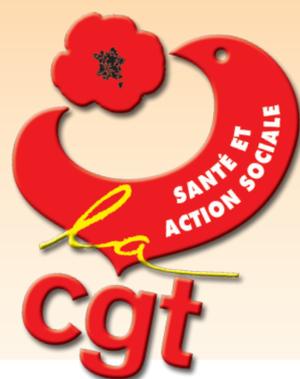


UNE PROTECTION SOCIALE SOLIDAIRE

pour un grand service public de Santé et d'Action Sociale



5 exigences

12 propositions de reconquête

Quelles sont les caractéristiques des « réformes » de ces dernières années ?

Ces trente dernières années, depuis l'installation du forfait hospitalier par Bérégovoy, les attaques des différents gouvernements contre la protection sociale solidaire ont été systématiques. Elles répondent aux exigences du patronat qui a toujours contesté la Sécurité Sociale depuis sa création par le Ministre Ambroise Croizat en 1946.

Ces attaques s'appuient toujours sur le soit-disant déficit de la Sécurité Sociale.

Il est toujours bon de rappeler que ce n'est pas un déficit de dépenses mais de ressources et de charges indues. En effet, au début des années 2000, la baisse du chômage avait permis d'équilibrer les comptes, et aujourd'hui, les économistes rappellent justement qu'une baisse du chômage de 1,5 million permettrait d'annuler ce « déficit » du fait des rentrées de cotisations supplémentaires.

Les comptes de la Sécurité Sociale sont donc directement liés à la situation de l'emploi et des salaires. Depuis des années, les gouvernements successifs nous expliquent qu'il faut diminuer les « charges » des entreprises – c'est-à-dire les cotisations sociales – pour créer des emplois. Résultat, le chômage n'a cessé d'augmenter et les entreprises ont augmenté leurs marges, ce qui pourrait être un objectif si cela se traduisait par une augmentation des investissements. Dans les faits, ce sont les dividendes versés aux actionnaires qui ont augmenté, et l'emploi et les salaires qui ont baissé.

■ **En vérité, ces attaques visent à remettre en cause les deux piliers du système de santé à la Française :** le régime solidaire de la Sécurité Sociale (basé sur le travail et la cotisation sociale) et le service public (avec sa logique et son statut) qui ont tous deux pour vocation de répondre de manière égalitaire partout et pour tous en matière de protection sociale.

■ **A la logique de service est substituée une démarche de prestation empreinte d'une relation clientéliste et marchande,** y compris au sein de nos institutions publiques. A la logique de réalisation d'activités et de moyens pour y parvenir, celle de l'enveloppe qui détermine le niveau, l'étendue et surtout la priorité à donner. Cette prévalence économique ultralibérale prend inexorablement le pas sur les réponses à apporter aux besoins, à tous les niveaux. ■



Les plans successifs ont servi à accélérer les coupes sombres et franches sur la Sécurité Sociale :

☛ **LA RÉFORME DOUSTE BLAZY DE 2004** a dessaisi les conseils d'administration de la Sécurité Sociale ;

☛ **LE PLAN JUPPÉ DE 1995** a instauré les agences régionales et remis en cause la structure budgétaire des établissements publics ;

☛ **LE PLAN MATTEÏ A INSTAURÉ LA T2A ET L'EPRD** en privilégiant le recours aux emprunts avec les plans « Hôpital 2007 et 2012 », ce qui se traduit par un niveau d'endettement élevé des établissements publics (29,3 milliards d'euros, soit un triplement en 10 ans).

