarmante autour des crèches privées, le rapport récent de l'IGAS et les nombreuses alertes de la CGT, le gouvernement ne prend toujours pas la mesure de la situation très préoccupante de ce secteur.

Accidents du Travail – Maladies Professionnelles : une faute inexcusable du gouvernement

L'article 39 du PLFSS vient modifier les règles de rente et de réparation, en faveur du patronat. La réparation des AT/MP (Accident du Travail/Maladie Professionnelle) obéit à une logique forfaitaire basée sur la présomption d'origine professionnelle de l'AT/MP. Cette présomption est à la base de ce que l'on appelle « *le compromis de 1898* » : le ou la travailleur-se n'a pas à démontrer l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie pour être indemnisé-e sur une base plus favorable qu'avec une maladie ordinaire.

Cette indemnisation prend la forme d'une indemnisation forfaitaire en deux parties : une part professionnelle et une part fonctionnelle. La première correspondant à la perte de gains et à l'incidence professionnelle de l'AT/MP, la deuxième correspondant aux pertes fonctionnelles et aux souffrances de la vie quotidienne, suite à l'AT/MP. Un point important de ce système est que si l'AT/MP était directement dû.e à une faute inexcusable de l'employeur, un droit à une majoration de rente ou de capital s'ouvrirait pour la victime. Sachant que « *L'auteur de la faute inexcusable est responsable sur son patrimoine personnel des conséquences de celle-ci.* » (Article L452-4 du Code de la Sécurité Sociale).

Ce PLFSS 2024 introduit une disposition particulièrement avantageuse pour les employeurs, prévoyant qu'en cas de faute inexcusable, la branche AT/MP supportera la charge financière de la perte fonctionnelle à la suite d'un AT/MP, en plus de ce qu'elle couvrait déjà. Une vigilance particulière doit aussi se faire quant aux barèmes et aux règles de calcul des différentes rentes, amenées à être revues et modifiées par décrets courant 2024, avec tous les reculs de droits et de compensation financière que l'on peut craindre.

Tout aussi préoccupant est l'article 26 qui prévoit la généralisation de **la délégation de certains actes médicaux, à destination des salarié.es agricoles, des médecins du travail aux infirmier-eres de santé** au travail. Après un été particulièrement meurtrier pour les ouvrier.es agricoles (avec la mort de 6 saisonniers dans les vignes françaises), le gouvernement ne renforce pas les moyens de la médecine du travail agricole au profit d'une responsabilisation accrue des infirmier-es et d'un remplacement du médecin, mesure révélatrice d'un manque de volonté politique.

Concernant les transferts de fonds inhérents à l'AT/MP (article n°44), le PLFSS 2024 prévoit les dotations de la branche vers le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA) et vers le Fonds de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante (FCAATA) à hauteur de 355 millions d'euros chacun.

De même, **la sous déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles** (phénomène gravissime aux lourdes conséquences pour la reconnaissance et la juste réparation) est ici hypocritement reconnue mais non résolue au profit d'un habituel transfert d'1,2 milliards d'euros de l'AT/MP vers la branche Maladie de la Sécurité Sociale alors que la sous-déclaration est estimée à au moins 2 milliards d'euros.

Pour la CGT, à l'inverse de la politique gouvernementale, il est nécessaire d'assurer une véritable reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles par le renforcement de la médecine du travail par rattachement à la Sécurité sociale, le rétablissement des CHSCT et l'extension de la réparation et des maladies reconnues.

Par ailleurs, la CGT restera très vigilante à ce que toutes les évolutions de la branche AT/MP soient conformes aussi bien aux principes de la Sécurité sociale qu'elle défend qu'à l'ANI en cours de transposition avec toutes les réserves qu'elle a exprimées lors de sa signature.

Financement et Recouvrement : quand une bonne nouvelle en cache une mauvaise

Le PLFSS 2024 en matière de financement n'échappe pas à la logique des précédents en poursuivant l'austérité pour la Sécurité sociale et l'ensemble des secteurs qui en dépendent.

