



# LES PROPOSITIONS DU PARTI COMMUNISTE FRANÇAIS



Joëlle GREDER, Catherine Mills, responsables des commissions Santé et Protection Sociale  
Sommaire:

- \* I) Une crise d'efficacité (...)
- \* II) Convergence et accélération
- \* III) Des pistes alternatives
- \* Les débats sur le financement

I) Une crise d'efficacité de notre système de santé : excès des dépenses ou insuffisance du financement ?

1. Nos dépenses de santé seraient excessives ?

La France se situait en réalité en 2004 au 5ème rang des pays de l'OCDE pour la part des dépenses de santé dans le PIB avec 10,5%. Elle était alors largement dépassée par les Etats-Unis (15%) et l'Allemagne notamment (11%). La croissance de la part du PIB entre 1990 et 2003 avec 1,5 point nous situait au 12e rang des pays de l'OCDE, bien après le Portugal (3,4), les États-Unis (3,1), l'Allemagne et la Norvège (2,6), et même le Japon (2,0), les Pays-Bas (1,8) et le Royaume-Uni (1,6).

Si nous considérons la dépense de santé par habitant, nous ne sommes qu'au 9e rang. Les États-Unis avec 5635 \$ par habitant font quasiment le double de la France, mais la Norvège, l'Islande, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Suisse, le Canada font aussi beaucoup plus que nous. Certes, certains pays scandinaves, la Suède, la Finlande, le Danemark, ont d'excellents résultats en consacrant nettement moins, tant en part des dépenses de santé dans le PIB qu'en dépense de santé par habitant, mais leur système est beaucoup plus préventif et gratuit et beaucoup moins inégalitaire.

Pour mesurer les dépenses de santé, on utilise fréquemment l'indicateur dit de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM). Celle-ci s'élevait en 2004 à 144,8 milliards d'euros. La part des soins hospitaliers et en section médicalisée restait de loin la plus importante : 64 milliards d'euros, soit 44,4% de la CSBM. Les soins ambulatoires (notamment les médecins) s'élevaient à 39 milliards d'euros, soit 27% de la CSBM, mais ce sont les médicaments, 30 milliards d'euros, 21% de la CSBM, qui contribuent le plus à l'accroissement des dépenses de santé (+ 9% en moyenne par an depuis 1980). L'assurance-maladie est ainsi mise au service des profits de l'industrie pharmaceutique. La consommation en volume de médicaments est la plus élevée du monde, alors qu'on relève un nombre élevé d'accidents iatrogènes (390 par jour, 190 000 par an). Les Français consommeraient 37 doses d'antibiotiques par jour pour 1000 habitants, les Allemands 14, les Néerlandais 9.

L'industrie pharmaceutique pratique l'inflation des prix : à l'échelle mondiale, les prix peuvent être 35 à 100 fois supérieurs pour un médicament légèrement différent. En outre, il existe peu d'innovations réelles. Selon la revue Prescrire, sur 1996 nouveautés vendues en 20 ans, 7 seulement pouvaient être considérées comme véritablement innovantes. Le marché du médicament se concentre sur un nombre réduit de thérapeutiques, 24 classes sur 344 réalisent la moitié du chiffre d'affaires (maladies cardio-vasculaires, gastro-œsophagiennes, sanguines et infectieuses, asthme).

Tandis que le prix des médicaments s'est élevé de 63% en France entre 1990 et 2001, la hausse est encore bien plus considérable aux Etats-Unis (90%), mais bien inférieure ailleurs : 28% en Italie, 17% en Allemagne. La progression des génériques en France est réelle : ils représentent en 2004 31% des présentations remboursables mais seulement 7% des ventes. Seules 75 classes thérapeutiques sur 345 possèdent des présentations génériques. Celles-ci représentent certes désormais 69% des mises sur le marché, mais elles ne sont à l'origine que de 21% de la croissance du marché en contribuant à la modération des prix,

elles appartiennent en réalité à des classes en déclin. En revanche des présentations liées à des produits dits innovants sont mises sur le marché, alors qu'elles ne représentent que 16% des nouvelles présentations, elles contribuent à près de la moitié de la croissance du marché, elles pratiquent des prix bien supérieurs.

## 2. Notre système de santé est-il inefficace comparativement aux systèmes de santé étrangers ?

En réalité, notre système contient à la fois des forces et des faiblesses.