L'endettement des établissements de santé atteint 1,4% du PIB - ce qui est énorme - offrant ainsi un immense marché à la finance. 120 établissements ont un capital dû supérieur à leur produit. Certains emprunts sont toxiques : système pervers fondé sur un TEG VARIABLE (taux d'intérêt variable qui constitue un véritable racket) pouvant doubler d'un jour à l'autre, rendant ainsi les capacités de l'établissement particulièrement précaires... (Cela atteint pour les collectivités locales et établissements publics près de 14 milliards et concerne environ 300 contentieux)

☛ **LA LOI BACHELOT « HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES »** a accéléré les reculs du service public et de la démocratie. La prédominance des Directeurs Généraux des ARS sur tout le champ sanitaire, médico-social et social de la région crée une rupture de la dimension nationale de nos secteurs. C'est une rupture d'égalité géographique et une remise en cause de la démocratie sanitaire... Cette loi n'est pas remise en cause actuellement, au contraire, les DG des ARS sont confortés dans leurs rôles et missions.



La future stratégie nationale de santé

Après une phase de rapports, d'auditions, de « brassage » d'idées, la « stratégie nationale de santé » de la Ministre actuelle ne va pas remettre en cause ces reculs. L'annonce d'un plan d'économie de 10 milliards sur l'assurance maladie et la santé, sur les trois prochaines années, confirme, au contraire, une accélération de cette logique. Au total, ces différentes réformes ont suivi méthodiquement la logique financière libérale de privatisation et de réduction des dépenses remboursées, des dépenses socialisées...

Depuis des années, les gouvernants et les économistes libéraux nous disent qu'il est indispensable de baisser les dépenses de santé. En réalité, leur objectif n'est que de baisser les dépenses remboursées, celles prises en charge par la Sécurité Sociale obligatoire et solidaire... En effet, les montants financiers non couverts par la protection sociale solidaire sont un marché pour le monde de la finance, assurantiel, et commercial... Quelle aubaine pour celles et ceux qui lorgnent depuis des années sur les montants financiers de la protection sociale !

Pour dénicher les raisons profondes de cette baisse des dépenses de santé remboursées par la Sécurité Sociale, il faut lire le dernier rapport du MEDEF sur ce thème. Il n'est pas question de baisser les dépenses de santé car elles participent à l'activité économique et à la production de richesses, et sont donc sources de profit. De fait, la solution avancée par le patronat est limpide : ces 10 milliards devront être transférés sur les assurances complémentaires (en fait, des sur-complémentaires et non pas la fameuse « mutuelle pour tous » chère à la CFDT et à François Hollande) et sur le reste à charge des assurés. ■

Quel est l'état des lieux ?

Le renoncement aux soins, essentiellement pour raisons financières, augmente constamment et s'élargit. Près d'un tiers de la population reconnaît renoncer à des soins, c'est plus de la moitié des jeunes étudiant-e-s. C'est une situation très préoccupante pour la santé publique car moins les gens se soignent, plus les risques de contagion s'élèvent et les pathologies s'aggravent. L'inégalité, devant la souffrance, la maladie et la mort, s'accroît.

Les conditions de travail des professionnel-le-s et des personnel-le-s du secteur se dégradent depuis des années, faisant du secteur de la santé et de l'action sociale, la branche professionnelle où le taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles est le plus élevé. Sans parler des suicides.

Ce sont ces mêmes logiques qui amènent à la non-reconnaissance des qualifications, qui concentrent dans les bas indices, l'essentiel des professions de nos secteurs, tant dans la Fonction publique que dans le privé lucratif ou non lucratif.

Les pressions financières sur les établissements, les professionnel-le-s, les usagers sont considérables. Les établissements seraient mal gérés, les professionnel-le-s gaspilleraient les moyens, les usagers consommeraient trop de soins et abuseraient de la protection sociale... **C'est insupportable !**

Cela se traduit dans les évolutions budgétaires des établissements de santé dont l'analyse est parlante. Le premier poste est le titre 3 : les produits financiers et les intérêts d'emprunts qui augmentent de plus de 13%, le second est dans les dépenses logistiques et celles liées à l'énergie qui augmentent de 6%, le suivant, ce sont les dépenses pharmaceutiques : autour de 3 à 4%, enfin, les dépenses de personnel n'augmentent que de 1,3%.

