



# PROPOSITIONS DE REFORME DE LA SECURITE SOCIALE

ELABOREES PAR  
LES DEPUTE-E-S COMMUNISTES ET REPUBLICAINS

ET

LES SENATEURS COMMUNISTES, REPUBLICAINS  
ET CITOYENS

Le 11 mai 2004

# INTRODUCTION

*« La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence »*

Préambule de la Constitution de 1946

C'est dans une France exsangue, meurtrie et ruinée par quatre sombres années d'occupation, que fut créée en octobre 1945 la sécurité sociale, l'une des mesures majeures préconisées par le programme du Conseil National de la Résistance.

A l'initiative du Parti communiste français et de la CGT, cet acte courageux et visionnaire devait contribuer à assurer à chacun une protection individuelle devant les risques sociaux de toute nature susceptibles de réduire sa capacité de gains. Alimentée par une cotisation sociale assise sur les salaires distribués en contrepartie des richesses créées par les travailleurs, la sécurité sociale ancrant son financement dans l'entreprise tout en le faisant échapper aux règles du marché et de la concurrence, ainsi qu'à l'emprise de l'Etat. La gestion de ces fonds et les prestations qu'ils permettaient, étaient alors assumées par les représentants des salariés selon les règles de la représentation démocratique.

Chacun contribuant selon ses moyens et recevant selon ses besoins : les fondateurs de la sécurité sociale affirmaient les principes de solidarité, d'universalité et de démocratie au cœur d'un nouvel édifice social profitable au développement du pays.

C'est pourquoi, l'existence du système actuel de protection sociale représente pour la Nation un acquis majeur du 20<sup>e</sup> siècle qu'il convient de préserver aujourd'hui.

Or, la proposition de réforme de l'assurance maladie du gouvernement s'inscrit à l'encontre de ce progrès social. Après avoir remis en cause le principe de la couverture socialisée du risque vieillesse, le gouvernement voudrait aujourd'hui mettre à mal le principe de la couverture socialisée, générale et intégrale du risque maladie.

Les mesures déjà mises en œuvre, dont l'augmentation du forfait hospitalier, le déremboursement de nombreux médicaments y compris des vaccins, la réduction des droits des bénéficiaires de l'AME et de l'APA, le renforcement des contrôles des personnes souffrant d'une affection de longue durée, la tarification à l'activité ou l'autorisation donnée à l'industrie pharmaceutique de fixer librement le prix des médicaments innovants témoignent du sens très libéral que le gouvernement entend donner à la réforme, devant aboutir à privilégier la responsabilité individuelle au détriment de la solidarité nationale.

Pourtant, la réduction des inégalités sociales et des inégalités territoriales en matière d'accès aux soins comme la couverture d'autres risques sanitaires et sociaux, exigent justement de renforcer la logique du système actuel et non d'ouvrir des pans entiers de la protection sociale aux assureurs privés.

Aujourd'hui, les besoins en la matière sont encore plus vastes que jamais.

D'une part, les progrès de la médecine, des sciences et des techniques ouvrent des possibilités immenses pour que tous accèdent à des soins de haute qualité. De nombreux fléaux peuvent maintenant être éradiqués.

D'autre part, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et non plus seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité. Avec la lutte contre la maladie et les infirmités, il s'agit alors pour notre système de santé de faire face à l'engagement de toutes les capacités humaines.

Ces besoins humains nouveaux qui témoignent des transformations du monde et obligent à une adaptation permanente, sont en même temps des besoins pour l'efficacité même du développement de la société. En effet, une société c'est d'abord la possibilité d'utiliser son intelligence, son énergie, ses compétences, et pour cela, c'est pouvoir bénéficier de la garantie que quoi qu'il arrive, ses besoins de santé, de retraite, de consommation seront assurés.

Aujourd'hui, cette recherche d'efficacité s'accroît du fait de la crise des sociétés développées, mais aussi parce qu'elle constitue le moyen dynamique d'affronter la mondialisation. Etre efficace, c'est avoir un peuple et des salariés en pleine possession de leurs moyens. Etre efficace, c'est aussi lutter contre les inégalités en ne laissant pas chacun avec ses seuls moyens financiers personnels pour répondre aux besoins de protection sociale.

Cependant, de tels objectifs pour l'assurance maladie ne peuvent s'envisager sans de profondes réformes de son financement et de son fonctionnement.

Les logiques libérales ont facilité la réduction des dépenses publiques sociales, considérées comme un « coût ». Depuis plus de 20 ans, les différents plans de sauvetage et de redressement, les successives lois de financement de la sécurité sociale se sont traduits par une réduction des remboursements, par la création d'enveloppes budgétaires ayant pour objectifs de contrôler leur utilisation et chercher à réduire l'offre de soins.

Pour autant, et alors que nous nous y sommes toujours opposés, cette politique de restriction des dépenses de santé remboursables et de rationnement budgétaire est restée un échec. Elle n'a contribué qu'à l'approfondissement des inégalités sociales et géographiques de santé et à la réduction de notre taux de remboursement des soins pour en faire aujourd'hui l'un des plus faibles d'Europe. Pire, elle n'a jamais résolu la question du déficit financier de la sécurité sociale. Celui-ci s'est d'ailleurs régulièrement creusé, au point de créer aujourd'hui, une véritable crise du financement de l'assurance maladie.

Or pour cette question, à part les parlementaires communistes et républicains, personne au Parlement n'a eu l'audace de regarder du côté du déficit des recettes. Pour ne pas s'opposer à la logique libérale d'une politique salariale et de l'emploi dictée par les critères de rentabilité financière du Medef, les différents gouvernements sont restés volontairement inactifs. Pourtant, la montée du chômage au motif d'une recherche de flexibilité de l'emploi, la politique d'exonération des cotisations patronales et la pression sur les salaires et l'emploi au nom d'une réduction du coût du travail sont autant de raisons de cette crise de financement. Et le mal profond de la sécurité sociale est bien là, dans l'insuffisance de ses recettes. Ainsi, le déficit se creuse dramatiquement et devient le prétexte à la privatisation et à l'exigence du sacrifice inéluctable.

Si le déficit est important, il n'est pas pour autant insurmontable. Actionner le levier des recettes permettrait d'enrayer cette spirale perverse et autoriserait le retour à l'excédent sans pour autant diminuer l'enveloppe des dépenses. Notamment, et nous n'avons jamais cessé de le répéter, une réforme du financement incitative à l'augmentation de la masse des richesses produites et dissuasive à l'accumulation considérable des profits financiers, offrirait les moyens de répondre aux besoins de santé de la population. Mais ceci implique aussi un nouveau type de croissance et de gestion des entreprises ainsi qu'une autre répartition des richesses.

Ces objectifs sont indissociables de l'exigence d'une politique orientée, d'une part, vers la construction d'un nouveau système de sécurité d'emploi et de formation, la réponse aux besoins de notre époque en matière de formation, d'autre part, vers la progression du pouvoir d'achat des salaires, pensions, minima sociaux nécessaire pour soutenir un nouveau type de croissance appuyé sur le développement des ressources humaines.

Plus qu'à le réduire, ces éléments encouragent à donner un nouvel élan à notre système de protection sociale.

C'est l'objet des propositions des député-e-s du groupe communiste et républicain et des sénateurs du groupe communiste, républicain et citoyen. Rejetant sans appel la dérive vers la privatisation ou l'étatisation de notre système d'assurance maladie, ces propositions

s'inscrivent dans la continuité des acquis du passé et dans la perspective d'une solidarité renforcée et élargie.

