

23 mars 2017



hôpital



démographie médicale



centres de santé/maisons de santé



médicament



autonomie-vieillessement



la retraite



les retraités



le handicap



le 100% Sécu



la question du financement de la Sécurité sociale



DÉCLINONS L'AVENIR DE L'HÔPITAL PUBLIC

« Quand on veut noyer son chien, on dit qu'il a la rage » !

Que n'entend-on pas depuis près de 40 ans sur l'hôpital public : ... hospitalo-centriste, trop cher, trop cloisonné, pas efficace... « Il y a trop d'hôpitaux » ! Ces propos meurtriers ont été encore repris par les soutiens de Juppé/Fillon lors des primaires de la droite. La Fédération hospitalière de France, en présentant ses doléances aux candidats à la présidentielle, a affirmé avec solennité : « l'hôpital public n'a jamais été autant sous pression ». Il demeure qu'aujourd'hui, dans notre pays, les derniers sondages d'opinion (ODOXA) réaffirment l'attachement de la population à l'hôpital public, avec néanmoins une inquiétude largement partagée quant à la dégradation constatée et conscience que les hôpitaux manquent de moyens (personnels, investissements...).

Si, pendant les Trente Glorieuses, le système hospitalier public a bénéficié d'un cadre favorable à sa suprématie et son développement (1958 : création des CHU, 1960 : création de la psychiatrie de secteur, 1970 : planification hospitalière...), les logiques d'austérité se traduisant par un objectif majoritaire de « maîtrise de dépenses de santé » frappent de plein fouet les hôpitaux publics.

Les « réformes hospitalières » vont se succéder concernant autant l'environnement, l'encadrement financier des hôpitaux, que leur mode de gestion et de fonctionnement : les ordonnances

Juppé, la loi Douste-Blazy, la loi HPST et enfin la loi dite « de modernisation de notre système de santé », avec la mise en place autoritaire de 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ceux-ci vont progressivement « effacer » les quelque mille hôpitaux publics œuvrant actuellement sur le territoire national. Ainsi, après avoir organisé l'étranglement financier des établissements avec les enveloppes budgétaires encadrées à la baisse depuis 1996, d'une part par l'ONDAM, d'autre part par la tarification à l'activité (T2A), c'est le démantèlement du **système hospitalier qui est visé**. Personne ne table sur l'hypothétique redressement financier des EPS.

Au contraire, les dispositions financières prises ces dernières années (plans hôpital 2007/2012) concourent à « leur appuyer sur la tête ». N'est-ce pas la Cour des Comptes, qui, fin 2013, affirme : « Les ARS ne devraient pas hésiter à utiliser les moyens de contrainte importants dont elles disposent pour amplifier les opérations de restructurations et développer des coopérations entre établissements de nature à dégager des gains d'efficience... » !

La Cour des Comptes préparait le « pacte de responsabilité » avec l'objectif de plus de 10 milliards d'économie de dépenses d'Assurance-maladie ! Rappelons que l'enveloppe hospitalière, tous établissements confondus, représente entre 42 et 44% de l'ONDAM...

les groupements hospitaliers de territoire (GHT) : l'arbre qui cache la forêt ?

Pour résumer l'essentiel : les GHT s'inscrivent dans un rythme accéléré de baisse des dépenses assurance-maladie ; en atteste les quelque 1,7 milliard d'économies pour les hôpitaux sur un total de 3,5 milliards en 2017, troisième année du Pacte de responsabilité

Il faut saluer la lucidité et la combativité des communautés de psychiatrie publique qui, avant la signature des conventions de regroupements au 1^{er} juillet 2016, se sont mobilisées et, dans certains endroits, ont mis en échec les projets des ARS. Récemment, 166 médecins du CH Le Vinatier de Bron ont lancé un appel, un peu

comme une « bouteille à la mer » : ... « N'est-il pas temps de désapprouver des choix budgétaires et politiques qui vont à l'encontre de notre engagement médical auprès des patients ? Nous avons encore le choix d'affirmer une position clinique, citoyenne et politique, celle de la défense de l'hôpital public et du refus de son démantèlement. L'Hôpital ne peut pas être considéré comme une entreprise et n'a pas vocation à être rentable. Une médecine publique de qualité est un choix de société, un investissement pour lequel une société engage les moyens nécessaires » ! VOILA ! Tout est dit !



repartir à l'offensive !

Les GHT sont une véritable imposture ! L'objectif est clair, mais la boîte à outil est vide (pour-tant Touraine avait pris soin de la remplir... !) Elle est pour le moins inopérante à transformer si profondément la réalité : les besoins de proximité, les besoins de qualité et de sécurité, les besoins de coopération sont présents partout !

La « démocratie sanitaire est en panne ! » En atteste ce qui se passe sur le terrain : des ARS qui décident avec une poignée de cadres de direction et quelques médecins, laissant l'immense majorité des soignants, des médecins et des personnels techniques et administratifs dans l'ignorance totale, alors que ces derniers sont con-

cernés par les premiers regroupements. Ne parlons même pas des élu-e-s et de la population. Les projets médicaux sont au point mort : et pour cause, ils n'ont jamais été une finalité !

Pour résumer : un déni de démocratie, une remise en cause de la proximité, une finalité financière, avec des « établissements/supports » qui sont les « bras armés » des ARS !

IL FAUT COMBATTRE LES GHT qui n'ont pas d'autre objectif que la refonte globale de l'offre de santé. La droite l'a bien compris qui propose... en toute logique, d'y intégrer les établissements privés !

un véritable projet pour l'hôpital public !

Nous avons besoin d'une vision large, prospective et partagée, pour repenser le système de santé et l'hôpital publics, pour répondre aux besoins de santé d'aujourd'hui et de demain : comment affronter le développement intolérable des inégalités sociales, le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, le développement des technologies bio-médicales, du numérique...

Les attentes de la population, des professionnel-e-s de santé nous invitent à mettre en chantier un véritable projet politique. Elles et ils, avec leurs organisations syndicales, leurs associations, les élu-e-s, ne manquent pas de propositions pour revivifier les missions de service public, pour questionner la place de l'hospitalisation dans l'évolutions des soins, repenser de véritables coopérations inter-hospitalières sur la base de la continuité des soins, replacer l'hôpital de proximité dans un maillage de service de santé

publique de proximité, avec un réseau de centres de santé...

Autant de questions, d'exigences qui doivent retrouver une logique de mobilisation, de créativité et de démocratie à tous les niveaux...

Mais, dans l'immédiat, soyons disponibles et force de proposition, pour soutenir et participer aux luttes des professionnel-e-s hospitaliers :

- imposer l'arrêt des regroupements/restructurations en cours et toute fermeture d'établissement et/ou services
- exiger un plan national d'embauche, de titularisation, de formation, de réorganisation des services dans une ampleur exceptionnelle
- exiger un plan de sauvegarde budgétaire des hôpitaux, l'effacement de la dette et un plan de sortie de tous les emprunts toxiques.



La situation actuelle est connue : avec le départ à la retraite des derniers médecins généralistes formés avant la mise en place du numerus-clausus, de plus en plus d'habitants des villes et des campagnes n'ont plus de médecins traitants !
Il y a urgence sanitaire !

une situation volontairement construite en accord avec l'idéologie libérale

Elle a été voulue, tout à la fois par les gouvernements successifs, pensant, en réduisant l'offre, réduire les dépenses de santé et par des syndicats de médecins corporatistes, car ce qui est rare est cher !

le numerus-clausus

Instauration d'un concours en fin de première année d'études de médecine à la place de l'examen vérifiant l'acquisition des compétences, par une loi de 1971, à laquelle le PCF s'était opposé.

De par la nature de ce concours, il est source de ségrégation sociale des étudiant-e-s.

Le nombre d'étudiant-e-s admis en seconde année a baissé jusqu'en 1993 (passant de 8 588 en 1972 à 3 500 en 1993) pour remonter lentement ensuite (8 124 en 2017), tout en restant bien en dessous des besoins : il en faudrait sans doute au moins 11 000.

Dans la conception ultralibérale, nul besoin de beaucoup de médecins : des protocoles pour des paramédicaux, des logiciels informatiques, et quelques médecins pour superviser, en oubliant l'humain et que chaque malade est particulier, avec à la clé le développement du secteur non

remboursable, l'augmentation des restes à charges pour les patients et le développement d'une médecine à plusieurs vitesses.

quelques chiffres

Le nombre de médecins en activité en France a augmenté jusqu'en 2010 (216 145) et stagne depuis aux alentours de 215 500 (source : CNOM).

Il y a en France 311 médecins pour 100 000 habitants, 410 en Allemagne (source Eurostat).