Deux remarques : ce sont les dépenses directement liées aux soins qui progressent le moins.

Le poids de l'emprunt prend en ciseaux l'établissement côté investissement (capital dû et fonctionnement dans les intérêts d'emprunt). Dans les faits, les établissements fonctionnent à crédit.

L'EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) et la T2A (tarification à l'activité) dans le cadre des enveloppes « fermées » de la loi de financement de la Sécurité Sociale ont un effet très pervers. **C'est bien cet ensemble qu'il faut remettre en cause !**

Le secteur social couvert par les conseils généraux qui ont la responsabilité des domaines du handicap, de l'aide sociale à l'enfance, des personnes âgées..., vit d'autant plus de difficultés que de vastes transferts d'activités se pratiquent à partir du sanitaire. Avec, là aussi, la même logique financière : les transferts financiers de la Sécurité Sociale et de l'Etat vers les contribuables, les consommateurs et les usagers ; on pense à l'ensemble des allocations d'aide au handicap transférées aux départements, aux EPHAD.

Les Établissements de santé mentale sont tout autant concernés, avec la remise en cause de leur spécificité dans le Projet Régional de Santé et le Schéma Régional. Entraînés dans des missions « fourre-tout », ils connaissent de fortes restructurations souvent menées « à la hussarde », et de plus en plus de malades mentaux sont abandonnés à la rue.

Cette situation politique se retrouve dans les financements, le système de dotation global annuel de fonctionnement. Rappelons, là également, le caractère des enveloppes fermées et le fait que la psychiatrie soit considérée comme secondaire par les dirigeants des ARS !!!...

Les trois cadres qui composent la branche maladie sont donc ainsi frappés par une politique de maîtrise comptable renforcée : Les Établissements de santé, le soin de ville, le médico-social : Il est difficile d'être pris en charge désormais à l'hôpital, laborieux d'être soigné à domicile, et tout autant dans le médico-social. ■

Le plan Valls / Touraine

C'est dans ce contexte que le Premier Ministre vient de présenter un plan de 50 milliards d'économies d'ici 2017 dont 10 sur la santé et entre 11 et 13 sur la Sécurité Sociale. Notre secteur est donc bien celui qui est le plus mis à contribution, d'autant qu'il sera aussi impacté par les 10 milliards supprimés aux collectivités locales... C'est une attaque sans précédent si l'on prend en compte la dimension des économies et la très courte période de déploiement du dit Plan. C'est particulièrement violent. Dès 2014, le Premier Ministre impose une non-consommation des budgets annuels déjà amputés. Les taux d'évolution de l'ONDAM (Objectif National d'Evolution de l'Assurance Maladie) des trois prochaines années seront les plus faibles de l'histoire : 2,1% en 2015, 2% en 2016 et 1,9% en 2017.

Arguant une fois encore des coûts trop élevés de la protection sociale et de l'impossibilité économique de la poursuivre en l'état, la ministre Marisol Touraine déclare que de nombreux gains peuvent être réalisés, notamment sur les médicaments avec les génériques, et surtout sur l'hospitalisation avec « l'excessive durée de séjour » et « les actes inadéquats ».

C'est une nouvelle entreprise de culpabilisation des usagers et des professionnels...

Beaucoup de raccourcis, d'oublis, d'écrans de fumée en vérité !..

Le « Tout générique » masque en réalité les scandaleux profits des laboratoires sur l'ensemble de la pharmacopée, y compris les molécules anciennes plus qu'amorties... Il est plus simple de faire pression sur les malades que sur ces groupes capitalistes qui constituent la plus rentable des industries mondiales, après celle de l'armement.

En fait, le gros des réductions de dépenses se fera, avant tout, sur les dépenses des personnels (réduction des effectifs, non revalorisation des salaires, remises en cause des acquis sociaux tels que le nombre de jours de RTT, la reconnaissance de la pénibilité du travail...).