Des forces : Nous sommes au 4e rang mondial pour l'espérance de vie des femmes, après le Japon au 1er rang (85,3 ans), et maintenant l'Espagne (83,7 ans) et la Suisse (83 ans). L'effet canicule de 2003, entraînant la mort de nombreuses femmes très âgées a joué dans cette dégradation relative, puisque nous étions au 2e rang mondial. Le taux de mortalité infantile a encore reculé depuis 2000. Nous sommes au 6e rang avec 3,9‰ en 2004, en tête l'Islande 2,4‰, le Japon 3‰, la Suède et la Finlande 3,1‰, tandis que le taux de mortalité pour causes cardio-vasculaires est de loin le plus bas de l'Union européenne.

Des faiblesses : des inégalités sociales de santé inacceptables.

Nous ne sommes qu'au 13e rang mondial pour l'espérance de vie des hommes à la naissance en raison de la mortalité prématurée des hommes ouvriers. Ainsi, il existe un écart de 6 ans et demi entre l'espérance de vie à 35 ans des hommes ouvriers et celle des cadres et professions libérales.

La surmortalité des hommes exerçant une profession manuelle est de 71% supérieure à celle de ceux exerçant une profession non manuelle, alors que cette différence est comprise entre 33 et 53% dans d'autres pays européens. La prévention reste encore marginale (2,3% des dépenses d'assurance - maladie) et très inégalitaire. Paradoxalement les salariés les plus modestes, les plus précaires et les plus pauvres ont le moins recours à la prévention.

L'impact de l'environnement et des conditions de travail sur la santé n'est pas suffisamment pris en compte, de même la prévention de la dégradation de la santé au travail est gravement insuffisante, tandis que la médecine du travail subit une grave crise.

On relève aussi d'insupportables inégalités régionales de santé. Par exemple il y aurait 110 spécialistes pour 100 000 habitants en Picardie, mais le double dans la région PACA. Les inégalités régionales recourent les inégalités sociales de santé et se traduisent par de forts écarts au niveau des indicateurs de santé. En outre, les dépenses de santé sont de moins en moins bien remboursées en France, notamment au regard des comparaisons internationales. Cela engendre des phénomènes de renoncement aux soins pour les plus modestes.

## 3. La CMU prétendait répondre aux inégalités sociales de santé.

Quel bilan peut-on en tirer ?

Il y a actuellement 1,5 million de bénéficiaires de la couverture de base et 4,6 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire. Cependant, le seuil fixé pour l'accès à la couverture complémentaire - 562 euros par mois pour une personne seule - est inférieur au seuil de pauvreté. Il exclut les travailleurs précaires, les titulaires de certains minima sociaux à peine supérieurs (AAH, minimum vieillesse) et certaines populations qui bénéficiaient auparavant des aides légales départementales.

Certes, le renoncement aux soins pour raisons financières est atténué pour les CMUistes : sur 43% des ménages nouveaux bénéficiaires de la CMU qui avaient auparavant renoncé à des soins, 71% ont entamé des soins depuis leur accession à la CMU. Mais il subsiste encore plus de 22% des ménages bénéficiant de la CMU depuis plus d'un an qui déclarent renoncer à des soins.

La population concernée est plus modeste que la population cible, puisque huit sur dix bénéficiaires d'âge actif sont chômeurs ou inactifs. Cependant les nouveaux affiliés sont un peu moins marqués par la précarité. Si les bénéficiaires de la CMU se déclarent en moins bon état de santé que l'ensemble de la population, les plus récents affiliés connaissent un meilleur état de santé. Les opinions favorables sur les changements apportés par la CMU progressent, et en particulier le tiers payant apparaît comme le principal motif de satisfaction (73%).

Cependant, il subsiste des difficultés dans les relations des bénéficiaires avec certains personnels de santé (pour 20% des bénéficiaires), notamment des refus de les recevoir ou de les revoir. En outre, les étrangers sans papiers, les sans domicile, ne peuvent accéder à la CMU.

Le durcissement des conditions d'accès à l'AME (aide médicale d'Etat) va créer d'insupportables difficultés pour se soigner, pour une population à la santé très dégradée. Parmi les graves limites de la CMU, on peut relever l'institutionnalisation d'une médecine à deux vitesses, avec la définition d'un panier de soins et biens médicaux limité a minima pour la couverture de base et l'incitation pour les populations moins modestes à se couvrir auprès des assurances complémentaires pour tous les soins hors panier. Rien d'étonnant à ce qu'on retrouve l'enthousiasme du Medef et des forces libérales pour une telle construction.