De manière globale sur la situation financière de la Sécurité sociale on peut relever les points suivants :

- Les administrations de sécurité sociale (catégorie statistique) seraient excédentaires à hauteur de 0.6% du PIB pour 2024. En effet, si les régimes obligatoires de base de sécurité sociale ont un déficit pour 2024 anticipé de 11,2 milliards d'euros, il est nécessaire de rappeler que chaque année la Sécurité sociale rembourse une partie de sa dette à travers la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (la CADES) qui elle-même remboursera presque 16 milliards d'euros en 2024. ***Autrement dit, la Sécurité sociale pourrait couvrir largement son déficit et même mieux couvrir les besoins au lieu de rembourser une dette largement contestable car liée à des décisions de politique économique et à un manque de recettes, c'est-à-dire liées à des décisions prises par l'État.***
- La **dynamique des recettes** de la Sécurité sociale est bonne grâce à la bonne tenue de l'activité économique et à la croissance de la masse salariale ce qui augmente de fait le produit des cotisations sociales. Cela nous rappelle que le financement par la socialisation d'une partie des salaires grâce à la cotisation sociale reste la meilleure ressource pour la Sécurité sociale dans la mesure où toute hausse de salaire entraîne une hausse de recettes pour la Sécurité sociale.
- La logique de la cotisation sociale est remise en cause par une **dynamique des exonérations** elle aussi importante. Les exonérations de cotisations sociales atteindront (chiffres de la CCSS) pour les régimes de base de la Sécurité sociale en 2024 a priori 75,6

milliards d'euros et même 90,6 milliards d'euros si on ajoute les autres administrations de Sécurité sociale (Assurance Chômage, Agirc-Arrco, etc).

La CGT défend un financement de la Sécurité sociale exclusivement par la cotisation sociale et s'oppose à toutes les exonérations de cotisation sociale.

Sur **le plan de l'organisation de la Sécurité sociale et de son recouvrement**, le PLFSS 2024 introduit deux mesures : la première concerne le paiement des cotisations par les plateformes numériques et la sanctuarisation de l'organisation du recouvrement.

En ce qui concerne **le paiement des cotisations sociales dues par les micro-entreprises utilisatrices des plateformes** (article n°6), ces dernières verseront désormais directement aux URSSAF les cotisations dues par ces micro-entreprises prélevées sur leur chiffre d'affaires. Les micro-entreprises n'auront plus à verser elle-même aux URSSAF et les plateformes verseront désormais un chiffre d'affaires net des cotisations. Le calcul du taux et les modalités de prélèvement de ces cotisations se feront à travers une application numérique de déclaration permettant aux URSSAF de récupérer auprès des plateformes les informations nécessaires au calcul en complément des informations récupérées auprès des finances publiques. Ce transfert de responsabilité dans le versement des cotisations sociales avec le rôle donné aux plateformes qui se substituent aux micro-entreprises qui exercent leur activité à travers elles fait que les plateformes, hormis quelques détails techniques, se comporteront vis à vis des URSSAF comme n'importe quelle entreprise qui a des salarié-es. Pour rappel, le statut de micro-entrepreneur est moins coûteux pour les entreprises mais moins protecteur pour les travailleur-ses. Dans un contexte où diverses plateformes sont reconnues de travail dissimulé et où le statut de micro-entreprise concurrence directement le salariat, cette mesure au nom de la lutte contre la fraude pérennise le contournement du salariat. A noter que le PLFSS prévoit de récupérer au moins 200 millions d'euros de cotisations actuellement manquantes.

Le PLFSS 2024 propose (article n°8) **de revenir sur la décision prise en LFSS 2020 qui actait le transfert de l'ensemble du recouvrement social aux URSSAF** notamment celui réalisé par la Caisse des Dépôts dans le cadre de la gestion de certains régimes de retraites, celui réalisé pour la retraite complémentaire par l'AGIR-ARRCO ou celui réalisé par les OPCO pour la formation professionnelle. Cette annulation du transfert aux URSSAF se fait à la suite d'une large mobilisation contre celle-ci, de la mise en évidence de nombreuses difficultés techniques et des conséquences potentielles en termes de droits sur la centralisation du recouvrement social. Si cette mesure est une bonne nouvelle il est nécessaire de rester vigilant sur la coordination étroite entre les réseaux de recouvrement dont la coopération renforcée est prévue en termes d'outils ou de procédures. La simplification du recouvrement s'accompagne également d'une centralisation renforcée auprès des URSSAF du Prélèvement à la Source des revenus Autres (dispositif PASRAU) notamment pour le prélèvement de la cotisation maladie du Régime Local d'Alsace Moselle ou de la CSG sur les revenus de remplacement des assuré-s du régime agricole.

Outre ces deux mesures le PLFSS évoque une évolution sur la compensation des exonérations de cotisation par l'État et une mesure relative au crédit d'impôt liée à la lutte contre la fraude.

Le PLFSS prévoit également la réforme de la procédure d'avance de crédit d'impôt pour l'emploi de services à la personne et la simplification de procédures de contrôle et de sanctions des URSSAF (article n°5). De telles mesures ne doivent pas se traduire par un recul des droits des bénéficiaires. Une analyse plus détaillée de ces dispositifs techniques sera réalisée.