L'étude de quelques données est significative :

Par rapport au PIB, si décrié pour notre Pays, les dépenses de santé sont dans la moyenne européenne, bien en deçà de ceux des États-Unis.

Pour 2011 :

- Pays-Bas : 11,9%
- France : 11,6%
- Allemagne : 11,3%
- Suisse : 11%
- Grande-Bretagne : 9,3%



L'exemple des États-Unis, le pays le plus riche de la planète qui se classe à la 35^{ème} place au niveau mondial, alors que ses dépenses de santé sont 50 % supérieures aux nôtres. Ce sont les marchands de la santé qui se frottent les mains dans un secteur où les marges sont très importantes.

Les durées d'hospitalisation pour le court séjour ont globalement chuté depuis 2007 pour la M.C.O (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), passant de 4,09 à 3,96 jours en moyenne, l'Obstétrique quant à elle, est passée de 4,09 à 3,37 jours et la Haute Autorité de Santé préconise maintenant de passer à 3 jours.

Concernant les dépenses en 2013, les pouvoirs publics sont allés plus loin que ce qui avait été programmé dans la loi de finance en réalisant 500 millions d'économie malgré la conjoncture défavorable.

Pour les établissements, les moyens n'ont cessé de baisser, ainsi par exemple, pour les tarifs (T2A) :

- En moyenne depuis 2010 : 0%
- 2011 : -0,88%
- 2012 : -0,19%

Eloignant ainsi toujours davantage le montant du tarif du coût réel de l'activité, certains GHS (groupement homogène de séjour) délaissés par le privé, sont particulièrement sous évalués, générant ainsi des déficits structurels pour le secteur public.

Encore une fois, le problème de notre système de santé n'est pas inhérent aux dépenses mais aux recettes et ponctions indues au niveau de notre régime de Sécurité Sociale.

Il convient de le dire avec force, nous ne sommes plus simplement (et injustement) dans la limite de recherche d'équilibre de notre système de protection sociale généré par le sous-emploi, la précarité, les bas salaires, mais par la volonté d'alimenter le budget de l'état et les engagements européens sur le dos du financement de la Sécurité Sociale. Notamment, de dégager 50 milliards de dépenses publiques dont 27 dans le domaine social et sanitaire.

Les récentes déclarations accélèrent et amplifient encore cette orientation libérale.

Désormais, c'est dégager 10 milliards, soit 20% pour 2017, avec une mise en chantier IMMEDIATE, ce qui pour juin/juillet amènera une forte modification de la loi de finance de la Sécurité Sociale 2014 avec de nouveaux coups de rabot. Rappelons que ladite loi connaissait déjà un taux d'évolution historiquement bas et décalé pour les établissements de santé des soins de ville, c'est dire la gravité et les lourdes conséquences à venir si on n'infléchit pas les mesures.

A la volonté d'élever encore la recherche d'optimisation de gains mis à disposition des établissements, de pressuriser la consommation de médicaments, un nouveau plan se dessine sournoisement : un nouveau et fort transfert des dépenses de santé vers les patients et les familles, avec de nouvelles pressions sur les durées d'hospitalisation, le développement de l'ambulatoire dont l'objet n'est en aucune manière guidé par un intérêt de santé public et également sur les personnels des services de soins.

La S.N.S (Stratégie Nationale Santé) entre totalement dans cette logique, elle constitue le prolongement de la loi H.P.S.T. en apportant l'éclairage de la dimension locale, soins de ville. A terme, cela restructurera la cartographie des établissements. Il est évident que la volonté de peser sur l'Hospitalisation Complète (HC) ne trouve ses motivations que pour supprimer des lits et des emplois dans les établissements. L'ambulatoire présenté comme la bonne pratique à généraliser ne tient pas compte des réalités géographiques, géopolitiques et des moyens concrets que les patients attendent. Il n'est pas acceptable de promouvoir la généralisation de l'ambulatoire sans tenir compte de la situation sociale des patient-e-s, de leur habitat, de la réelle réponse ambulatoire, de leur reste à charge...