À la décision de limiter le nombre de médecins formés (cf encadré : le numerus-clausus) se sont surajoutées l'augmentation de la population, son vieillissement, les pro-

grès médicaux, transformant des causes de décès prématurés en maladies chroniques et l'aspiration des médecins à la réduction du temps de travail (comme les autres salariés!), favorisée par la féminisation de la profession.

Le déficit de médecins touche toutes les régions (avec des différences intrarégionales fortes, préservant essentiellement les villes universitaires). Il concerne la médecine générale, d'autant plus que cette spécialité est peu choisie par les jeunes générations, mais aussi les spécialités à visée préventive (médecine du travail, médecine scolaire), les psychiatres – peu utiles si on veut se contenter de normaliser les comportements plutôt que de soigner – et les spécialistes « clé » dont l'absence aide à justifier les fermetures de services et d'hôpitaux (gynéco, anesthésistes, urgentistes...). Dans d'autres domaines, le déficit a servi de justification aux dépassements d'honoraires et il n'y a quasiment plus de spécialistes en secteur I (ophtalmos...)

Le déficit est souvent plus masqué pour les autres soignant-e-s mais tout aussi présent : les suppressions de postes dans les hôpitaux rendent improbable le CDI à la sortie de l'école de sage femme ou d'aide soignant-e, justifiant des réductions de quotas de formation alors même que le travail existe, à défaut de l'emploi : le burn-out menace tous ceux et celles qui travaillent !

des propositions multiples et complémentaires supposant d'urgence une approche nouvelle

La gravité de la situation appelle des mesures urgentes, multiples en lien avec la multiplicité des causes et les changements sociétaux, tout à la fois mesures concrètes immédiates mais aussi construction d'un nouveau système de santé, répondant aux besoins des populations et aux aspirations des jeunes professionnels.

Supprimer le numerus-clausus : insuffisant, mais nécessaire !

La suppression ne règle pas tout... mais cela fait 20 ans que cet argument est utilisé pour le maintenir, avec les conséquences que l'on voit ! Pas

plus en médecine qu'ailleurs, la sélection à l'université n'a de justification, à part la volonté patronale d'adaptation des formations aux emplois actuels et d'élitisme. Et l'augmentation du nombre de médecins formés (au moins 11 000 par an) est nécessaire pour répondre aux besoins.

Transformer les études

La suppression du numerus-clausus doit être préparée et accompagnée de moyens nouveaux pour l'enseignement théorique et pratique.

Les études doivent contribuer à ce que la médecine générale ne soit pas un choix par défaut:



elles doivent développer une approche plus globale que la juxtaposition de spécialités enseignées par des hyperspécialistes, avec la promotion d'enseignants de médecine générale, donnant envie d'exercer cette spécialité. Des stages en soins primaires doivent permettre de découvrir la médecine ambulatoire avant le choix des spécialités.

Le début des études doit être revu pour les démocratiser, pour ajouter au haut niveau d'exigence scientifique un haut niveau de sciences humaines : un premier cycle commun à l'ensemble des professions de santé pourrait être mis en débat.

Changer le travail en ville et à l'hôpital

Travailler en équipe, faire de la médecine et pas des papiers, bien travailler, mais aussi avoir du

déserts médicaux... déserts des services publics

La présence de structures de soins de santé primaires ne peut être déconnectée de la disparition des services publics dans trop de campagnes ou de banlieues.

Un cercle vicieux à casser : le manque de médecins est un frein au développement économique, mais les médecins ne souhaitent souvent pas s'installer là où il n'y a ni collègue ni poste !

temps libre, autant d'aspirations des jeunes générations de médecins qui se conjuguent avec le salariat dans un cadre de service public.

Avec, évidemment, le droit d'intervenir dans les objectifs de son travail (comme

pour tout salarié et il faut un nouveau statut du travail salarié !)

nouveaux métiers... infirmières cliniciennes...

On pourrait remplacer des médecins par des infirmières formées... Une fausse bonne idée !

Il y a des nouveaux métiers dans le soin et la prévention à inventer, des professionnels qui souhaitent monter en qualification, de vraies pistes de progrès !

Mais ce que nous proposent nos dirigeants actuels, c'est surtout de remplacer des médecins par des professionnels à bas coût. Alors, prudence !

C'est ce que pourrait offrir un véritable service

public de soins primaires, décentralisé, démocratique, répondant aux besoins selon un projet de santé territorial élaboré avec les populations, les élus, les personnels, n'oubliant pas non plus la formation des futurs professionnels (cf fiche sur les centres de santé).

À l'opposé de la vision libérale du développement de l'ambulatorio pour diminuer les dépenses hospitalières, il faut **plus d'hôpital pour plus de soins primaires** de meilleure qualité !

Plus d'hôpital, parce que les médecins généralistes ont besoin d'être soutenus par un hôpital proche, plus d'hôpital, parce qu'il ne s'agit pas pour lui de se désengager des suites d'hospitalisation sur le médecin généraliste, mais de coordonner avec lui les parcours de soins ...

Il y a urgence à attirer et à garder les médecins dans les hôpitaux publics, par la qualité des conditions de travail (privilégier l'intérêt des malades plutôt que le budget de l'hôpital, donner des droits d'intervention aux salariés dans la gestion...) et par un rééquilibrage des revenus des médecins entre public et privé.

Cette politique ambitieuse de service public en soins primaires et hospitaliers est seule capable de redonner espoir : les médecins doivent avoir les mêmes droits que les autres salariés, pas plus, mais pas moins non plus (dans le temps de travail...) et il n'est pas juste de faire payer aux jeunes générations médicales (en particulier féminines) l'incurie des décisions politiques antérieures.

La régulation de l'installation des professionnels ne peut être la répartition de la pénurie mais l'espoir dans l'avenir pourrait faire accepter des contraintes temporaires : il y a urgence sanitaire dans trop de territoires !

Cette politique ambitieuse doit s'associer, pour répondre véritablement aux besoins, à une véritable démocratie en santé, avec le retour à des élections à la sécu, la mise en place de structures territoriales de recueil démocratique des besoins et d'évaluation des réponses apportées, avec synthèse à l'échelle régionale et évidemment aussi la prise en charge financière avec le 100% sécu.

La santé est le témoin du choix de société fait !



Cette fiche ne peut se lire sans prendre en compte au préalable celle concernant la démographie médicale et la question de la désertification médicale tant en zone rurale qu'urbaine.

Elle vise à aider, dans cette campagne électorale (voir au-delà), à se positionner sur l'alternative entre Maison de santé pluridisciplinaire et Centre de santé, afin de répondre aux besoins de santé de médecine de ville ou ambulatoire des populations, dans le cadre d'un maillage territorial de santé publique de soins de premiers recours.

Dans ce contexte, pour le PCF, la solution de centre de santé s'impose car c'est à la fois une structure dispensatrice de soins comme de prévention, répondant à des besoins de proximité, et ce pour les raisons suivantes :

- il est un lieu qui participe par ses missions à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé en offrant soins et prévention à tous, par le tiers payant intégral, la coordination des soins, l'accompagnement social des patients, la prise en compte de toutes les populations sans discrimination sociale, culturelle ou religieuse, la prévention, la proximité avec une amplitude d'ouverture adaptée aux besoins du territoire et des populations
- il a la possibilité d'accès à des soins non programmés et participe à la permanence des soins ambulatoires
- il constitue un lieu de stages pour la formation des différentes professions de santé
- le Centre de santé est une réponse à la question de la désertification médicale, car il salarie les personnels de santé médicaux et paramédicaux, et donc les postes sont de la responsabilité du gestionnaire, à la différence de la Maison de santé pluridisciplinaires composée de praticiens libéraux, donc seuls détenteurs de leur poste, notamment en cas de départ, comme aucune obligation pour eux de se trouver un successeur (si ce n'est moral)
- il répond à une demande de plus en plus large des jeunes praticiens qui souhaitent être salariés et travailler dans une structure collective, déchargés de la problématique de la gestion, bénéficiant d'avantages sociaux, notamment congé maternité (et paternité)
- il offre le tiers payant généralisé, car c'est une obligation pour ces structures, ce qui n'est pas le cas pour les maisons de santé pluridisciplinaires (qui néanmoins peuvent le faire si elles le souhaitent)

- il offre des tarifs obligatoirement de secteur I, donc sans dépassement d'honoraire en médecine général, spécialiste et paramédical ; ce n'est pas une obligation pour les maisons de santé pluridisciplinaires
- il offre un plateau technique au regard du projet de santé établi par la structure
- il favorise le juste soin au juste coût pour les tarifs dentaires non opposables ou hors nomenclature
- il propose une durée des rendez-vous de consultation adaptée à une prise en charge qui assure la qualité des soins, selon les recommandations et référentiels quand ils existent
- le centre de santé s'engage à assurer un suivi des patients dans la durée, par des professionnels de santé qui ont accès aux données du dossier partagé
- il veut faciliter la mise en place de comité d'usagers et les associer à la vie du centre de santé par des instances de consultation élargies
- il privilégie le travail en réseau et veut répondre aux besoins sociaux, en lien avec les structures sociales du territoire que lequel elle rayonne.