# PROPOSITIONS



## Titre I

# POUR UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE ET DE PREVENTION AMBITIEUSE ET EFFICACE

Les gouvernements successifs ont tous déploré que la prévention et l'éducation à la santé restent les « parents pauvres » des politiques de santé. A juste titre, ils ont dénoncé la faiblesse de la part financière qui y est consacrée (3,6 milliards d'euros sur 145 milliards destinés à la santé).

Pourtant, ils ont tous contribué au désengagement de l'Etat du secteur de la médecine préventive. La médecine scolaire a été littéralement abandonnée au point que les obligations légales de suivi médical des enfants scolarisés ne sont plus assurées ni pour l'ensemble de la population scolarisée ni sur l'ensemble du territoire. Les conditions de travail sont laissées au bon vouloir du patronat alors que tous les indicateurs de la santé au travail révèlent une détérioration de cette situation et une sous déclaration des accidents et maladies professionnelles par les employeurs. La lutte contre les risques environnementaux et alimentaires est au point mort malgré les désastres de la vache folle ou de la légionellose.

Le vote récent d'une loi de santé publique ne fait que confirmer ce constat. Loin de répondre aux enjeux sanitaires, cette loi couplée à la décentralisation selon M. Raffarin, entérine dans les faits, le principe du désengagement financier de l'Etat central dans la conduite de la politique de prévention, et le transfert sur les régions, du coût de cette politique. Elle est venue confirmer que ce gouvernement n'entendait pas faire véritablement de la santé sa priorité. Pas plus qu'il n'était disposé à approcher la problématique de la prévention dans sa globalité, en agissant également positivement sur l'environnement économique et social des individus.

S'il est impératif de réaffirmer le rôle de l'Etat dans la définition des objectifs de santé publique et de prévention, il est aussi impératif de réengager l'ensemble des structures publiques nationales et régionales dans leur financement.

Il est aujourd'hui impérieux d'enclencher une nouvelle dynamique par des actes concrets pour faire de la prévention une réelle priorité.

**Les Parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens proposent :**

- **La mise en œuvre de la prévention au niveau de la région**

*Si le niveau national est le plus efficace pour définir les objectifs et la politique de santé, le niveau régional est le plus pertinent pour sa mise en œuvre. Par ailleurs, la région constitue le niveau administratif le plus adéquat pour impliquer les élus, les usagers et les professionnels de santé dans cette politique de prévention.*

- **Le développement de la recherche en matière de santé et de prévention**  
*Il ne peut y avoir de véritable politique de prévention sanitaire et lutte contre les risques sanitaires sans un développement de la recherche scientifique dans ces secteurs. C'est aussi à partir d'elle que peut s'envisager une lutte efficace contre les maladies à la fois en termes de lutte et d'anticipation. La recherche doit devenir une priorité nationale et bénéficier de moyens humains et financiers conséquents.*
- **La prise en charge d'une visite médicale annuelle de médecine préventive, dès la naissance jusqu'à la fin de la vie**  
*Il convient donc de dégager des moyens accrus pour les institutions existantes ( PMI, médecine scolaire, médecine du travail) et la création de structures spécifiques pour les chômeurs, exclus et précaires (financées par l'Unedic), ainsi que pour les retraités (financées par la Cnav)*
- **La révision des taux de remboursement des actes médicaux avec la gratuité immédiate de tous les actes de médecine préventive.**  
*La régularité des consultations de médecine générale est la meilleure garantie d'une prévention généralisée. Mais le prix de cette consultation et son remboursement insuffisant sont un obstacle pour la partie de la population qui en a le plus besoin. La généralisation du tiers payant dispensant de l'avance de frais, et l'amélioration du taux de remboursement sont donc des mesures contribuant à la prévention.*
- **Des actions en direction de l'industrie agroalimentaire.**  
*La nutrition étant un déterminant majeur de la santé, s'il convient de mener des actions d'éducation à la santé en direction des enfants comme de l'ensemble des consommateurs, il importe également d'informer systématiquement et complètement ces derniers en posant à la charge des industriels des obligations strictes notamment en terme d'étiquetage.*
- **Le développement de l'éducation à la santé au moyen de l'école, des collectivités locales, des associations et des médias.**  
*L'éducation à la santé est un moyen incontournable de prévenir les risques quotidiens pour la santé des personnes. Elle doit devenir un enjeu national et utiliser l'ensemble des canaux publics et sans but lucratif de diffusion à sa disposition.*
- **L'assurance d'un suivi tout au long de la vie, des vaccinations et, en fonction de l'évolution des connaissances médicales, des actes de dépistage en commençant par les maladies les plus courantes et les plus graves.**  
*Le gouvernement vient de supprimer le caractère obligatoire de certaines vaccinations dans le but de faire quelques économies supplémentaires. De la même façon, les différents gouvernements ont incité les professionnels de santé à limiter les actes médicaux de contrôle complémentaire et culpabiliser les assurés sociaux jugés responsables d'une surconsommation d'actes médicaux grevant les budgets de l'assurance maladie. Pourtant, l'efficacité de la politique préventive en matière de santé passe par la surveillance sanitaire systématique des populations. Par ailleurs, le coût déclaré pour l'assurance maladie est largement supérieur à celui induit par son dépistage.*



- **Assurer une visite médicale annuelle pour l'ensemble des enfants scolarisés**

*En matière de santé scolaire, la législation fait obligation à l'éducation nationale d'organiser une visite médicale avant l'entrée en 6<sup>ème</sup>, puis de prévoir des visites médicales régulières durant la scolarité. Aujourd'hui, dans de nombreux départements, la médecine scolaire est dans l'incapacité d'assurer cette obligation faute de moyens humains et financiers. Pourtant, ces visites sont des moments privilégiés pour déceler chez les enfants des pathologies qui influent sur leur santé mais aussi sur leur développement scolaire. Et à l'inverse, elles sont des occasions uniques pour les enfants d'engager le dialogue sur des difficultés qui leur sont propres avec des professionnels en charge de les aider à les résoudre. Enfin, cette visite médicale annuelle serait aussi l'occasion pour certains de ces enfants de voir régulièrement un médecin, quand la situation professionnelle et sociale de leurs parents les en empêche.*

- **Reconnaître le principe de la réparation intégrale en y intégrant tous les préjudices subis.**

*Alors que la législation des accidents du travail a été une des premières grandes lois sociales du 19<sup>ème</sup> siècle, aujourd'hui accidents et maladies professionnelles sont moins bien indemnisés que les accidents de la vie quotidienne.*

- **Revaloriser le rôle de la médecine du travail, en liaison avec les CHSCT, pour améliorer les conditions de travail de tous.**

*L'objectif de la médecine du travail est de contribuer à améliorer la santé des salariés dans l'entreprise au moyen d'une adaptation des conditions de travail. Dans un arrêté récent du gouvernement confirmé par le Conseil d'Etat, la majorité au pouvoir tente de renverser le principe en demandant aux médecins du travail d'adapter le travailleur aux emplois dans l'entreprise, au moyen d'une sélection médicale, psychologique, voire génétique des candidats. Cette demande nouvelle dénature le rôle des médecins du travail. Il faut catégoriquement rejeter l'objectif de sélection des salariés selon leur aptitude médicale et développer les conditions qui garantissent l'indépendance des médecins du travail face au patronat.*

*Il convient donc d'envisager de supprimer le dispositif actuel du certificat d'aptitude pour lui substituer un système évaluant le degré d'exposition aux risques que comporte le poste pour le salarié.*

- **Assurer la nomination d'un délégué aux questions de santé dans l'entreprise lorsqu'il n'existe pas de CHSCT.**