En vérité, l'objectif réel consiste à transférer de l'activité sanitaire « établissements de santé » vers les soins de ville, permettant de faire « sortir » tout un pan du financement hors champ de la Sécurité Sociale.

Quelques chiffres évocateurs pour mesurer l'impact et les conséquences :

Sur l'exercice 2012, les dépenses moyennes restant à la charge des assuré-e-s sont en moyenne nationale de 456€ pour les soins de ville et de 41€ pour l'Hôpital Public ; ces dépenses s'élèvent à 4 026€ pour les soins de ville et 945€ pour l'Hôpital Public pour la partie de la population ayant des soins très coûteux (1% de la population).

Non, ce plan Valls/Touraine n'est pas la solution pour le secteur sanitaire, médico-social et social. Au contraire, il constitue une remise en cause grave des logiques du secteur. Il n'est pas amendable dans le fond comme dans la forme. C'est un tout autre projet qu'il faut !

NON À L'HOSTÉRITÉ



Les alternatives CGT

La CGT pose cinq exigences et présente douze propositions pour la santé et le social.

Les 5 exigences

1.

Il faut un nouveau cadre législatif, remplaçant les lois de reculs sociaux des 30 dernières années, pour instaurer la priorité au service public. Il s'agit d'en finir avec le contenu des lois Juppé, Douste Blazy, Matteï, Bachelot. Il faut changer les ARS, le vote du budget de la Sécurité Sociale par le Parlement, la Haute Autorité de Santé, le financement par la T2A et l'EPRD, etc.

Il est indispensable d'injecter et de développer de la démocratie à tous les niveaux du secteur sanitaire et social. Il faut le retour aux élections pour les conseils d'administration de la Sécurité Sociale, des instances délibératives dans les établissements, un contrôle démocratique départemental, régional et national.

2.

Faire des dépenses de protection sociale une priorité nationale en stoppant la pression idéologique de leur diminution « indispensable » et en prônant au contraire qu'il est légitime que ces dépenses augmentent régulièrement pour un développement humain durable.

3.

Il y a urgence à articuler les différents niveaux de réponses aux besoins sanitaires et sociaux de la population plutôt que de les mettre en concurrence. Un service public ambulatoire de proximité est indispensable. Les centres de santé publics ou associatifs sont des structures de soins de proximité qui doivent avoir un rôle pivot dans ce dispositif, avec les missions suivantes :

- assurer la continuité des soins et faciliter l'accès aux soins sur le territoire de santé, y compris auprès des spécialistes ;
- assurer une coordination des professionnels, notamment entre la ville et l'hôpital, autour du patient ;
- s'acquitter de missions de prévention et d'éducation pour la santé ;
- évaluer les besoins de santé et avoir une position d'expertise pour les décideurs, les élus et l'Assurance Maladie pour les réponses locales à y apporter ;
- coordonner et garantir la permanence des soins impliquant les professionnels libéraux de proximité.

4.

Sortir du Tout paiement à l'acte

Le mode de participation doit être celui de la contractualisation. Pour les médecins hospitaliers, cette participation peut rentrer dans le cadre de leur statut. Pour les actuels libéraux, la rémunération pourrait correspondre, soit à un temps partiel salarié, soit à un autre mode de rémunération sous forme d'honoraires, correspondant à une prestation forfaitaire par exemple. Toute forme de rémunération à l'acte est exclue dans ce cadre. En effet, il ne s'agit pas d'être en concurrence avec le secteur libéral qui doit être partie prenante des centres de santé, mais de prendre en compte des pratiques ou des missions de santé que les médecins ou les autres professionnels de santé ne peuvent actuellement réaliser dans le cadre du paiement à l'acte.