Dans une démarche de médecine de proximité, nous pensons indispensable d'associer la création de centres de santé à la défense de l'hôpital de proximité afin qu'ils travaillent au maillage territorial d'un bassin de santé en étroite collaboration l'un avec l'autre.

La décision d'implantation d'un centre de santé ne peut se faire sans associer la population à la définition des besoins locaux, notamment au regard de la démographie médicale existante, notamment en nombre de praticiens libéraux, mais aussi et surtout de son évolution dans les cinq voir dix prochaines années. Et il y a urgence, au moment où les Agences régionales de santé



(ARS) préparent leur Plan régional de santé (PRS) pour 2018-2028, issus des lois Bachelot et Touraine que nous dénonçons, notamment au regard de la négation faite aux élu-e-s, citoyens et syndicalistes, de toute participation à une démarche démocratique en santé.

Au-delà, les députés dont nous aurons besoin demain aurons à cœur de faire en sorte que les

centres de santé que nous voulons puissent devenir une exigence territoriale dans le cadre de la nouvelle organisation du système de santé que nous défendons, avec un statut tant pour la structure que pour les personnels, leur donnant à la fois un cadre institutionnel aujourd'hui inexistant et pour les professionnels de santé une mobilité territoriale et de fonction publique.

en prenant donc en compte ces données comment faut-il se déterminer sur le choix entre Centre de santé ou Maison de santé ?

La maison de santé pluridisciplinaire est pour nous, avant tout, un choix des patriciens libéraux de travailler dans de nouvelles formes de pratique qui ne peuvent que nous réjouir puisqu'elles valident notre démarche depuis de très nombreuses décennies. Mais au départ, cela ne peut être que leur seule décision. Si c'est le cas, il faut aider à ce que cela puisse se faire. Il est vrai que cela peut relativement aider à fixer ces professionnels sur place. La mise à disposition par la collectivité de moyens matériels ou immobiliers doit faire l'objet d'un travail sur les missions de services publics dans le cadre du projet de santé. Il nous faut veiller notamment au tiers payant, au plateau technique, aux tarifs... Mais il va sans dire que notre préférence est pour une démarche pérenne par l'implantation d'un centre de santé de service public ou tout au moins qu'il y en est un par bassin de santé.

Il est souvent évoqué par les élu-e-s locaux la question du financement d'un centre de santé de service public comme handicap à faire partager cette proposition, et donc de se rabattre presque par défaut vers une maison de santé pluridisciplinaire.

Nous ne partageons pas cette affirmation ou cette crainte, même si elle est une réalité pour les centres de santé municipaux qui ont des années d'existence.

D'abord, parce que la part restant à la charge d'un gestionnaire de centre de santé est fonction des missions qu'il se donne. Ensuite, à contour comparable d'une Maison de santé, l'ar-

gument ne tient pas, ceci notamment depuis la mise en place du nouvel accord national des centres de santé qui les lie à la CNAM.

Et puis, sans étude préalable, ce n'est qu'un fantasme souvent agité pour passer d'emblée à la Maison de santé pluridisciplinaire.

D'autre part nous travaillons, expérimentalement actuellement à Paris, à la possibilité de mettre en place des centres de santé dans le cadre d'une économie solidaire et sociale, afin de mutualiser des moyens, permettre la mise de fonds multiples publics et mutualistes, avoir un statut commun des personnels, une gouvernance élargie aux usagers et personnels, et un directoire désigné par cette gouvernance. Ce sera notamment l'objet d'un débat du PCF à Dijon le 4 avril prochain.

Il est bon de rappeler que les centres de santé sont des structures de soins ambulatoires de premier recours et de second recours. Ils peuvent être médicaux, dentaires, infirmiers ou polyvalents. Leur création se fait auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) par le dépôt d'un projet. Il se conventionne ensuite, si il le souhaite, avec la CNAMTS, dans le cadre de l'accord national des centres de santé.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales ou des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements de santé. Ils ne peuvent être adossés à des sociétés commerciales à but lucratif.



Le médicament est un élément stratégique dans une politique de santé.
Tout État se doit de pouvoir répondre en toute transparence
aux besoins de médicament de sa population.
Pour ce faire, face à système pourri du manque de démocratie sanitaire,
on réclame un **Pôle public du médicament**, afin de le faire sortir du marché !

Il faut mettre fin à cette incohérence qui voit des médicaments, proposés au déremboursement, partiel ou total, par la commission de transparence pour des raisons de sécurité sanitaire, rester sur le marché. Pour les communistes, la Sécurité sociale ne saurait rembourser des médicaments qui usurpent cette dénomination et, à l'inverse, se doit de rembourser à 100% tout médicament utile, mais à sa juste valeur.

Une telle démarche est non seulement salutaire pour la santé publique, égalitaire pour les citoyens, mais économiquement efficiente car elle permettrait de faire à la Sécurité sociale près de 34 milliards d'euros.

La Sécu à 100%, ce ne sera pas pour garantir le chiffre d'affaires des industriels de la pharmacie et les profits de ses rentiers. Et les récentes négociations entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les représentants des entreprises du médicament, sur un nouvel accord-cadre 2016-2018, n'entament en rien le niveau de rentabilité injustifié des dividendes acquis par les actionnaires des multinationales de la pharmacie. Des multinationales à qui l'ont fait aussi cadeaux d'un Crédit impôt/recherche (CIR), censé favoriser l'emploi scientifique et l'investissement dans la recherche, mais en réalité massivement utilisée à d'autres objectifs.

Nous sommes loin d'une « (re)conciliation » entre le besoin de régulation médicamenteuse, de maîtrise budgétaire et les enjeux de l'innovation pharmaceutique.

Il est urgent de retrouver une maîtrise publique dans la politique du médicament et de socialiser les firmes de la Big-Pharma.

Le médicament a besoin de transparence et de démocratie, et nous contestons les prix astronomiques des médicaments qui nous renvoient à plusieurs faits :

1. un modèle économique fondé sur la propriété exclusive des inventions pharmaceutiques qui permet de récupérer une rente d'innovation à partir d'une situation de monopole juridique et industriel ;

2. les normes de rentabilité économique et financière très élevées des firmes pharmaceutiques qui poussent justement à renforcer les normes de propriété intellectuelle, en les étendant à l'échelle de la planète, y compris dans les pays en voie de développement et dans les pays les moins développés ;

3. une situation de crise de l'innovation, complexe, qui fait que la productivité de la R&D a tendance à stagner sinon à décroître globalement dans le secteur pharmaceutique ;

4. une recherche clinique à domination écrasante de l'industrie : ce n'est pas le travail de l'industrie de financer la recherche, de payer les professeurs hospitaliers, de subventionner les associations de patients, de s'occuper de la formation des internes et de l'information médicale.

Pour le PCF, cette question du prix du médicament renvoie plus largement à celle de sa recherche, sa production, sa distribution aujourd'hui entre les mains du privé.

Depuis des années, nous préconisons la nécessité d'une politique alternative de santé. Cela passe par l'impérieuse nécessité pour la société, les citoyen-ne-s et les professionnel-le-s de se réapproprier cette chaîne de la santé : c'est le sens que nous donnons à notre proposition de mettre en place un Pôle public du médicament en France et en Europe.

Nous en avons les instruments scientifiques (les chercheurs du public et du privé peuvent développer les technologies de ces molécules en quelques mois) ; les outils réglementaires (pour enregistrer ces médicaments) ; et la capacité industrielle (produire sur place pour l'accès universel et la sécurité sociale), pour définir et construire un autre modèle d'industrie pharmaceutique en réduisant les exigences de rentabilité, immédiatement, et en couplant recherche publique, industrie pharmaceutique, Sécurité sociale et usagers du médicament.



Et nous avons aussi les instruments juridiques. La France pourrait faire baisser drastiquement le prix de ces médicaments en recourant à la licence d'office comme le prévoit l'article L613-16 du code de la propriété industrielle : une disposition de mise sous licence obligatoire dans la loi des brevets en France dès lors que le prix, la quantité ou la qualité des médicaments ne permettent pas d'en assurer l'accessibilité.

Le Pôle public aura à assurer l'indépendance de la formation médicale et professionnelle, et prévoir un financement public de la formation continue.