*La législation du travail a prévu la création d'un CHSCT dans les entreprises de plus de 50 salariés. Or le parc des entreprises françaises est constitué à 70% d'entreprises de moins de 50 salariés. Et c'est dans ces entreprises que les risques sanitaires sont les plus importants.*

- **Mise en place d'une agence nationale de santé au travail et renforcement de la surveillance épidémiologique dans les milieux du travail.**

- **Renforcer les sanctions pénales contre les non-déclarations d'accidents par les employeurs.**

*Une des caractéristiques de la réduction du nombre d'accidents du travail sur les cinquante dernières années réside certes dans le contrôle supplémentaire assuré par les représentants du personnel, mais surtout dans la sous-déclaration par l'employeur des cas de maladie professionnelles et d'accidents du travail. On estime aujourd'hui à 140 000 par an, le nombre de cas pathologiques imputables aux conditions de travail. C'est un préjudice important pour les comptes de l'assurance maladie qui prend en charge sur le régime de base ces maladies alors qu'elles sont imputables au régime des accidents du travail et maladies professionnelles. Il est normal de responsabiliser les employeurs face aux comptes de la sécurité sociale et tout abus doit être sévèrement sanctionné.*

- **Accélérer et simplifier les procédures de révision du tableau des maladies professionnelles.**

*La non reconnaissance rapide des maladies professionnelles constitue un élément central de l'amélioration de la santé au travail et de la prise en charge légitime des accidentés du travail. La question des éthers de glycol en est par exemple une illustration typique. Alors que la dangerosité de ces matières utilisées dans la peinture ou dans différents solvants, est parfaitement connue et reconnue au niveau international, il demeure toujours difficile de faire reconnaître officiellement ces substances comme étant à l'origine de nombreux cancers. Et en attendant, de nombreux salariés sont touchés par ces cancers, et eux ou leur famille ne sont pas indemnisés ni pris sanitairelement en charge comme il le faudrait.*

- **Assurer l'indépendance, vis à vis du patronat, de toutes les structures de gestion, d'étude et prévention des risques professionnels.**

*Le patronat est en position d'être juge et partie pour l'indemnisation des accidents et maladies dont la loi reconnaît pourtant qu'il est à priori responsable. Non seulement il vient de revenir siéger en position de blocage dans les instances de la branche AT – MP de la sécurité sociale, mais il demande la privatisation totale de cette branche, au nom de la « compétence acquise par les assurances pour les voitures ou les logements ».*

*Pour garantir aux médecins du travail un statut véritablement indépendant, il faut confier la gestion de ces services de santé au travail non aux employeurs mais majoritairement aux salariés.*

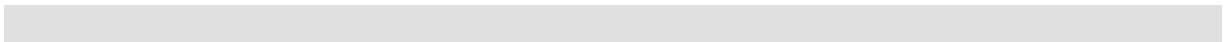
- **Signaler sur le dossier médical de tous les assurés sociaux les facteurs de risque rencontrés tout au long de la carrière professionnelle.**

*Une des difficultés majeures de la reconnaissance du préjudice sanitaire vécu par les salariés au moment de leur activité professionnelle et donc de son indemnisation réside dans la difficulté de faire la preuve de la responsabilité patronale. Un signalement dans le dossier médical des assurés sociaux, des facteurs de risques rencontrés durant la vie professionnelle, permettrait de répondre à cette difficulté.*

- **La création d'une commission de suivi et de vigilance des risques industriels au plan local, réunissant des citoyens, des élus locaux, des salariés, des directions d'entreprises, des services de la Direction**

**départementale de la Santé (DDS), de la Direction régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement (DRIRE) et de la Préfecture pour une information complète et transparente sur l'entretien et le contrôle des différents équipements et sites industriels.**

*L'Etat doit assumer ses responsabilités en assurant le contrôle et en prévenant le risque pour les populations et l'environnement. Les conséquences sanitaires des épidémies de légionellose, de l'explosion de l'usine AZF de Toulouse, des pollutions liées aux centrales d'incinération des déchets, etc., méritent que soient reconsidérées les moyens permettant de répondre aux enjeux de santé publique.*



## Titre II

# **ETENDRE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS PAR L'ASSURANCE MALADIE POUR GARANTIR L'EGALITE DE TOUS A LA SANTE**

Depuis 1945, le droit de se soigner est acté dans le quotidien des travailleurs. L'assurance maladie issue de notre sécurité sociale s'est donnée pour vocation d'assurer la prise en charge financière ou en nature des effets de la maladie. La généralisation progressive du salariat et de l'assurance maladie aux non salariés ont permis d'assurer le droit à une couverture médicale uniforme pour l'ensemble de la population.

Pourtant, aujourd'hui, ce droit est de moins en moins bien garanti. L'inégalité devant la maladie et la mort tend à se creuser de nouveau. En raison de la part toujours croissante laissée à la charge des patients au cours des vingt dernières années, environ 25% des dépenses de santé, une large frange de la population française ne peut accéder à certains soins. Faute de moyens financiers suffisants, 14% de la population, et 30% de chômeurs, renoncent à se soigner. En 1999, la création de la couverture maladie universelle complémentaire ambitionnait pour les ménages les plus pauvres de remédier à ces difficultés rencontrées dans l'accès aux soins. Aujourd'hui, la CMU s'avère moins universelle qu'il n'y paraît. Reste également entière la question du rôle central de la couverture complémentaire dans l'accès aux soins, l'assurance maladie obligatoire dans le cadre de la sécurité sociale, ne finançant que très partiellement les dépenses des soins de spécialistes, les lunettes ou les prothèses dentaires notamment.

Cette stratégie du transfert de charge vers les malades, mise en place par les gouvernements successifs au nom de la recherche de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, a été formalisée par le Medef de façon très claire au travers des rapports Chadelat et Coulomb. C'est dans cette voie que désire s'engager le gouvernement, en usant de la réduction du périmètre de la prise en charge que certains souhaitent aujourd'hui définir selon le concept de « petits risques et gros risques » ou « responsabilité individuelle et responsabilité collective ».

Or, ce périmètre de prise en charge n'a aucune raison d'être limité. Le critère financier ne peut être opposable au critère de besoins de santé pour le définir. Il doit être évolutif en fonction des besoins, des pratiques médicales et du progrès scientifique. C'est le sens d'une reconquête de la protection sociale dans laquelle nous souhaitons engager le pays.

**Les Parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens proposent donc de :**

- **Aller vers la généralisation de la prise en charge à 100% et pour tous des soins par l'assurance maladie**

*L'assurance maladie est la seule garantie de l'égalité de tous à l'accès aux soins. C'est la justice : pour combattre les inégalités devant la maladie. C'est l'efficacité : puisqu'un recours rapide aux premiers soins, et mieux encore à la prévention, est le meilleur moyen d'éviter ou de limiter les maladies graves. Pour aller dans ce sens de la gratuité totale, nous proposons des avancées immédiates et progressives. De cette manière, cette généralisation permettrait en outre d'aller dans le sens d'une extinction du dispositif CMU rendu obsolète, en assurant leur réintégration dans le régime commun.*

- **Garantir la liberté de choix et l'accès direct aux praticiens sans discrimination quant au remboursement.**

- **Instaurer la gratuité pour les consultations et soins induits par la médecine scolaire, les examens de prévention pour les adultes**

*La détection précoce des handicaps ou des maladies n'a de sens que si on assure à tous l'accès aux soins nécessaires et aux soins de suite. Cela s'associe à l'idée d'étendre progressivement la gratuité à tous les actes de médecine préventive comme nous en avons défini le sens. Nous pensons particulièrement aux vaccinations (y compris celles qui ne sont pas obligatoires) et aux actes de dépistage dont l'utilité est scientifiquement reconnue.*