La formation et la reconnaissance des qualifications des professionnel-le-s doivent enfin être une priorité et se traduire concrètement dans les niveaux de rémunérations proposés.

5.

Le système sanitaire, médico-social et social doit être à même de répondre à l'ensemble des besoins de santé des populations dans le sens de la charte d'Ottawa de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui définit la santé comme « une ressource de la vie quotidienne qui permet, d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu et de s'adapter à celui-ci ». Par milieu, il faut comprendre l'environnement familial, social et de travail. Ce dernier est un élément fondamental de la construction identitaire de l'individu. Il est structurant en matière de santé publique. L'accès à la santé est un droit pour chaque individu dans notre société. Au même titre que le droit à l'éducation, au logement, à l'énergie, etc., bref à tout ce qui est nécessaire pour vivre et se développer. Mais c'est aussi un devoir pour tous que de l'assurer à tous. Et puisque c'est à la Nation toute entière d'assurer cet accès à la santé, c'est à son émanation démocratique, l'État, qu'il revient de garantir à chaque individu, quels que soient ses moyens financiers, son lieu de résidence et son origine, l'accès à des soins de qualité. Cela ne peut se faire que dans le cadre de la solidarité nationale qui est le socle fondamental de la Sécurité Sociale, en particulier de l'Assurance Maladie, telles qu'elles ont été conçues à la Libération sur la base du programme du Conseil National de la Résistance et, au-delà, qui est le ciment du Pacte social.



1.

Nous maintenons donc notre revendication d'une organisation de la démocratie au niveau des territoires.

Nous avançons notre revendication d'une organisation de la démocratie sanitaire au niveau des territoires. Pour cette raison, nous ne pouvons accepter les ARS dans leur forme actuelle avec leurs délégations territoriales, et nous demandons à ce que soient rétablies les anciennes structures, comme les DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale) et les DRASS (Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale), dont la pertinence d'existence conserve une actualité. En effet, seules des structures déconcentrées de l'État couvrant l'ensemble du champ de la santé et de l'action sociale ont leur pertinence, sous le contrôle d'un véritable ministère de la santé et de l'action sociale de plein droit.

La multiplication des structures de type « agence », avec des personnels aux statuts différents, participe au démantèlement des administrations d'État dans le cadre de la RGPP. Seule une administration avec des personnels sous statut de fonctionnaires peut assurer une gestion efficace et indépendante face aux différents lobbies extérieurs.

Pour prendre à bras le corps le problème de démocratie, nous proposons la mise en place de Chambres territoriales de santé dans lesquelles siègeraient des élus, des représentants locaux des professionnels et organisations syndicales de salarié-e-s, des associations de patients, les organismes de Sécurité Sociale et les services déconcentrés de l'État. Ces structures doivent se décliner au niveau départemental et régional.

Une structure nationale aura un pouvoir de contrôle sur l'activité de ces chambres pour permettre l'harmonisation de l'organisation du système de santé sur l'ensemble du pays.

Ces structures auraient pour mission d'organiser l'ensemble du dispositif sanitaire au sein des territoires, réunissant les structures médico-sociales, les soins de santé primaire, l'hospitalisation, ainsi que la santé au travail, et en y intégrant, à tous les niveaux, la prévention aujourd'hui isolée et donc embryonnaire. Les missions qui incomberont aux chambres

régionales seront notamment la planification et la régulation de la formation et de l'installation des professionnels, l'évaluation des besoins en structures et équipements sanitaires ainsi que des politiques de santé et des programmes de santé publique.

2.

Nous proposons la mise en place d'un « grand service public de la santé et de l'action sociale » regroupant toutes les structures, avec des personnels œuvrant à la réponse des besoins, au sens de la définition globale de l'OMS.

3.

Nous proposons d'étudier la piste d'une rémunération contractualisée des établissements et activités, sur la base d'objectifs de santé publique et non plus d'objectifs financiers.