Il renforcera les moyens de contrôle de la publicité sur les médicaments, et assurera la transparence de l'information sur les médicaments en direction du grand public.

Le Pôle public du médicament sera pour la distribution, pour notre réseau de pharmaciens, celui qui permettra la préservation des structures et moyens de proximité pour une réponse rapide aux besoins.

La santé est un bien universel, le médicament fait partie intégrante de l'offre de soins, l'ensemble du processus conduisant de la recherche à la mise à disposition des médicaments et vaccins aux malades doit répondre à cet objectif. Cela est aussi vrai pour ce qui concerne les Médicaments dérivés du sang (MDS) qui jouent un rôle essentiel dans le traitement de pathologies lourdes : ils font partie de la politique du médicament que nous défendons.

Nous proposons de faire grandir une autre industrie pharmaceutique couplée à des normes d'accès universel et de maîtrise des dépenses de médicaments par la sécurité sociale qui, jusqu'à aujourd'hui, paye sans sourciller la rente d'innovation exigée. Il s'agirait simultanément de construire d'autres partenariats de recherche avec le système public de recherche, qui aujourd'hui applique les mêmes normes que celles des firmes pharmaceutiques, sans sourciller non plus, et de développer de nouvelles recherches, dans le secteur public et dans le secteur privé

répondant aux besoins de santé, grâce à l'intervention citoyenne et syndicale, à la vigilance des assurances sociales et des mutuelles, des associations de patients.

Mais avec le pôle public, nous voulons aussi prendre notre place dans la seconde révolution thérapeutique, celle des biotechnologies, des thérapies géniques, de la thérapie cellulaire, des bio-marqueurs et des traitements personnalisés. Depuis plusieurs décennies, les performances reculent en matière d'innovation thérapeutique et si la réaction n'est pas rapide, nous serons inaptes à répondre aux besoins des citoyens. C'est pourquoi, nous refusons l'abandon de la production de nombreux médicaments comme l'abandon ou la mise en sommeil de nombreux projets de recherche.

Nous avons besoin de créer un nouveau lieu où démocratiquement, s'élaboreraient la formulation des besoins de santé en priorités de besoins en médicaments pour les différents acteurs de la chaîne du médicament ; où se prendraient les orientations et décisions en toute transparence ainsi que le contrôle de leur mise en œuvre et les arbitrages. Pour ce faire un **Conseil national du Médicament** serait mis en place qui associerait en son sein aussi bien des représentants de l'Etat et de la Sécurité sociale, ceux des professionnels du secteur et de leurs syndicats, de la recherche, du développement, de la production et de la distribution, des usagers et de leurs représentants, des élus nationaux et des collectivités territoriales, sous forme de plusieurs collèges.

Ce Conseil national du Médicament devrait pouvoir tout à la fois lancer des études, auditionner, regrouper des instances déjà existantes, mais surtout donner à l'État, à la Sécurité sociale, à la Nation des avis prescriptifs en amont et aval du médicament.

Un tel Conseil national du Médicament pourrait avoir sa déclinaison européenne mais aussi mondiale au travers de l'OMS dans le cadre des Nations unies.



**Propositions : refus de la création d'un 5^e risque
financement solidaire par la cotisation sociale et suppression du reste à charge
création d'un grand pôle public et développement des services publics répondant à
la perte d'autonomie**

Le fil conducteur des propositions du PCF pour les personnes en perte d'autonomie, c'est de mettre l'humain au centre de la réponse à leurs besoins quelques soit leur situation ou leur âge.

Dans le prolongement du dossier sur les retraites, celui de la perte d'autonomie vise, pour le pouvoir, à poursuivre l'empreinte néolibérale tant sur l'aspect civilisation que celui de la métamorphose du financement de la protection sociale avec un recul de la solidarité mais aussi une diminution du financement public pour laisser une plus grande place au secteur financier et à la privatisation. La politique des gou-

cet enjeu de société s'inscrit dans un nouveau projet de civilisation

L'autonomie de la personne humaine est un objectif social central de nos sociétés développées. Il s'inscrit dans le cadre de la solidarité et vise l'objectif d'hommes libres et égaux en société, capables de se choisir individuellement et collectivement un avenir respectueux de la dignité de chacun, suivant les principes de la Sécurité sociale de 1946 tout en les renouvelant et les réformant en profondeur, avec la prise en charge de ce nouveau besoin qu'est la perte d'autonomie. Nous prenons le concept de perte d'autonomie en lieu et place de celui de dépendance, car fondamentalement porteur de solidarité à l'opposé de l'individualisme. Elle n'est en rien un risque en soi, ce qui explique notre rejet de l'assurantiel, mais un état qui justifie la mise en œuvre de moyens et d'expertises divers pour assurer à un individu la poursuite de son existence dans la dignité.

La perte d'autonomie totale ou partielle renvoie à 3 situations distinctes : grand âge, handicap et invalidité, donc 3 populations distinctes même si une

un pôle public pour organiser, coordonner et mettre en œuvre

La création d'une véritable coordination des politiques publiques de l'autonomie des personnes devra être mise en place avec un contrôle démocratique : État, collectivités territoriales, organisations syndicales, associations des usagers. L'enjeu consistera à travailler, à partir de l'existant, à l'amélioration du niveau de la prise en charge, tant pécuniaire que de la qualité de la prise en charge.

Nous proposons au niveau départemental un pôle public de « l'autonomie », s'appuyant sur le développement des services publics existants avec tous les aspects d'aides (repas, toilettes, mobilisations, etc.) mais aussi équipements et aménagements des logements, transports. Le pôle public doit permettre une synergie entre les services publics ainsi développés en les coordonnant avec les nouveaux services publics du handicap et celui des personnes

vernements Hollande n'a que peu varié par rapport à ces orientations. La loi sur le vieillissement, se limitant aux personnes âgées, affiche de bonnes intentions, mais sans y consacrer les moyens nécessaires.

Notre projet, c'est l'affirmation de la défense de la protection sociale solidaire. Il s'inscrit dans une critique totale de la situation actuelle avec l'insuffisance des moyens collectifs mobilisés mais aussi des principes avancés dans les projets gouvernementaux. La prise en charge actuelle n'est pas acceptable, leur proposition va aggraver les injustices et creuser les insuffisances graves.

personne peut passer d'une situation à une autre. Elle est traitée de 3 manières : prise en charge médicale et médico-sociale, prestation/indemnisation de compensation et politique d'ordre sociétal avec 3 acteurs principaux : les organismes sociaux, les collectivités locales et leurs services publics, et les acteurs privés (assurantiels et médico-sociaux).

Le processus d'autonomisation vise à se libérer d'un état de sujétion, à acquérir la capacité d'user de la plénitude de ses droits, de s'affranchir d'une dépendance d'ordre social, moral ou intellectuel. Il ne s'agit pas seulement d'indemniser les personnes ou d'accompagner leur trajectoire de vie, mais de créer les conditions économiques et sociales de leur l'autonomisation tout au long de leur vie. Cela implique de se donner les moyens d'intervenir sur les conditions d'emploi et de travail, sur les conditions de la recherche médicale et de la prise en charge médicale et médico-sociale, sur les politiques nationales et locales d'urbanisme et de transport, etc.

âgées à créer pour favoriser la promotion des activités sociales des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Cette coordination départementale doit permettre une simplification des démarches pour les personnes et les aidants et une meilleure efficacité du service rendu.

Nous proposons une structuration nationale des pôles publics départementaux dans une forme à définir (agence, établissement public, service ministériel) afin de garantir une maîtrise, une cohérence et une égalité sur le territoire national. Nous voulons assurer à cette échelle une indépendance totale et des critères indiscutables aux procédures de détermination du niveau de perte d'autonomie. Ce sera aussi engager une vaste politique de formation, de professionnalisation et de création en nombre d'emplois qualifiés des services d'aide à la personne,



en partenariat avec le monde associatif. Pourquoi ne pas intégrer dans le cadre de la fonction publique territoriale ces associations dans un cadre juridique nouveau à inventer sans exonérer l'État de ses responsabilités financières et de maintien d'une solidarité interdépartementale. Pourquoi pas un ministère de l'Autonomie pour ces nouveaux défis?

Un accompagnement des aidants (souvent des aidantes) est légitime. Notre volonté de privilégier le maintien à domicile accompagné et assisté, comme alternative volontaire, est complémentaire

avec la nécessité d'assurer une bonne couverture territoriale avec un développement sans précédent en établissements publics pour personnes en perte d'autonomie. Il s'agit également de garantir l'accès aux services spécialisés médicaux.