- **Instaurer la gratuité des soins pour les malades atteints de « maladies longues et coûteuses » ainsi que pour les maladies chroniques et leurs soins complémentaires.**

*Au motif que les maladies longues et coûteuses représentent une part importante des dépenses d'assurance maladie la majorité de droite en place en 1987 a supprimé cette procédure. Elle permettait d'assurer la gratuité des soins pour les personnes dont l'état de santé général nécessitait des soins multiples et coûteux. Pour l'essentiel, les bénéficiaires étaient des personnes âgées. Quant aux maladies chroniques, elles constituent un fléau moderne qui pèse de plus en plus lourd dans les dépenses de santé des ménages et handicapent parfois lourdement les personnes qui en sont affectées.*

- **Aligner les remboursements des hospitalisations de long séjour sur celle des courts séjours.**

*Là encore les principaux bénéficiaires seront les personnes âgées. Actuellement en long séjour la moitié des dépenses reste à la charge des malades ou de leur famille sous prétexte qu'il s'agit de frais d'hébergement. Comme si par exemple, la qualité de l'alimentation pouvait être séparée des soins.*

- **Prendre en charge intégralement les soins de suite à l'hospitalisation**

*Parmi les dépenses de santé les plus importantes pour les ménages, les soins de suite et de rééducation constituent un poste non négligeable.*

- **Supprimer le taux de remboursement à 35 % des médicaments.**

*En effet, ou bien un médicament est efficace et il doit être remboursé à taux plein; ou bien il est inefficace et il doit être retiré du marché pharmaceutique. Cette évaluation doit se faire dans la transparence et indépendamment des questions*

de financement. Cette première mesure préparera le relèvement du taux de remboursement de tous les médicaments, en particulier les plus innovants.

- **Supprimer le forfait journalier**

*Le forfait hospitalier constitue une véritable barrière à l'accès aux soins. En augmentant brutalement le forfait hospitalier, le gouvernement cherche à dresser une barrière financière à l'accès à l'hôpital. C'est le principe même de cette barrière qui doit être supprimé.*

- **Revaloriser la médecine générale en étendant ses missions à des fonctions de santé publique (prévention, éducation sanitaire, alerte sanitaire, épidémiologie).**

*En même temps que la revalorisation légitime des actes médicaux, il est nécessaire d'étendre le tiers payant et donc de diversifier les modes de rémunération des médecins libéraux. Il s'agit d'une mesure de solidarité et d'efficacité de la réponse aux besoins de santé.*

- **Développer les centres de santé**

*Dans le paysage sanitaire, les centres de santé sont aujourd'hui minoritaires. Les problèmes qu'ils rencontrent résultent de la réduction des moyens de la sécurité sociale. Parmi les raisons de fond d'un tel intérêt citons en premier lieu le fait que le centre de santé soit un service public : il garantit un accès égal pour tous aux soins de qualité. Mais aussi il s'appuie sur des principes universalistes et solidaires. Il met en place des coopérations là où d'autres prônent la concurrence : le travail d'équipe est le fondement professionnel de son activité. Il met de la distance entre la maladie et l'argent : il favorise l'accès aux soins de tous les patients par la pratique du tiers payant. Il s'appuie sur les sciences et les techniques et cherche à en mettre les bénéfices à la disposition de tous. Il est un outil de proximité. Il peut être un instrument de démocratie sanitaire en travaillant à ce que les personnes concernées s'y investissent. Il permet l'intervention des gens ne serait-ce que parce que ses gestionnaires sont les représentants directs des usagers. De ce point de vue, il est en avance sur toutes les autres structures de soins. Il recherche efficacité et efficience : efficacité sanitaire et sociale, mais aussi efficience économique dans une recherche maintenant largement partagée d'optimisation de l'utilisation des moyens mis à disposition. Il aide à la réduction des inégalités sociales en matière de santé. Il participe bien souvent maintenant à la promotion de la santé au-delà du curatif par la mise en oeuvre d'actions de prévention et d'éducation pour la santé. A ce titre il est véritablement un instrument de santé publique.*

- **Aller, dans la concertation, vers la suppression du secteur 2 à honoraires libres pour les médecins libéraux et des lits privés dans l'hôpital public.**

*En même temps que nous voulons revaloriser les conditions de rémunération et de travail de toutes les formes d'exercice de la médecine nous dénonçons le principe même du secteur 2 à honoraires libres. En effet, il introduit une inégalité d'accès aux soins fondée sur les revenus des personnes. Il n'est justifié par aucun motif d'ordre sanitaire. De même, les structures hospitalières publiques, sans but lucratif par définition, ne peuvent accueillir des lits privés.*

- **Créer un service public pour le maintien à domicile des personnes âgées.**

*S'il faut se donner les moyens d'hospitaliser ou d'héberger les personnes âgées qui en ont besoin, il faut d'abord répondre à l'aspiration très forte de ces*

*personnes à rester chez elles, dans leur environnement. Les aides en ce sens sont très inégales, dépendant de l'engagement et des moyens de collectivités locales ou d'associations. C'est un véritable service public qu'il faut mettre en place avec tout particulièrement un personnel formé, doté d'un véritable statut.*

- **Prendre en compte le vieillissement de la population pour en assurer la prise en charge par la solidarité.**

*Cela veut dire faire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie une prestation de Sécurité sociale : Handicap-Incapacité-Dépendance (HID). Faute d'avoir osé aller jusqu'au bout, le gouvernement précédent a rendu fragile une réforme pourtant indispensable. En faisant, une prestation de sécurité sociale, par exemple de l'assurance maladie, nous visons à pérenniser cette allocation et à assurer son financement comme pour les autres prestations de sécurité sociale, y compris avec les cotisations patronales. Nous proposons de l'étendre à tous les cas de perte d'autonomie.*

---

### Titre III

## REFORMER LA POLITIQUE DU MEDICAMENT

L'industrie du médicament est un des secteurs d'activité les plus profitables de l'économie mondiale, et notamment de l'économie française. Avec parfois des seuils de rentabilité de l'ordre de 15%, les entreprises pharmaceutiques font des profits considérables sur le dos des malades et des assurés sociaux.

Car la réalité est que l'industrie pharmaceutique choisit l'orientation de ses recherches ou, selon ses perspectives de profits, en sacrifie des domaines entiers, au mépris des besoins. Elle commercialise sous le nom d'innovation un principe actif à peine remanié et échappe, par ce procédé, à la tombée dans le domaine public de ses molécules les plus rentables.

En outre, elle détermine seule, depuis la réforme Mattéi (loi de financement de la sécurité sociale pour 2003), le prix de vente des nouveautés que le laboratoire concerné aura lui-même qualifiées d'innovantes. Ajoutée à la liberté depuis longtemps acquise des prix des nouveaux médicaments à l'hôpital, consécutive à l'absence de concurrence sur des molécules très pointues, cette disposition alourdit la facture de la branche maladie de la Sécurité sociale que paient les assurés sociaux.

Pourtant, quoi qu'en dise le gouvernement pour culpabiliser les assurés sociaux, le médicament n'est pas une marchandise comme les autres. Personne ne consomme des médicaments comme il mange du pain.

Se pose, en fait, le problème d'une maîtrise publique de l'industrie pharmaceutique. Ce serait la meilleure réponse aux besoins des malades, avec immédiatement un droit de contrôle des salariés, des professionnels de santé et des associations de malades sur les choix de recherche et de production et sur la fixation des prix des médicaments.