Il convient de revenir à la notion de budget prévisionnel.

Alors que les exonérations de cotisations sociales pleuvent sur les entreprises, les hôpitaux sont, eux, lourdement ponctionnés. La taxe sur les salaires frôle aujourd'hui les 3 milliards d'euros. Par ailleurs, alors que de nombreuses entreprises bénéficient d'exonérations sur la TVA, les hôpitaux la paient plein pot sur leurs investissements.

Est-il logique que l'État récupère sur la Sécurité Sociale des taxes dont les entreprises privées sont exonérées ? Nous demandons leurs suppressions pour les hôpitaux publics.

L'hôpital public n'est pas une entreprise, le médicament ne doit pas être considéré comme un simple bien de consommation ou une marchandise. Les règles fiscales se doivent d'être différenciées. Cela vaut pour les profits mais aussi pour la T.V.A qui, aujourd'hui, est la même pour le médicament que pour le... caviar...

4.

La formation des professionnel-le-s

Comme le préconise l’OMS, il nous semble évident que « pour travailler ensemble, les professionnels de santé doivent bénéficier de bases de formation communes ».

Dans le cadre du concept d’Université de santé (toujours en référence à la définition de l’OMS) que nous avançons, il peut apparaître pertinent de regrouper l’ensemble des formations qualifiantes et de maîtrise en alternance des secteurs de la santé et de l’action sociale, afin de pouvoir réfléchir à la reconnaissance de l’ensemble des formations aux métiers dans le dispositif universitaire LMD (Licence-Master-Doctorat). Ce rapprochement permettrait, par ailleurs, la mise en place de passerelles au niveau des différents métiers, tant en formation initiale qu’en formation continue, y compris dans le cadre des dispositifs de validation des acquis et de l’expérience (VAE).

En ce qui concerne la recherche, tant fondamentale que clinique, nous proposons qu’une structure nationale de santé publique, associant les pouvoirs publics, les représentants des chercheurs et des cliniciens, les associations de patients et des parlementaires, soit chargée de définir les priorités de recherche et de contrôler les relations entre la recherche publique et l’industrie.

5.

Pour les médicaments :

il faut réfléchir à se doter d’une agence européenne de coordination qui aurait les moyens de contrebalancer les stratégies de lobbying de l’industrie pharmaceutique.

Au niveau financier, nous proposons plusieurs mesures. D’une part, la fixation du prix des médicaments doit prendre en compte les dépenses de recherche qui ont permis sa mise au point, mais également ses coûts de fabrication en rapport avec son volume de production. D’autre part, la taxation des bénéfices des entreprises doit être fortement dissuasive pour diriger les marges vers l’investissement pour la recherche. En effet, les niveaux actuels de rentabilité des laboratoires pharmaceutiques s’apparentent à un pillage des ressources de la Sécurité Sociale.

6.

Il convient d’instaurer des instances délibérantes dans nos établissements de santé, et de donner de réels pouvoirs et prérogatives aux CTE et CME, notamment dans des cadres de consultations obligatoires, et pour toute information y afférentes. Enfin, il convient que toute délibération se fasse en connaissance des positionnements de ces dernières.

7.

Les établissements surendettés doivent bénéficier d’une aide financière pour sortir de la pression des banques.

L’argent de la Sécurité Sociale ne doit pas assurer les profits bancaires. Nous proposons de renégocier ces emprunts et, non pas comme vient de le proposer le gouvernement, d’attribuer une enveloppe prise sur le budget de la Sécurité Sociale pour payer les banques. Il n’est pas acceptable de continuer à payer des taux qui frôlent les 15 % pour abonder les bénéfices de ces dernières.

Certains doivent être recapitalisés et les emprunts transférés auprès d’un organisme de financement public adossé à la Caisse des dépôts. Cette revendication n’est pas irréaliste, elle correspond juste à renouer avec une maîtrise par l’État de ses investissements, comme cela se faisait il y a 25 ans.