Le maillage du territoire par le service public hospitalier est aussi un gage d'égalité en termes de réponse aux besoins. Il faut augmenter le taux d'encadrement en personnels qualifiés des structures publiques pour arriver à un ratio d'au moins un personnel par personne accueillie.

le point central, un financement solidaire et dynamique : ni « 5^e risque », ni « 5^e branche de prestations »

Surfant sur les attentes des associations appelant à une meilleure prise en charge des personnes en perte d'autonomie, la droite avance le concept de « 5^e risque » pour la Sécurité sociale, « le risque dépendance ». Cela ne correspond pourtant en rien à son architecture actuelle, qui couvre déjà 9 « risques sociaux », répartis dans les 4 branches prestataires. En réalité, ce concept de « 5^e risque » organise une confusion (défendue par la droite et le patronat), qui voudrait laisser croire que la perte d'autonomie est assurable globalement et à part entière, au même titre que n'importe quel risque classique par le secteur assurantiel privé. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui puisque les financements et prestations de la dépendance liés à l'âge viennent essentiellement de la Sécurité sociale et des départements. C'est pourquoi nous rejetons ce concept de « 5^e risque » dont l'unique raison est, en isolant les recettes, de le faire financer par des complémentaires, en particulier les assurances privées. Nous refusons aussi un nouveau découpage de la Sécurité sociale qui conduirait à une rupture supplémentaire de son unité. Une 5^e branche affaiblirait la protection sociale solidaire. Il est clair que certains n'attendent que cela pour ouvrir ce financement au monde financier et assurantiel. Cela encouragerait ceux qui veulent demain une branche « petite enfance ». Ce serait l'éclatement de la Sécurité sociale. En outre, cette nouvelle branche aurait un objet actuellement en partie couvert par l'assurance maladie ce qui entraînerait un siphonage partiel de l'Assurance maladie par cette nouvelle branche. Elle contribuerait ainsi à l'affaiblir et à ouvrir plus grand encore la porte aux complémentaires. Au contraire, nous affirmons l'universalité de l'Assurance maladie, nous voulons la renforcer et y intégrer la réponse aux besoins de la perte d'autonomie. Nous considérons que l'Assurance maladie doit prendre en charge à 100% la partie soins dans une conception élargie. De toute évidence, ces choix induisent de poser la question du financement de cette politique de l'autonomie à partir d'un prélèvement sur les richesses créées par le pays. Ce financement n'a

de sens que s'il est réellement pérenne et non tributaire des ressources de l'État ou des familles. Nous posons le principe d'un financement solidaire dans la Sécurité sociale et d'un financement public. Concernant les personnes en situation de handicap, nous proposons une taxe prélevée à la source pour les employeurs qui ne respectent pas la loi, prenant la forme pour ces entreprises d'une majoration de cotisations sociales. La loi sur l'emploi des personnes handicapées est mal appliquée et insuffisante. Il faut aussi affecter à la perte d'autonomie une partie, à déterminer, de la contribution supplémentaire que nous voulons créer sur les revenus financiers des entreprises, des banques et assurances ainsi que sur les ménages les plus riches.

Nous proposons, par ailleurs, d'assurer un financement public de la prise en charge de la perte d'autonomie par l'État, au moyen d'une dotation de compensation pour les départements, indexée sur leur dépense annuelle réelle en la matière. Cela induit explicitement une modification du cadre constitutionnel et l'obligation de remboursement de la dette de l'État auprès des départements en matière d'APA et de PCH et de stopper les réductions de dotations aux collectivités territoriales. Néanmoins, un véritable financement public pérenne de la prise en charge de la perte d'autonomie exigera une réforme de progrès et d'efficacité de la taxe professionnelle, ainsi qu'une véritable réforme de la fiscalité nationale et locale juste et progressive afin de ne pas faire peser indistinctement sur tous les ménages l'essentiel de l'effort contributif, réforme qui porte la suppression de la CSG. Cela passe par une progression dans l'immédiat d'impôts et taxes notamment sur les revenus financiers des plus hauts revenus. Cela renvoie aussi à une autre conception de l'Europe, de sa monnaie, de la Banque centrale européenne pour développer les services publics. Nous sommes opposés à l'assurance obligatoire, le second comme le premier jour de travail gratuit, l'augmentation de la CSG des retraités, l'étranglement des finances des conseils généraux.



La retraite, issue d'une part des richesses créées par le travail, doit permettre aux salariés, après leur vie professionnelle, de jouir pleinement de cette nouvelle vie hors travail.

Au total, fin 2014, près de 17 millions de personnes sont retraitées de droit direct ou dérivé. Premier poste de dépenses de la protection sociale, les prestations destinées à la vieillesse et aux conjoints survivants s'élèvent à plus de 300 milliards d'euros en 2014. La pension moyenne tous régimes de droit direct s'établit à 1 322 euros bruts mensuels par retraité en 2014. En 2014, la pension moyenne de droit direct (hors avantage accessoire) s'élève à 1 660 euros pour les hommes et à 1 007 euros pour les femmes. La pension moyenne des femmes est donc inférieure de 39,3% à celle des hommes.

La décision politique qui est le fondement essentiel de toutes les réformes depuis 1993 est le blocage des financements publics des retraites à son niveau du début des années 2000, alors que la part de la population âgée augmente en longue période. Cette contradiction ne peut se résoudre que par la paupérisation des retraités. Le choix qui a été fait est de distribuer tout le produit de la croissance aux actifs et rien aux retraités. C'est-à-dire que les mêmes personnes seront « avantagées » comme actifs et « désavantagées » comme retraités.

Le non dit de toutes ces réformes, c'est que les actifs bénéficiant de plus de revenus sont prévenus que leurs pensions futures seront maigres et qu'il serait prudent qu'ils compensent par une épargne privée. Vu la défiance vis-à-vis de l'épargne financière liée à l'instabilité des marchés, cette épargne se porte principalement vers la rente immobilière défendue en France par un lobby sérieux et organisé.

Évidemment, tout cela a des conséquences sociales et politiques considérables, notamment dans l'articulation entre classes populaires, classes moyennes, classes supérieures.

Les « petites retraites », fabriquées en grand nombre par les réformes, relevant de plus en plus de dispositifs d'assistance et de « coups de

pouce » selon l'humeur du Prince, les classes supérieures et moyennes-supérieures invitées à se protéger par le patrimoine et les classes moyennes et inférieures, plongées dans l'incertitude, doivent se débrouiller avec leur stress (« on n'aura pas de retraite »).

Les personnes à faibles revenus sont globalement plus touchées par les réformes, avec une diminution de leur pension cumulée sur le cycle de vie de plus de 6%. La baisse de pension est de 3,5% pour ceux ayant des revenus élevés. Par ailleurs, les réformes ont un effet modéré sur l'amélioration de la situation relative des femmes par rapport à celle des hommes au fil des générations.

Alors que le patronat reçoit de nombreux cadeaux du gouvernement (CICE, pacte de responsabilité, exonérations de cotisations...), celui-ci refuse toute augmentation de cotisations. Il est décidé à faire supporter la charge à l'ensemble des salariés, des retraités.

Le patronat veut :

- reculer l'âge de départ en retraite en le portant à 65 ans, en instaurant un abattement pour tous les salariés
- baisser les pensions de réversion pour mieux les supprimer dans le futur ; les premières victimes sont les femmes qui ont souvent les plus basses pensions
- réduire le montant des pensions : la dernière proposition du MEDEF prévoit, jusqu'en 2018, un nouveau gel des pensions s'ajoutant à celui déjà opéré depuis 2014. (0,1% d'augmentation en 11/2015).

Pour les régimes complémentaires, il veut remplacer l'ARRCO, l'AGIRC par un régime unique qui fonctionnerait « à cotisations définies » à la manière suédoise. Ce système a conduit en Suède à une baisse de 10% du montant des retraites en 4 ans.



LES PROPOSITIONS DU PCF

L'abrogation des diverses réformes des retraites engagées depuis 1993.

La mise en œuvre d'une réforme basée sur la sécurisation de l'emploi et de la formation, du parcours de vie de la naissance à la mort, permettant à chacun de pouvoir quitter le travail avec une pension à taux plein correspondant à une période allant de 18 à 60 ans, avec prise en charge des périodes de non travail (précarité, chômage, formation, études, maladie, invalidité).

Une retraite par répartition avec une indexation des pensions sur les salaires, non sur les prix. Aucune pension ne doit être inférieure au smic. Le maintien des pensions de réversion.

L'égalité salariale entre les femmes et les hommes. Progressivement réalisée, elle permettrait un accroissement des cotisations tel que tout déficit serait effacé à l'ARRCO. Quant au déficit de l'AGIRC, il serait réduit de près de moitié d'ici 2040.