**Les Parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens proposent de :**

- **Créer un Conseil national du médicament, composé de représentants des directions et des salariés des laboratoires pharmaceutiques, des chercheurs du public et du privé, de la Sécurité sociale, de la Conférence nationale de santé. Sa mission serait de fixer des objectifs de santé publique à l'ensemble de l'industrie pharmaceutique**

*L'autonomie de décision de l'industrie pharmaceutique en matière de recherche ou de fabrication des médicaments soulève un grave problème d'ordres éthique et économique. Par quelles raisons peut-on justifier l'abandon de la recherche médicale dans des pans entiers de la médecine ? A-t-on le droit de laisser certaines personnes atteintes de pathologies non rentables, comme les*



maladies orphelines puisque ne concernant que trop peu de personnes ou comme les populations de pays pauvres n'ayant pas les ressources pour acheter les médicaments, sans moyens de se soigner ? En France, la complexe réglementation qui entoure la mise sur le marché des médicaments et le contrôle de leur efficacité facilitent la liberté de mouvement de l'industrie pharmaceutique. Les firmes ont en tout cas repéré les faiblesses du système et les exploitent à l'envi. L'existence concomitante du Comité économique des produits de santé (CEPS) - qui décide de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un médicament pour l'éternité - et de la commission de transparence de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), qui classe les médicaments en fonction de leur efficacité (service médical rendu, ou SMR) après leur commercialisation, conduit à cette aberration : les firmes pharmaceutiques peuvent faire entrer dans les officines des produits dénommés médicaments sur la base de tests qu'elles réalisent elles-mêmes, produits qu'ensuite la commission de transparence classe parfois dans les catégories de médicaments les plus médiocres pour justifier un remboursement minimal ou nul.

- **Réorienter l'Agence française du médicament (AFSSAPS) vers un rôle de contrôle et de surveillance sur les médicaments (valeur thérapeutique, prix, prise en charge par l'assurance maladie) dans l'intérêt des usagers.**

*Le problème majeur de la politique du médicament pour l'assurance maladie réside dans la définition du prix des médicaments et de leur valeur thérapeutique. En effet, il n'est pas rare de constater que de nombreux médicaments prescrits par les médecins, et donc remboursés par l'assurance maladie, ont une efficacité thérapeutique faible. Dans ces conditions, lorsqu'il peut leur être substitué un médicament à valeur thérapeutique plus importante, l'Agence doit pouvoir administrativement, en collaboration avec le Comité économique des produits de santé, obtenir sa disparition des listes des médicaments. Ce principe valide l'idée selon laquelle soit un médicament est efficace, et auquel cas il doit pouvoir être prescrit et remboursé par l'assurance maladie dans tous les cas, soit un médicament n'est pas efficace et il doit être retiré de la liste des médicaments et être commercialisé comme un produit quelconque.*

- **Obliger les industries pharmaceutiques à inscrire les molécules innovantes sur la liste des médicaments remboursables.**

*Certains médicaments considérés comme très utiles n'ont pas été ou ne sont pas actuellement remboursés car la demande n'a volontairement pas été faite par l'entreprise exploitante. Dès lors certains laboratoires, ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché, ne déposent pas de demande de remboursement par l'assurance maladie. Cette démarche permet aux industriels de la pharmacie d'éviter que des médicaments à service médical rendu important (les molécules innovantes) restent en dehors de toutes les procédures visant à autoriser leur remboursement par l'assurance maladie et conséquemment à fixer un prix raisonnable pour ce médicament. Très concrètement, il s'agit d'éviter toute liberté du prix des médicaments pour permettre de les rendre ainsi accessibles aux malades. D'une façon générale, il faut tendre vers l'idée que le prix d'un médicament doit pouvoir être revu à la baisse, passée la période d'amortissement des frais liés à son expérimentation.*

- **Représenter la société civile, les professionnels de santé, les syndicats dans l'Agence européenne du médicament.**

*La récente fusion Sanofi-Aventis montre la nécessité d'instaurer un pouvoir de contrôle qui dépasse le cadre du territoire national afin de faire face à ces géants de l'industrie aux pouvoirs financiers gigantesques. Dans un cadre européen, il est nécessaire d'introduire un pouvoir de contrôle à la hauteur des enjeux. La représentation de toutes les composantes de la société civile, du monde du travail et des professionnels de santé pourrait constituer un premier pas dans ce sens.*

- **Contribuer en France à la création d'une Agence mondiale du médicament chargée de définir les obligations imposables aux industries pharmaceutiques en matière de recherche pharmaceutique, de production et de distribution des médicaments**

*Une protection sociale de haut niveau c'est encore une protection sociale qui se préoccupe de la solidarité internationale. Les expériences du sida ou du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) montrent que les maladies ne connaissent pas les frontières. Il est moralement insupportable de regarder sans rien faire l'Afrique sombrer. Mais c'est aussi irresponsable. Déjà le microbe de la tuberculose qu'on croyait avoir vaincu dans les pays riches revient sous une forme plus virulente. Aujourd'hui l'avenir de l'humanité dépend pour une part de notre capacité à obliger les laboratoires des pays riches (80 % de leur chiffre d'affaires se fait dans une partie des pays qui représente 20 % de la population mondiale), à reprendre les recherches qu'ils ont abandonnées sur les maladies des pays pauvres jugés non solvables, à fournir à ces pays les médicaments qu'ils ne peuvent se payer ou à autoriser les pays pauvres en état de catastrophe sanitaire à déroger aux règles de la propriété industrielle. Un accord en ce sens avait été ébauché à l'assemblée de Doha de l'Organisation Mondiale du Commerce. Les USA, mais aussi la Communauté Européenne, à la demande des laboratoires pharmaceutiques, l'ont fait capoter.*

## Titre IV

# MODERNISER ET DEVELOPPER LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Comme les organisations syndicales le demandent à juste titre, la place de l'hôpital doit faire partie intégrante de la réflexion sur la réforme de l'assurance maladie.

Aujourd'hui, l'hôpital vit une grave crise. Etranglé financièrement depuis plus de vingt ans par les politiques de maîtrise comptable, l'hôpital public n'a plus les moyens de répondre à ses missions. Malgré les appels des personnels de santé, et leurs nombreuses mobilisations ces dernières années, ils ne sont toujours pas entendus par le Président de la République et le gouvernement. Non seulement les moyens nouveaux ne sont pas arrivés, mais fait plus grave, les plans d'austérité, de démantèlement se poursuivent.

C'est d'abord le cas avec le Plan Hôpital 2007 qui amorce une véritable privatisation de la santé. L'objectif du gouvernement est d'ouvrir en grand la porte de l'hospitalisation aux grands groupes privés, pour tous les secteurs dits rentables. En conséquence, aux cliniques privées les pathologies et les malades rentables. A l'hôpital public les maladies longues et coûteuses, les plus démunis. Introduite par le PLFSS 2004 la tarification à l'activité s'inscrit dans une logique de concurrence et non pas de complémentarité entre l'hôpital public et le secteur privé. Ces décisions ont amplifié l'étouffement de nos hôpitaux publics.

Les parlementaires communistes et républicains rejettent avec force ce plan qui, en transformant l'hôpital en une entreprise comme les autres, mettant en compétition les établissements entre eux, ne manquera pas d'entraîner la sélection des malades, des retards dans l'accès à l'innovation. Cela renforcera encore davantage les inégalités sociales et géographiques devant l'accès aux soins.

La spécificité, les missions de service public de l'hôpital reconnues, doivent être réaffirmées et non gommées ; l'ensemble des éléments de comparaison entre les deux secteurs doit être posé.