8.

Le dispositif de santé au travail doit être totalement revu dans son organisation, ses finalités, son fonctionnement.

Il doit être indépendant du patronat et des employeurs, il doit avoir comme mission de traiter du travail et des impacts sur les salarié-e-s.

Au niveau du financement de la Sécurité Sociale :

9.

Une « double modulation » des cotisations sociales « patronales ».

En modifiant les coûts relatifs du facteur travail et du facteur capital, cette proposition serait un levier puissant pour le développement de l'emploi, et contribuerait ainsi à augmenter la croissance potentielle à long terme de l'économie.

Le principe vise, dans une branche donnée, à faire moins cotiser les entreprises dont la masse salariale augmente et inversement.

10.

La remise en cause des exonérations de cotisations patronales

qui ont connu une croissance exponentielle depuis les années 1990 et représentent aujourd'hui plus de 30 milliards d'euros par an. L'institution d'un fonds de garantie des entreprises, afin de rembourser les impayés de cotisations qui occasionnent, chaque année, une perte de recettes pour le régime général, de l'ordre de 2 milliards d'euros.

**Salaires,
Qualifications...**
AGIR
avec *la*
cgt



11.

La création d'une contribution sociale assise sur les revenus financiers des entreprises

qui pourrait également inciter ces dernières à développer leurs investissements productifs, matériels comme immatériels (dépenses de formation en particulier).

12.

La soumission à cotisations sociales dans les conditions de droit commun des revenus issus de l'intéressement, de la participation et des plans d'épargne d'entreprise (PEE).

Depuis le début des années 2000, les sommes attribuées au titre de l'intéressement de la participation et de l'épargne salariale ont crû en moyenne de 8 %, quand celle de la masse salariale était au plus trois fois moindre.

Voici donc quelques propositions qui montrent que l'argent existe et que la saignée que le gouvernement veut imposer à l'hôpital relève bien d'un choix politique : il s'agit de faire basculer la partie rentable de notre système de santé vers le secteur marchand et de réserver la Sécurité Sociale et l'hôpital à la charité publique.

En guise de conclusion provisoire

Nous nous sommes placés en tant que militant-e-s sur le plan des choix politiques et des principes qui devraient sous-tendre les réformes à mettre en place.

Seule une démarche démocratique qui ne peut se concevoir qu'en associant les politiques, les professionnels et surtout l'ensemble des salarié-e-s et des citoyen-nes avec leurs multiples formes de représentation, notamment syndicales et associatives, permettra de nous donner les moyens d'une mise en œuvre pratique. Cela passe par l'appropriation par les syndiqué-e-s, ce qui est l'objectif de ce dossier.

L'AVIS DE CHACUN EST NÉCESSAIRE.

Rien ne serait pire que de laisser les experts et les spécialistes décider dans ce domaine. Ils peuvent apporter leur expertise et leurs avis circonstanciés, mais ils n'ont pas plus



de légitimité que tout un chacun, à décider de l'organisation et du financement du bien public commun qu'est le système de santé. Le développement de la protection sociale, l'accès pour tous à la santé constituent bien des enjeux de société, ils seront le reflet de notre capacité à créer les conditions d'intervention de ceux qui créent les richesses et qui vivent de leur travail.

L'action est indispensable pour, tout à la fois, combattre les projets gouvernementaux actuels, rejeter le pacte dit « de responsabilité » et faire grandir des perspectives solidaires et novatrices pour la santé et le social.

Au-delà d'une refonte de notre système de santé sur laquelle la CGT a avancé des propositions qui sont disponibles sur son site Internet (<http://www.cgt.fr/-Systeme-de-sante-les-propositions-.html>), des mesures financières immédiates sont nécessaires. ■

BULLETIN DE CONTACT

Nom :

Prénom :

Profession :

Service :

Ville :

Code postal :

E-mail :

Téléphone :