Une augmentation de la cotisation AGIRC pour permettre aux cadres de cotiser autant au-dessus du plafond de la Sécurité sociale qu'en dessous et se constituer ainsi le même niveau de retraite sur la totalité du salaire : soit 7,72 € de plus cotisés chaque mois pour un salaire mensuel de 4 000 € brut. Cette mesure suffirait à

rétablir durablement l'équilibre financier de l'AGIRC.

L'élargissement de l'assiette de cotisation aux éléments de rémunération aujourd'hui exemptés (intéressement, participation, épargne salariale...).

Pour les cadres à bas salaire, une augmentation de 120 à 150 points de la garantie minimale de points et la création d'une garantie minimale de points à l'ARRCO pour les non cadres.

Le système de cotisation doit être basé sur la solidarité intergénérationnelle, avec les cotisations des salariés et des employeurs pour financer les pensions. Les revenus financiers doivent cotiser au même niveau que les salaires. Ce financement ne saurait être fiscalisé.

Toutes les exonérations injustement allouées au patronat doivent être supprimées. Les employeurs et l'État doivent payer leurs dettes aux caisses de retraite et à la sécurité sociale.

Le financement doit s'appuyer sur un développement de la croissance économique et de l'emploi : une politique dynamique de développement de l'emploi stable et qualifié doit apporter d'importantes ressources pour financer les retraites.



UNE SOCIÉTÉ POUR TOUS LES ÂGES

Plus de 17 millions de retraité-e-s, sur une population de 65 millions d'habitants, vivent en France. Parmi eux, 6 millions ont 75 ans ou plus, dont 62% de femmes.

Cette véritable révolution démographique voit l'espérance de vie atteindre, fin 2016, 85,4 ans pour les femmes et 79,4 pour les hommes. Soit plus de vingt ans à mordre dans la vie, après le départ en retraite. Ce progrès formidable doit cesser d'être considéré comme une charge, un coût à réduire comme le font les libéraux de tous poils.

Les retraités ont envie de réinventer cette période en partant suffisamment tôt à la retraite pour mener réellement une vie hors travail. Les retraités veulent avoir les moyens de vivre, de se projeter dans l'avenir, pouvoir participer à la vie sociale, avoir un rôle à jouer dans la société.

Il est possible de gagner en qualité de vie pour tous les âges. Les moyens techniques, scientifiques et économiques du XXI^e siècle le permettent. **C'est un choix de société essentiel qui suppose d'intégrer pleinement dans les politiques publiques mises en œuvre la notion de société pour tous les âges.**

« Plus que par la production, qui est une caractéristique de l'humanité, l'homme individuel se définit par l'activité qui est, comme on a pu le dire, "une affirmation positive de soi" ».

C'est elle qui doit être au cœur d'une retraite épanouie conçue comme un troisième moment plein de la vie où l'on peut réinventer son existence et non une période de déchéance progressive. Mais il y faut plusieurs conditions.

D'abord qu'on ne recule pas l'âge de la retraite: plus on travaille longtemps, plus on arrive fatigué

à celle-ci et plus on a de mal à se renouveler dans ses occupations. Ensuite, c'est en amont que l'essentiel se joue : dans la formation intellectuelle de l'individu qui va donner à la fois le goût et les moyens de continuer à se cultiver et de multiplier ses centres d'intérêt liés aux diverses formes de la culture.

On sait, par exemple, que les intellectuels vivent très longtemps, plus que la moyenne, pour une raison simple : quand le corps commence à défaillir, l'intelligence est toujours en alerte et, en se nourrissant sans cesse, elle maintient l'en vie et la capacité de vivre. Et l'on sait aussi que les capacités humaines ne sont pas des données purement naturelles, dont le vieillissement serait programmé par la biologie ! Elles sont développées ou entretenues par leur mise en œuvre active !

Enfin, il est évident que l'activité peut se développer de multiples façons, spécialement à travers la vie associative (et même militante !) qui offre à l'homme l'occasion aussi de vivre avec *autrui*, ce qui est un enrichissement formidable qui préserve de la tristesse. Cela suppose qu'une politique gouvernementale progressiste aide financièrement les diverses associations, ce qui est le contraire de ce qui se passe aujourd'hui avec les coupes régulières dans leurs budgets.

Plus largement, on aura compris que toutes ces pistes pour une retraite vraiment humaine offerte à tous supposent que l'on change les bases de notre société : qu'on cesse de voir dans les individus de simples facteurs de production, jetables dès qu'ils ne sont plus utiles, et qu'on fasse du développement personnel à tous les âges de la vie le sens même de l'organisation sociale ». (Yvon Quiniou, philosophe)



PROPOSITIONS DU PCF

Il y a donc à imaginer une autre organisation de la vie qui garantisse la possibilité à tout âge de s'arrêter de travailler, de connaître un moment de formation, d'apprentissage, un moment de repos et de réflexion, un moment surtout de participation à la vie collective.

Cela nécessite d'émanciper pleinement toute la succession des âges sociaux, offrir à chacun des

formations initiales de haut niveau, éradiquer le chômage, d'abord des jeunes, désaliéner le travail, organiser une sécurité d'emploi et de formation, favorisant une vie hors travail riche, ouvrant ainsi la perspective de plusieurs dizaines d'années d'activités « retraitées » en bénéficiant d'une retraite par répartition indexée sur les salaires.

ACTIVITÉ DU PCF

Les retraité-e-s représentent 38% des quelque 44,8 millions d'électeurs inscrits. Cette part relative ne cesse de croître sous le double effet du vieillissement démographique et de la « surparticipation » électorale croissante des retraité-e-s.

Les retraité-e-s ont un rôle social, économique, politique important dans notre pays. Notre parti a besoin d'une approche de la retraite et d'un militantisme affirmé en direction des retraité-e-s. Mais il n'existe que trop peu de collectifs *Retraités* dans nos fédérations et sections.

Pour s'adresser aux retraité-e-s, nous avons le journal *Plein Temps* disponible sur internet et récupérable sur le site du PCF, à diffuser large-

ment. Dans la dernière période, *Plein Temps*, publié à raison de quatre à cinq exemplaires par an, s'est exprimé sur les lois de santé, d'adaptation de la société au vieillissement, la bataille des retraites, la sécurité sociale, la protection sociale, la fiscalité, les échéances électorales avec comme fil rouge les exigences d'une société pour tous les âges et le lien inter générationnel.

Nous avons besoin d'une adresse régulière en direction de cette population et cela nécessite de mettre en place des collectifs *Retraités-e-s*.

Il s'agit d'aller à leur rencontre, de débattre, de faire connaître nos avis et propositions sur les questions qui les concernent.

POUR UNE SOCIÉTÉ QUI S'ADAPTE AU HANDICAP



Propositions :

- établir le principe d'une société s'adaptant aux personnes handicapées**
- soutenir les associations de personnes handicapées**
- renforcer le droit du travail pour les personnes handicapées**
- accueil des élèves et étudiants handicapés**
- augmenter les places d'hébergement indispensable**
- le service public et le 100% sécu pour les soins et appareillages**

La qualité d'une société se juge à la manière dont elle considère les personnes en situation de handicap. De ce point de vue, le quinquennat de François Hollande n'a pas marqué de progrès : avec la loi Macron, l'obligation d'emploi des personnes handicapées est devenue moins contraignante ! Avec la loi travail, l'allègement pour l'employeur de l'obligation d'adaptation du poste aux capacités de la personne va placer de plus

en plus de salariés en situation de handicap dans le travail.

La lutte contre toutes les discriminations et pour l'égalité des droits est au cœur des propositions du PCF.

Ce n'est pas aux personnes en situation de handicap à s'intégrer à la société mais à la société de créer les conditions du vivre ensemble.

le vivre ensemble, au cœur d'un projet de société

L'ambition d'une société ouverte, sans discriminations, est un défi devant se concrétiser dans tous les domaines de la vie : la citoyenneté, l'éducation et la scolarité, la vie professionnelle, le logement, la vie familiale, les loisirs, la culture, le sport... Et l'accès des personnes en situation de handicap à toutes ces activités, c'est aussi l'ouverture à tous de domaines parfois réservés !

Les services publics doivent être à la pointe de cette ouverture : école, université, transport... en s'en donnant les moyens. Et par exemple, l'accompagnement, à l'école, quand il est nécessaire, ne doit pas être une surcharge supplémentaire pour les enseignants, mais bien inclus dans le service public. L'article précédent développe les nouveaux services publics à créer en particulier dans l'aide à la personne.