**Les Parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens proposent donc de :**

- **Exiger une démocratisation du fonctionnement de l'hôpital depuis les services jusqu'au niveau du conseil d'administration.**

*Les Conseils d'Administration ont été vidés de tous réels pouvoirs au profit des ARH, que nous proposons par ailleurs de supprimer. Les Conseils d'Administration doivent pouvoir acquérir le rôle de décider réellement de l'avenir de l'hôpital. Y siègent des représentants du personnel, des élus locaux, des associations de malades, des représentants des assurés sociaux. Ainsi, la présidence par le maire ou par un élu de la collectivité correspondant au territoire de l'hôpital retrouvera son sens si le Conseil d'Administration joue un rôle réel d'orientation politique de l'hôpital. Les médecins, mais aussi l'ensemble du personnel, doivent être reconnus, chacun à leur place, comme participant en tant que tels à la gestion hospitalière à tous les niveaux.*

- **Accroître les moyens financiers et humains accordés à l'hôpital pour lui permettre de remplir efficacement ses missions dans l'intérêt des malades**

*Étouffé par des budgets toujours plus étriqués, complètement déconnectés des réalités du terrain, l'hôpital a besoin de nouvelles perspectives de financement, en portant une attention toute particulière au service des urgences. Par ailleurs, l'Etat et non plus la Sécurité sociale, ou pire encore le privé comme le prévoit « Hôpital 2007 », doit prendre en charge le financement de ce qui est de sa compétence (formation professionnelle, recherche, investissements immobiliers et de gros investissements).*

- **Supprimer les taxes et impôts que l'Etat prélève sur les Hôpitaux.**

*Il s'agit de la taxe sur les salaires, la TVA et la sur-compensation de la CNRACL qui grèvent chaque année plusieurs millions d'euros qui pourraient être réinvestis utilement dans le fonctionnement et dans la modernisation de l'hôpital. Par exemple, la seule taxe sur les salaires est équivalente à 40 000 emplois. Le gouvernement a supprimé cette taxe pour les banques et refuse de la faire pour les hôpitaux.*

- **Contractualiser le financement des hôpitaux.**

*Cette contractualisation se réalisera en fonction de l'activité réelle des structures, des besoins de santé de la population concernée et des objectifs de santé définis nationalement et régionalement. Dans les faits, il s'agit de sortir du budget global qui étrangle financièrement l'hôpital, comme de la tarification à la pathologie ou à l'activité qui pousse à la sélection des malades.*

- **Instaurer un moratoire sur les opérations de restructurations hospitalières**

*La planification sanitaire est légitime si elle a pour objectif de répondre aux besoins réels de la population et non à des a priori budgétaires qui visent à la fermeture de services ou de structures. Elle nécessite un fonctionnement exemplaire de la démocratie ou les élus locaux, toutes les catégories de personnels hospitaliers, les associations de malades et d'usagers soient étroitement associés.*

## Titre V

# REPONDRE AU DEFI DE LA PENURIE DE PROFESSIONNELS DE SANTE

Les problèmes relatifs à la démographie des professions de santé ont été mis au jour par le Rapport BERLAND de novembre 2002.

Ce rapport permet de tenir compte à la fois du mouvement démographique relativement descendant des professions de santé et du mouvement démographique général ascendant de la population française (l'INSEE projette une augmentation démographique de 6% pour 2020) et particulièrement des personnes âgées dont les besoins de soins sont plus importants. C'est la conjugaison des deux courbes qui pose problème.

L'ensemble des projections effectuées à 20 ans ou 40 ans montre que le nombre des médecins en exercice tombera inéluctablement, d'ici à 2010-2012, compte tenu de la baisse régulière depuis 20 ans du numerus clausus à l'entrée de la faculté de médecine et de la durée des études de médecine. Parallèlement, une note de la DREES (Ministère de l'emploi et de la solidarité) de mars 2002 signale que la densité médicale arrivera inéluctablement à 305 médecins pour 100 000 habitants en 2012. Elle note que si l'on voulait maintenir ce niveau de densité médicale pour les années suivantes, il faudrait accroître immédiatement le niveau du numerus clausus jusqu'à 9 250 étudiants et le maintenir ainsi pendant 10 ans au moins ! Elle ajoute que pour conserver une densité médicale égale à celle d'aujourd'hui, le niveau de ce numerus clausus doit être encore plus relevé que ces projections. Nous sommes donc très loin du compte avec l'annonce d'un numérus clausus porté à 7000 sans préciser le délai.

Un autre phénomène doit aussi être pris en compte dans l'évolution à long terme de la couverture médicale de la population, notamment sur le plan hospitalier : le vieillissement du corps médical. Plus de 40% des médecins auront 55 ans et plus en 2013 et l'âge moyen des médecins sera de 50 ans en 2011.

Ce vieillissement des effectifs pourrait affaiblir brutalement la couverture et l'activité hospitalières au moment du départ massif en retraite des générations les plus nombreuses, vers 2015-2020. Dès à présent, les premières spécialités médicales touchées par le phénomène de non renouvellement sont la pédiatrie, la gynécologie, l'anesthésie-réanimation et la chirurgie. Le risque est grand de voir disparaître de cette manière d'ici l'échéance, de nombreuses filières de compétences médicales.

Le problème est aussi aiguë pour les infirmières et pour la plupart des professions para-médicales. Si à la suite des luttes hospitalières de 2000 et 2001, le nombre d'infirmières sortant des écoles est passé de 18 270 en 1999 à 26 000 en 2001, la pénurie reste forte dans la plupart des services hospitaliers. Ainsi les

créations de postes arrachées dans les luttes pour les 35 heures n'ont pas pu être pourvus.

S'ajoute là aussi, les perspectives problématiques résidant dans le vieillissement des effectifs et les départs massifs en retraite à partir de 2010.

Ainsi, pour les infirmières toujours, le rythme de croissance des effectifs sera toujours important jusqu'en 2006, où il commencera à ralentir jusqu'en 2020 pour cause de départ en retraite. Il y a dans cette perspective la nécessité d'une augmentation significative des quotas d'entrée dans les écoles d'infirmières.

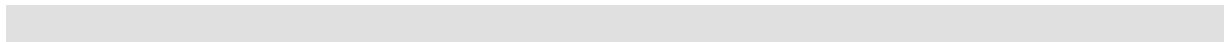
*« Alors que le nombre de professionnels de santé n'a jamais été aussi important, il semble que le manque n'a jamais été aussi marqué par la profession elle-même quel que soit le secteur d'activité » (dixit Pr. Y. BERLAND).* Cette phrase illustre la question de la capacité de prise en charge des besoins de santé du système de soins actuel, parce que le niveau des besoins a fortement augmenté dans une société où la vie professionnelle et sociale devient de plus en plus difficile.

Compte tenu de ces différents constats, les parlementaires communistes et républicains envisagent non pas de s'engager sur la voie de la déqualification générale des actes mais proposent un plan d'urgence pour la formation de personnels de santé en nombre suffisant à tous les niveaux de qualification et une amélioration du statut des professionnels médicaux et para-médicaux.