Concernant la compensation des exonérations de cotisation sociale, elle se fera comme les années passées par l'attribution de recettes fiscales de l'État à la Sécurité sociale notamment d'une part de

la TVA. Si les exonérations de sécurité sociale sont quasiment intégralement compensées, au moins 2,7 milliards ne le sont pas ! Par ailleurs, le PLFSS 2024 prévoit également une augmentation des exonérations directement compensées par le budget de l'État (article n°12) à 7,1 milliards soit un milliard de plus qu'en 2023 à cause des déductions sur les heures supplémentaires et des exonérations sur les contrats d'apprentissage. La compensation des exonérations de cotisation si elle limite la perte de recettes pour la sécurité sociale prive d'autant l'État de recettes pour financer les services publics aujourd'hui exsangues. **Il est donc absolument nécessaire dans l'intérêt de la Sécurité sociale et des services publics de mettre fin aux exonérations de cotisations sociales !**

Arrêts maladie - Une attaque sans précédent

Les arrêts maladies sont de nouveau dans le viseur des économies recherchées par le gouvernement, par l'article 25, 27 et 28 de ce PLFSS.

Le fin mot de la grande campagne de dénigrement du droit à l'arrêt maladie transformé en droit à la paresse -selon le gouvernement- prend enfin forme dans ce PLFSS 2024. Ces déclarations et procès d'intentions envers les travailleurs et travailleuses cachent bel et bien un vaste projet d'économie sur la santé de tous et toutes. La fausse idée du « travailleur enclin à la paresse » et des « médecins de connivence » est un écran de fumée pour cacher l'immense recul de droits imposé en solution à un problème inexistant.

Deux logiques se dessinent donc dans ces deux articles 25 et 28 : la première étant de donner le pouvoir aux médecins de l'employeur en matière de contrôle d'arrêt de travail et cela autant pour les assurés-es que pour les médecins ; la deuxième est de favoriser la téléconsultation tout en limitant la durée des arrêts de travail prescriptibles dans ce cadre.

Le gouvernement renforce également la pression sur les médecins pour limiter les prescriptions des arrêts-maladie également via l'article 25 : sous couvert d'accessibilité des traitements pour les cystites et les angines en autorisant leur délivrance par les pharmaciens, le gouvernement limite de fait la possibilité d'arrêt maladie pour ces pathologies.

Médicaments - Une gestion de la pénurie sans politique industrielle

Pour rappel, les mesures relatives à l'accès aux médicaments relèvent des articles 4 (révision de la contribution de l'industrie du médicament), 25 (élargissement des compétences des pharmaciens en matière de prescription d'antibiotique après une angine ou une cystite), 29 (réduire l'impact environnemental sur le secteur des dispositifs médicaux), 31 (réforme du financement de l'établissement français de sang) et l'ensemble des dispositions du chapitre III « Améliorer la lisibilité de la régulation macroéconomique des produits de santé ».

Particulièrement présentes dans ce PLFSS, par les articles n°4, 9, 25, 29, 31 et de 32 à 36, les mesures envers l'accès aux médicaments et aux produits de santé restent largement insuffisantes.

Le manque d'investissement du gouvernement sur ce sujet aboutit à une industrie pharmaceutique particulièrement dérégulée et peu apte à répondre aux besoins des patients et patientes. Ces dernières sont les principales victimes de cette libéralisation du marché du médicament, les

renvoyant à la responsabilité individuelle et à l'automédication, qui est particulièrement dangereuse et potentiellement mortelle.

Il est plus que jamais nécessaire de construire un pôle public de santé tel que revendiqué par la CGT capable de réponse aux besoins de toutes et tous !

Les échéances autour du PLFSS :

- 27 septembre 2023 : délibération en Conseil des ministres et dépôt sur le bureau de l'Assemblée nationale
- 29 septembre : présentation du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) et **audition CGT**
- 2 octobre 2023 : table ronde avec les organisations syndicales de salariés sur le PLFSS à la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale – **Expression de la CGT**
- **13 octobre 2023 : en France et en Europe, mobilisons-nous contre l'austérité, pour les salaires et l'égalité femmes-hommes !**
- Semaine du 16 octobre 2023 : examen par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
- Du 24 au 30 octobre 2023 : examen en séance plénière à l'Assemblée nationale
- Semaine du 6 novembre 2023 : examen par la Commission des affaires sociales du Sénat
- Semaine du 13 novembre 2023 : examen en séance plénière au Sénat
- Promulgation avant le 31 décembre 2023