Le service public doit aussi être la réponse aux besoins de places d'hébergement : d'après

l'UNAPEI, 47 500 personnes handicapées sont toujours en attente d'un accompagnement de proximité. Et 6 500 autres sont encore accueillies en Belgique faute de solution adaptée en France. L'aspect financier est traité au précédent chapitre.

La lutte contre les discriminations à l'embauche ne peut être la variable d'ajustement de questions budgétaires ou d'une soumission aux intérêts patronaux. Et, en 2016, la prolongation de la dérogation donnée aux universités les autorisant à ne pas payer les pénalités qu'elles doivent au FIPHFP (Fond pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) est un très mauvais signal. C'est au contraire un effort significatif qui doit être engagé pour la formation professionnelle des personnes en situation de handicap et leur insertion dans l'emploi, avec traduction dans le code du travail.

citoyenneté, démocratie : à faire vivre !

Les associations de personnes en situation de handicap sont nombreuses, diverses, en fonction du handicap, en fonction des projets portés. Cette diversité doit être soutenue, soutenue et aidée quand il s'agit d'associations organisant des services, dans un champs d'économie sociale et solidaire, pour éviter que les difficultés finan-

cières ne se transforment en mal être du personnel, soutenue et aidée quand il s'agit de défendre les droits des personnes en situation de handicap, sans choisir qui porte la bonne parole, comme le font les actuelles ARS, décidant des représentants dignes de siéger dans leurs instances de concertation.



la santé et la protection sociale : le service public et le 100% sécu au cœur des propositions du PCF

Handicap ne veut pas dire maladie. Ceci dit, le recours aux soins et à la solidarité de la sécurité sociale peut être plus fréquent. Et il est le parcours du combattant, plus encore pour les personnes en situation de handicap : parcours semés d'embûches liées à l'accessibilité, au manque de formations des soignants (les personnes en situation de handicap ont autant le droit de savoir que les autres, le même droit à la dignité) pour prévenir et se soigner, parcours financièrement particulièrement difficile du fait de ressources financières souvent très faibles (un quart des bénéficiaires de l'AAH – allocation adulte handicapé – vit sous le seuil de pauvreté) et d'un recours plus fréquent.

Le service public a le devoir d'accueillir sans discrimination : c'est dire tout l'intérêt du développement de centres de santé, pour mailler le territoire de lieux d'accès aux soins primaires. Mais c'est aussi un enjeu pour les hôpitaux : que dire d'un hôpital qui traîne à mettre en place un plan de circulation permettant l'accessibilité (qui serait utile aussi pour tous les patients provisoirement peu valides) ! Le financement des hôpitaux ne peut être lié à leur seule « rentabilité ». La charte Romain Jacob signée fin 2014, tant par la ministre que par les grandes associations de

handicapées, la FHF, la FHP ... pour répondre aux besoins spécifiques de l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées a si peu de traduction pratique, faute de moyens, que certaines associations mettent en place des questionnaires à ce sujet auprès de leurs membres.

Le 100% sécu prend toute son importance pour la prise en charge de tous les appareillages nécessaires : lunettes, appareils auditifs, fauteuil roulant... Le financement d'un fauteuil roulant et de ses indispensables accessoires ne peut continuer à contraindre à la recherche de financements multiples : la sécu, la mutuelle, la PCH (prestation de compensation du handicap) à géométrie variable selon les départements.

Avec le progrès technique et en particulier les technologies de l'information, les aides aux personnes en situation de handicap font des progrès considérables.. L'enjeu sociétal est de taille: laisserons-nous certains dispositifs susceptibles de transformer la vie des personnes en situation de handicap réservés à ceux qui en ont les moyens ? Laisserons-nous certains actionnaires s'enrichir sur le dos du handicap ? Pour le PCF, il ne peut en être question. Raison de plus pour faciliter l'intervention citoyenne des personnes en situation de handicap.



100% SÉCU : DE QUOI PARLE-T-ON ?

La charge du programme de F. Fillon contre la Sécurité sociale a permis de lancer enfin notre proposition de « 100% Sécu » qui s'impose dans la campagne de la présidentielle et celle des législatives de 2017. On peut s'en féliciter. Elle vient du PCF.

Mais il faut se méfier de son contenu et des contrefaçons de type « 0% de reste-à-charge ». Car si beaucoup reprennent l'expression « 100% Sécu », tous ne mettent pas la même chose dedans. Parfois, elle masque même une attaque

contre la Sécurité sociale et sa philosophie. Certains s'en servent même de Cheval de Troie. Il est nécessaire de redonner le sens originel et révolutionnaire de cette expression.

Notre proposition d'aller vers le remboursement à 100% des soins prescrits par la Sécurité sociale n'est qu'une des traductions concrètes d'une conception globale de la protection sociale participant à la création des richesses et à leur répartition.

le piège des mots

« 100% Sécu » réduit à la seule branche maladie affaiblit l'ambition

C'est un point important du débat. Il est important pour nous de ne pas réduire le concept à son application à la seule branche maladie. Ce n'est pas anodin. En procédant ainsi, certains reprennent positivement l'idée d'un remboursement intégral des dépenses maladie des usagers. Mais ils confortent aussi la remise en cause de l'unicité de la Sécurité sociale et sa division en 4 branches distinctes voulue par l'Ordonnance de 1967, afin de fragiliser l'idée d'une couverture sociale maximale des coûts induits par les risques sociaux consécutifs aux aléas de la vie.

Sur le fond, ils entérinent l'idée que le « 100% Sécu » n'est pas un objectif politique vers lequel il faut tendre, mais une procédure comptable ex post permettant un fameux « filet de sécurité ». De fait, ils en affaiblissent la portée sociale autant que politique.

Zéro euro de reste à charge, ce n'est pas le remboursement à 100% par la Sécurité sociale des soins prescrits

C'est une curiosité de cette présidentielle. Tous ses candidats revendiquent le « 0 euro de reste-à-charge » en matière de santé, tous souhaitent améliorer l'accès aux soins et promettent de mieux rembourser les dépenses de santé d'ici à 2022, au moins pour l'audioprothèse, l'optique et le dentaire.

Il y a ceux pour qui le « 0 reste-à-charge » se cantonne à une prise en charge ciblée à 100% au moyen d'une place plus importante de l'assu-

rancier dans le remboursement des soins et des médicaments, comme Macron, qui veut assouplir le cahier des charges des contrats responsables. Il y a ceux qui veulent renforcer le rôle d'assistance de l'État, comme Hamon qui propose de modifier la répartition des aides publiques à l'accès à la complémentaire santé. Mais qui par définition entérine la perpétuation des prises en charge existantes par des complémentaires, au détriment d'un vrai « 100% Sécu ».

Il y a ceux qui affirment le « 100% Sécu » sans préciser que le remboursement doit s'adresser à tous les soins prescrits, et qui ouvrent ainsi la porte au panier de soins avec son corollaire, la sur-complémentaire privée. C'est la proposition de Hirsch et Tabuteau. Loin d'être un « 100% Sécu », elle est en réalité un Cheval de Troie visant à poursuivre (consciemment ?) le démantèlement de la Sécurité sociale en étant masqué par des intentions louables.

Et il y a ceux qui intègrent les complémentaires dans la Sécurité sociale (Pierru et Mélenchon), sur la base du système d'Alsace-Moselle où le régime local complète les remboursements de la Sécurité sociale à quasiment 100%, mais n'est financé que par les salariés, et laisse la place à des surcomplémentaires dans certains domaines (optique...).

En vérité, toutes ces options ont une hypothèse en commun : en l'état, les dépenses de la Sécurité sociale doivent être subordonnées à des impératifs qui leurs sont supposés supérieurs comme le coût du travail, la dette publique, la croissance économique.



notre ambition révolutionnaire :
« 100% Sécu » parce que la Sécurité sociale est un objet politique,
pas un supplément d'âme

Faire du « 100% Sécu » un objectif politique, c'est poser que la Sécurité sociale est en soi une dynamique essentielle de la transformation sociale. Qu'elle n'est pas subordonnée à des conditions qui lui échappent (coût du travail, endettement public, croissance du PIB...) et qui détermineraient son niveau et son périmètre d'application. Au contraire, la réponse aux besoins sociaux définit l'ensemble des conditions qui permettent une meilleure efficacité de la production et sociale. La Sécurité sociale n'est donc pas un supplément d'âme de l'activité économique, elle est à l'inverse une brique du développement des capacités humaines.

Faire du « 100% Sécu » un objectif politique, c'est donc assurer que les richesses produites contribuent directement au financement de la sécurité sociale. Et la seule façon d'assurer cette contribution directe c'est de s'assurer que ce financement soit une prise directe sur les profits. C'est le rôle de la cotisation sociale. Ni alaire, ni impôt, ni prime, elle est une part des profits que se réapproprient les travailleurs, dont le montant est calculé à partir des salaires, pour répondre à leurs besoins.