- **Doubler rapidement le numerus clausus à l'entrée des études de médecine.**  
*Nous proposons d'ailleurs d'engager une réflexion sur l'utilité de maintenir ce numerus clausus. Aujourd'hui, on forme 6 500 médecins par an en France et 26 436 infirmières. Or la mise en place de la réduction du temps de travail et l'anticipation des besoins nécessiteraient un relèvement à 9300 par an pour les médecins et 40 000 par an pour les infirmières. Naturellement, ces besoins de formation doivent être suivis d'outils d'évaluation des pratiques professionnelles et de formation continue.*
- **Ré-ouvrir les écoles d'infirmières, d'aides-soignantes et autres écoles et filières professionnelles fermées ces dernières années.**  
*Cette exigence immédiate n'est pas contradictoire avec la réflexion sur le rôle de l'université pour ces formations. Il faut mettre en place un plan d'urgence pour la formation de personnels de santé en nombre suffisant à tous les niveaux de qualification. Dans ce cadre il convient d'imaginer de relancer l'attractivité du métier en assurant le paiement des études paramédicales et la prise en compte de ces années d'études dans le nombre d'annuités ouvrant droit à la retraite par exemple.*
- **Faire le bilan de la suppression du diplôme d'infirmier(ère) psychiatrique et étudier la nécessité de ré-ouvrir cette formation spécifique**
- **Rouvrir les négociations sur les 35 heures et 32,5 la nuit et engager enfin des négociations sur l'amélioration des retraites dans le milieu hospitalier**  
*Ces négociations sont indispensables si l'on veut améliorer l'attractivité de ces métiers et trouver des candidat(e)s en nombres suffisant.*

- **Assurer la présence de professionnels de santé sur tout le territoire.**  
*Selon les études et les projections, la densité médicale arrivera inéluctablement à 305 médecins pour 100 000 habitants en 2012. Certaines régions luttent déjà contre la désertification de professionnels. Il conviendra d'engager une négociation avec les représentants des professions de santé pour développer un plan de présence homogène sur tout le territoire.*
- **Garantir la permanence des soins des médecins libéraux.**  
*L'Etat responsable de l'organisation de cette permanence des soins sur l'ensemble du territoire doit, selon les endroits et les besoins de la population, être garant de la pérennisation des maisons médicales, de co-régulation des centres 15 ou des astreintes des médecins libéraux.*

\* \* \* \* \*



## Titre VI

# **MODERNISER LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE POUR CONJUGUER SOLIDARITE, JUSTICE SOCIALE ET DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE DANS LE RESPECT DES PRINCIPES FONDATEURS DU FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE**

La question du financement est la question numéro un à régler compte tenu des comptes de la sécurité sociale. Aujourd'hui, le trou de trésorerie du régime général représente près de 30 Mds d'euros auxquels il faut ajouter la dette reprise par le CADES qui s'élèvera à 34 Mds d'euros à la fin 2004. En conséquence, le déficit total du régime général se monte à 64 milliards d'euros.

La force de la sécurité sociale mise en place à la libération résidait dans sa cohérence entre les différentes branches et le lien fait entre les problèmes de santé, de natalité et de retraite avec un financement commun à partir de l'entreprise. C'est cette cohérence que le MEDEF veut détruire en dégageant complètement les entreprises du financement des branches maladie et famille. Il n'accepte de participer au financement de la branche maladies professionnelles-accidents du travail que si elle est entièrement privatisée et de la branche retraite à condition que les cotisations restent bloquées au niveau actuel.

Cette offensive s'appuie sur les politiques mises en œuvres depuis 20 ans, où la CSG sur les revenus des ménages se substitue massivement aux cotisations des entreprises. Ce désengagement est accentué par les exonérations de cotisations patronales, dont le seul effet n'a pas été de créer des emplois, mais de tirer tous les salaires vers le bas.

Parce que la Sécurité sociale est indispensable à un renouvellement élargi de la force de travail, il est normal que l'entreprise reste la source essentielle de son financement.

Il n'y aura pas de développement économique sans efforts pour garantir aux salariés la sécurité et le développement individuel. C'est aussi pour cela que nous pensons qu'il est juste et efficace que la cotisation reste calculée en référence au salaire. En fait la cotisation sociale est une partie des richesses que les salariés produisent dans les entreprises. Elle participe donc de la valeur ajoutée disponible pour les salariés et les entreprises.

Nous affirmons le besoin d'une participation accrue des entreprises au financement de la protection sociale. Et pour contribuer à ce résultat nous voulons tenir compte de l'évolution de l'entreprise et réformer l'assiette de la cotisation patronale. Il s'agit de coller au plus près de la capacité contributive de chaque



entreprise qui n'est pas la même pour la multinationale pétrolière et pour la PME du bâtiment.

Se pose enfin la question de la CSG, dont on voit le rôle croissant qu'elle joue dans la fiscalisation du financement de la Sécurité sociale. Déjà elle rapporte plus que l'impôt sur le revenu. Certains de ses fondateurs socialistes la voyaient bien à terme se fondre avec cet impôt. Le MEDEF quant à lui, veut s'en servir pour remplacer les cotisations patronales maladie et famille. Depuis sa création en 1991, elle a permis de faire subir aux seuls ménages la totalité de l'augmentation des besoins de protection sociale. Dans le même temps, les cotisations patronales baissaient. Nous proposons d'aller vers sa disparition en gardant la taxation des revenus financiers et en revenant à la cotisation salariale pour l'assurance maladie.

Il faut consolider le lien entre le financement de la protection sociale et la réalité de la production des richesses dans l'entreprise, avec le souci permanent de l'emploi, du développement des ressources humaines et la nécessité de transformer la gestion des entreprises.

**Les Parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens proposent donc de :**

- **Moduler le niveau des cotisations patronales**

*En 1997, le gouvernement avait promis la réforme des cotisations patronales. 5 ans après il n'avait rien fait d'autre que de multiplier les exonérations et accélérer le basculement des cotisations vers la CSG. Pourtant cette réforme des cotisations est urgente. On ne peut continuer à voir des entreprises gagner de l'argent en supprimant des emplois ou en les précarisant et ainsi contribuer toujours moins au financement de la protection sociale tout en augmentant ses dépenses. La réforme que nous proposons veut garder le lien entre la cotisation patronale et le salaire mais avec une modulation du taux dont l'effet global sera d'augmenter les ressources de la Sécurité sociale avec des différenciations tenant compte de la taille de l'entreprise et surtout de sa politique de l'emploi et de salaire. Une entreprise qui crée des emplois, relève les salaires, fait de la formation pourrait être aidée par une baisse du taux de cotisation alors que celle qui fait le choix du profit financier contre l'emploi se verrait appliquer un taux de cotisation majoré. Les modalités de cette modulation pourraient aussi être un moyen d'aider à l'intervention des salariés dans la gestion de leur entreprise.*

- **L'ampleur du déficit qui s'accumule justifie une hausse immédiate du taux de cotisation des entreprises.**

*En effet, jusqu'ici les déficits ont toujours été mis à la charge des ménages par le moyen de la CRDS. Ce ne serait que justice de faire à leur tour contribuer les entreprises.*

- **Etendre les prélèvements sociaux à tous les revenus financiers au même niveau que les cotisations sur les salaires (actuellement 12,8%).**

*Les revenus financiers des ménages (hors épargne populaire) contribuent toujours moins que les salaires au financement de la Sécurité sociale. Il y a là*

*quelques milliards à gagner. Mais surtout les revenus financiers des entreprises et des secteurs bancaires et financiers, ces fameux placements financiers si nocifs pour l'emploi, ne contribuent absolument pas au financement de la Sécurité sociale. Leur taxation, au même niveau que les salaires, rapporterait environ 20 milliards d'euros par an à l'ensemble de la protection sociale.*

- **Le remplacement des exonérations de cotisations patronales par des bonifications d'emprunts bancaires ciblés et contrôlés pour la création réelle d'emplois.**

*Le niveau des exonérations de cotisations patronales pour les entreprises s'élève aujourd'hui à plus de 20 milliards d'euros. Le coût pour la sécurité sociale est de l'ordre de 3 milliards d'euros, les 17 milliards restant sont payés par le contribuable à la place de l'employeur. Cette disposition devait permettre de réduire le coût du travail et donc de créer des emplois. Elle est un échec puisque le niveau d'emplois créés ne s'est pas amélioré sensiblement par cette mesure. Il faut donc trouver un autre moyen d'encourager véritablement à la création d'emplois les entreprises effectivement désireuses de le faire. La bonification d'emprunts bancaires ciblée et contrôlée en est un. Il s'agit de développer une véritable alternative par la baisse sélective des charges financières du crédit. Mais également par la mobilisation du crédit pour sécuriser l'emploi et la formation avec les investissements nécessaires : Faire reculer l'appel aux marchés financiers, en France et en Europe, avec une nouvelle orientation de la Banque Centrale Européenne, une baisse sélective des taux d'intérêt facilitant le recours au crédit pour les projets d'investissements en fonction des créations effectives d'emplois et des mises en formation qu'ils programment, et rendant au contraire le crédit plus cher pour les projets destructeurs d'emplois ou visant une croissance proprement financière.*

- **Le remboursement de la dette patronale (le montant des exonérations non compensées) qui représente plus de 2 milliards d'euros par an.**

*Le paiement des cotisations sociales par les entreprises se fait parfois avec retard. Rendre plus efficace la régulation de notre système d'assurance maladie implique que les entreprises assument le remboursement de leurs dettes. Et le coût pour notre sécurité sociale résultant de l'impossibilité de les recouvrer pour cause de faillite se monte à 600 millions d'euros par an.*

## Titre VII

# UNE NOUVELLE GESTION DEMOCRATIQUE DE LA SECURITE SOCIALE

Depuis plusieurs années maintenant, l'organisation de la gestion de la sécurité sociale est devenue un système complexe et déconnecté des principes démocratiques qui ont présidé à la création de notre système de sécurité sociale sorti des ordonnances de 1945.

Au fil du temps, nous sommes passés d'une gestion démocratique exercée par les représentants des salariés, élus par eux, à un pouvoir tutélaire de la part de l'Etat reléguant au second plan les partenaires sociaux. Dans le même temps, l'intervention incontournable aujourd'hui de différents acteurs est venue considérablement complexifier l'organisation de la gestion nécessitant du même coup une clarification du rôle de chacun de ses acteurs : l'Etat, les régimes obligatoires, les organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, assurances), professionnels de santé, associations de malades et d'usagers.

Dans ce cadre, deux principes doivent être rappelés avec détermination : d'une part, seuls les représentants des salariés sont légitimes pour gérer la sécurité sociale en raison de la nature même du financement du système de protection sociale et il convient de leur rendre ce pouvoir, d'autre part, les organismes complémentaires ne peuvent pas être considérés sur un même plan que les représentants des salariés élus.

Or, le projet de gouvernement souhaite faire entrer dans le cœur du système les complémentaires santé ouvrant ainsi le risque d'un accès aux soins à deux vitesses. L'introduction des complémentaires au même niveau que les caisses dans une « union nationale de l'assurance maladie » entraînerait la participation de ces dernières à la définition du « panier » de soins remboursables. Or c'est un grave danger qui s'inspire du rapport Chadelat. Cela pourrait conduire à laisser à la sécurité sociale les pathologies lourdes et les populations démunies, le reste revenant aux complémentaires c'est-à-dire les risques plus légers et les populations solvables revenant aux complémentaires. Dans ce cas de figure ce serait le creusement des inégalités en matière d'accès aux soins de qualité et la rupture des valeurs de solidarité de la sécurité sociale.

A l'inverse, nous proposons d'introduire de la démocratie à tous les niveaux de la politique de santé (élaboration des objectifs, fonctionnement des institutions). Il y a urgence à rétablir un fonctionnement démocratique de la sécurité sociale, afin de rapprocher la sécurité sociale de chaque assuré social pour définir démocratiquement l'équilibre financier et le niveau de remboursement des soins.

**Les Parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens proposent donc de :**

- **Rétablir l'élection au suffrage universel des représentants des assurés sociaux dans les conseils d'administration des caisses de sécurité sociale**  
*L'élection qui devrait concerner les assurés et leur ayant droits majeurs, se présentera sous la forme de listes syndicales. Les représentants élus devraient constituer l'essentiel du conseil d'administration. Si les représentants du patronat retrouvaient leur place, ce ne devrait être qu'avec un nombre de sièges ne les mettant pas en capacité de diriger de fait ces conseils. Cela nécessite aussi de substituer à la tutelle à priori de l'Etat, un contrôle de légalité à posteriori pour conforter encore les pouvoirs réels aux représentants élus des assurés sociaux.*
- **Créer des conseils de surveillance, pour chaque branche de la sécurité sociale, regroupant le mouvement mutualiste, les associations et représentants des professionnels concernés**  
*Il s'agit de concilier le rôle des syndicats, dont nous souhaitons revaloriser la place dans la démocratie sociale, et les aspirations légitimes des associations et des professionnels à pouvoir être entendus dans les domaines les concernant.*
- **Il s'agit également de mettre en oeuvre à tous les niveaux la démocratie sanitaire**  
*Cela passe notamment par la reconnaissance réelle du rôle des associations de malades, des élus locaux, des syndicalistes et des mutualistes. Tous, au côté des professionnels de santé, ont la légitimité pour définir les besoins de santé et l'organisation géographique du système de soins.*
- **Remplacer les Agences Régionales de l'Hospitalisation par une nouvelle structure régionale de la santé**  
*L'ARH est une structure autoritaire créée par le plan Juppé pour accélérer les restructurations dans une logique de restriction budgétaire. Nous proposons la mise en place d'une structure démocratique ayant une double fonction : définir les besoins de santé et de soins de la population, répartir les crédits correspondant, affectés à la Région par la Sécurité sociale et l'Etat.  
Elle serait composée :*
  - 1) d'élus locaux, syndicalistes, de mutualistes et des représentants des intérêts généraux de la population,
  - 2) des principales organisations de malades,
  - 3) des représentants de l'ensemble des professions de santé,
  - 4) des représentants de l'Etat et de la Sécurité sociale.
- **Remplacer l'examen annuel d'une loi de financement de la sécurité sociale par une loi de programmation pluriannuelle des orientations de la politique de santé et d'accès aux soins.**

## **En guise de conclusion**

Toutes ces propositions sont les garantes d'une meilleure prise en charge des soins et autorisent l'égalité d'accès aux soins entre les citoyens dans le respect des principes fondateurs de notre sécurité sociale.

Dénuées de tout caractère de surenchère sans considération du possible, elles forment la base d'un projet alternatif qui incite à faire évoluer et moderniser notre système d'assurance maladie, dans le respect des principes qui ont prévalu à sa constitution et en assurant un haut niveau de prise en charge des assurés sociaux. Pour autant, elles ne s'entendent pas comme une vérité absolue et immuable. Elles sont perfectibles et appellent au débat.

En revanche, elles insistent sur la dimension politique de cette future réforme de l'assurance maladie. Constitutif des choix de société, le droit à la santé reste, à n'en pas douter, au cœur des enjeux économiques, sociaux et politiques de notre pays.

Loin de n'être qu'une formulation pragmatique face à un problème de déficit technique, les propositions de réformes avancées par le Medef et reprises par le gouvernement, ou d'autres groupes politiques, masquent les enjeux et transformations sociales qu'elles impliquent. Pourtant, elles tirent inéluctablement dans le sens d'une libéralisation sans borne de la société.

C'est pourquoi, nous, parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens, affirmons ces propositions de modernisation de notre système de sécurité sociale, et plus particulièrement de notre assurance maladie, comme l'expression d'un choix politique porteur d'une visée économique et sociale égalitaire, solidaire et fraternelle.