En matière de santé, il s'agit de permettre à la Sécurité sociale de se donner un périmètre correspondant aux besoins, à un juste coût tant pour les usagers que pour les professionnels.

Le seul transfert des ressources des mutuelles à la Sécurité sociale augmenterait le bilan de la Sécurité sociale mais pas ses moyens de financement pour des dépenses nouvelles. Il ne réglerait pas les questions du reste-à-charge des malades et ne remettrait pas en cause les logiques de panier de soins, restrictif en prise en charge, comme cela se passe avec les complémentaires. Avec un danger : inciter la Sécurité sociale à se concentrer sur une prise en charge des dépenses inscrites dans ce seul panier.

Dans l'immédiat, exiger la fin des exonérations des cotisations patronales, lutter contre la fraude sociale, c'est contribuer à se donner les moyens d'aller vers le remboursement à 100% Sécu de tous les soins prescrits et tout de suite pour les jeunes de moins de 25 ans et les étudiants.

Il nous faut ouvrir le débat sur cette base, en confrontation tant à droite qu'à gauche !

renforcer le rôle des complémentaires : danger !
c'est transférer des coûts vers les ménages

En vérité, l'emprise accrue des complémentaires sur le système de sécurité sociale français affaiblirait son rôle et renforcerait la partition du système et des acteurs sur le modèle de 3 piliers des institutions internationales (couverture publique obligatoire, couverture complémentaire obligatoire, sur-complémentaires volontaires). Car si le financement de la Sécurité sociale est

assis sur les profits des entreprises, le financement des complémentaires est quant à lui assis sur les revenus des ménages ou sur la valeur ajoutée des entreprises. En renforçant le rôle des complémentaires dans la prise en charge, cette approche du « 100% Sécu » contribuerait au transfert du coût de la Sécurité sociale vers les ménages.



LA QUESTION DU FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE UN CHOIX DE SOCIÉTÉ

L'enjeu politique de la Sécurité sociale est clair : permettre aux travailleurs de maîtriser les moyens de répondre aux besoins sanitaires et sociaux de la population, de les prendre directement là où cette richesse est produite, à savoir dans l'entreprise, et de contribuer ainsi à une nouvelle efficacité sociale.

C'est pourquoi, quand il s'agit de Sécurité sociale, au-delà de son financement, sa nature est essentielle. En effet, opposé à tous prélèvements sur la richesse produite dans l'entreprise qui pouvait réduire ses profits, le patronat s'est très vite opposé à la sécurité sociale et a cherché à transférer sa gouvernance et son financement sur l'État. Si la croissance économique a permis de suppléer aux prélèvements de la sécurité sociale sur les profits des entreprises, la crise économique a contribué à amplifier la lutte patronale contre la sécurité sociale au nom de la baisse des coûts des entreprises, et tout particulièrement du coût du travail.

Exonérations de cotisations patronales et CSG ont joué un rôle essentiel pour cela au début des années 90. La mise en œuvre des exonérations de cotisations patronales (première étape de cette stratégie de glissement vers l'État), compensées par des impôts et taxes affectées au budget de la Sécurité sociale, ont consolidé la base fiscale du financement de la sécurité sociale. Puis, la création de la CSG, l'élargissement progressive de son assiette en substitution de cotisations sociales ont permis de substituer à une hausse des cotisations patronales, une hausse des prélèvements sur les revenus d'activité et de transfert vers les ménages. Au final, alors que la fiscalité représentait 2% du total des recettes de la Sécurité sociale à la fin des années 80, aujourd'hui elle en représente près de 40.

Cette croissance de la fiscalité a servi de justification à l'élimination quasi-complète d'une gouvernance de la Sécurité sociale par les représentants des salariés et la création des lois de financement de la Sécurité sociale, et à l'emprise croissante de l'État sur les logiques de gestion des organismes sociaux prônant l'austérité sur les dépenses.

Désormais, les ressources comme les dépenses de la Sécurité sociale sont subordonnées aux

arbitrages fiscaux de l'État et aux arbitrages salariaux dans l'entreprise. Ce qui a limité le développement des recettes comme de la réponse aux besoins.

Cette stratégie politique conjuguée à la hausse du chômage a produit une baisse des recettes à la source des déficits de la sécurité, justifiant les politiques de réduction des dépenses sur notre politique familiale (disparition de l'universalisation des allocations familiales), notre système de retraite (-20 % de perte de pouvoir d'achat pour les retraités en 30 ans) comme de notre système de santé publique, notamment hospitalier, aggravée par la situation faite aux collectivités territoriales.

Il est donc capital de mettre en œuvre les moyens d'accroître les ressources de la sécurité sociale à partir de l'emploi. Ceux-ci sont de deux ordres :

- **la cotisation additionnelle basée sur la financiarisation de la gestion des entreprises**

De 1998 à 2015, la part des revenus financiers dans les ressources propres des entreprises est passée d'un peu moins de 24% en 1998 à 33,6% en 2015. Si le rythme de progression de cette part ralentit depuis la crise financière de 2008, pour cause de ralentissement de l'activité lié à cette crise, il repart depuis 3 ans. Dans le même temps, la part des salaires dans la valeur ajoutée, au contraire, tend à régresser. Elle aurait perdu entre 8 et 10 points depuis 1983 et passerait en 2015 à 49,5% de la valeur ajoutée (VA) brute.

Nous proposons donc une nouvelle cotisation sur les revenus financiers des entreprises et des institutions financières car ceux-ci ne sont pas soumis aux contributions sociales et se développent contre l'emploi et la croissance réelle.

Il existe en 2015, selon nos calculs effectués à partir de la publication des Comptes de la Nation, 313,7 milliards d'euros de revenus financiers des entreprises et des banques. 236,6 milliards d'euros au titre des produits financiers des sociétés non financières (dividendes reçus + intérêts perçus, inclus les revenus des investissements directs étrangers). Et 77,1 milliards



d'euros de revenus financiers des sociétés financières (dividendes reçus + solde des intérêts versés/perçus).

Ainsi, sur une base de revenus financiers de 313,7 milliards d'euros en 2015, on pourrait dégager, en les soumettant aux taux actuels de la cotisation patronale :

- 41,1 milliards pour la maladie (13,1%)
- 26,0 milliards pour la retraite (8,3%)
- 16,9 milliards pour la famille (5,4%)

Ceci permettrait de compenser dans l'immédiat le déficit de la Sécurité sociale et de mener une politique sociale active visant à répondre aux nouveaux besoins sociaux. Cela contribuerait dans le même temps à réorienter l'activité économique vers la production de richesses réelles au lieu d'alimenter la spéculation.

L'objectif serait de participer au financement de la solidarité en incitant à une autre utilisation de l'argent pour viser un nouveau type de croissance réelle. Le développement des ressources humaines constituerait le moteur de ce nouveau type de développement économique et social. Celui-ci à son tour permettrait de dégager des moyens pour financer une nouvelle Sécurité sociale, elle-même articulée avec la sécurisation de l'emploi et de la formation.

• la modulation des cotisations

Le débat pour développer le financement de la protection sociale doit impérativement être mené. Il s'agit de démontrer qu'une dynamique du financement visant à développer la protection sociale est possible et nécessaire.

À droite et même au PS, on propose le développement de la CSG, voire d'une TVA sociale, et donc d'augmenter la part fiscale des recettes.

Pour notre part, nous défendons au contraire le principe des cotisations sociales. Mais la question d'une réforme pour un développement de leur assiette se pose. Les limites de l'assiette actuelle des cotisations patronales peuvent être reliées au type de politique économique et de gestion des entreprises.

Ainsi, dans le cadre d'une hausse générale des cotisations patronales, au sein d'une même branche d'activité, les entreprises qui ont une politique de développement de l'emploi, des qualifications et des salaires, qui embauchent, illustré par un rapport masse salariale/valeur ajoutée élevé et un rapport charges sociales/VA beaucoup plus élevé que leurs consœurs, se verraient privilégiées par une réduction de leurs charges sociales.

À l'inverse, celles qui pratiquent les revenus financiers en détruisant l'emploi et en développant la précarité, celle-là seraient sur-prélevées.

Nous proposons ainsi de responsabiliser les entreprises au développement de l'emploi, des salaires, pour l'enclenchement d'un nouveau type de croissance centré sur le développement des ressources humaines (emploi, salaire, formation, etc.).

D'autres mesures, comme l'égalité de salaire entre les hommes et les femmes, permettraient aussi de dégager des recettes nouvelles, à la hauteur de 52 milliards.