#### 4. Une crise explosive du financement du système de santé.

Le déficit de l'assurance - maladie, loin d'être régulé, éclate. Il est le résultat des politiques économiques et sociales menées, de leur échec, tout particulièrement des politiques de rationnement comptable et du refus de doter le système de santé des moyens de financement indispensables. Il est aussi le résultat des gestions des entreprises : course aux licenciements, économies sur les salaires (avec la baisse de la part des salaires dans la valeur ajoutée depuis 1983). Ce sont principalement la crise économique et les politiques d'adaptation régressive qui en réalité enfoncent dans cette crise, et sont à l'origine de cette tendance structurelle devenue explosive au déficit.

Ainsi le chômage est le cancer qui ronge notre système de protection sociale. 100 mille chômeurs représentent un manque à gâcher de 1,3 milliard d'euros en cotisations pour le régime général dont 0,5 milliard d'euros pour la CNAM. L'insuffisance de la croissance, liée largement aux politiques de déflation des salaires et des dépenses publiques et sociales, limite aussi les rentrées de cotisation : 1% de taux de croissance du PIB en moins c'est 2,5 milliards de cotisations en moins soit 1 milliard pour la CNAM.

De même la politique d'économies sur les salaires représente un manque à gagner considérable : 1% d'économies sur la masse salariale ce sont 2,5 milliards de rentrées de cotisations en moins dont 1 milliard en moins pour la CNAM. A cela il faut ajouter les conséquences des exonérations de cotisations patronales (20 milliards d'euros en 2003). Celles-ci, concentrées sur les bas salaires (jusqu'à 1,8 fois le Smic), tendent à faire glisser tous les salaires vers le bas, et leur efficacité sur les emplois créés est plus que contestable (effets d'aubaine, de seuil, de substitution entre emplois qualifiés et rémunérés, et emplois déqualifiés et mal rémunérés ou précaires).

Une partie de ces exonérations (3 milliards par an) n'est pas compensée ce qui représente un manque à gagner pour le régime général. De plus, la partie normalement compensée pèse sur le budget de l'Etat et sur les impôts des ménages. Cette politique d'exonérations sur les bas salaires renforce la baisse de la part des salaires dans la valeur ajoutée et son effet déflationniste sur la croissance, l'emploi et le manque à gagner en cotisations.

En outre, à la suite de la suppression de FOREC en 2002, l'Etat n'a pas versé à la sécurité sociale le produit des ventes sur les tabacs, les alcools, les primes d'assurance automobile qui devait revenir à l'assurance - maladie. Certes, l'insuffisance structurelle du financement n'intervient pas seule et des réformes visant l'efficacité de l'offre de soins sont indispensables. Mais les réformes libérales se servent du déficit de l'assurance- maladie, dont elles sont largement responsables, pour accélérer au pas de charge leur « réforme ».

II) Convergence et accélération des réformes libérales dans l'Union européenne et dans les autres pays de l'OCDE

Ces réformes peuvent se résumer en deux termes : marché et privatisations.

Après avoir analysé l'expérience britannique du « quasi marché » avec l'introduction de la concurrence, nous montrons que le rationnement de l'offre publique de soins a intensifié le phénomène des files d'attente. Le gouvernement britannique s'interroge aujourd'hui sur la nécessité d'augmenter le poids des dépenses de santé dans le PIB.

Aux Pays-Bas, la méthode du panier de soins a institutionnalisé les inégalités : un système éclaté, à plusieurs vitesses, avec la sélection des bons malades et des bons risques, à partir d'un marché de la santé offert à la domination des assurances.

C'est aussi la fin du modèle de régulation concertée à l'allemande. La remise en cause du modèle social allemand ne s'est pas traduite, au contraire, par une modération des dépenses, tandis que le report des efforts sur les seuls assurés, et la réduction des dépenses publiques et remboursables de santé, ont entraîné une dégradation des résultats.

Enfin aux Etats-Unis, malgré l'échec monumental d'un système qui repose principalement sur les assurances privées c'est la marche vers le tout privé. Alors que les résultats du système de santé sont accablants, l'accroissement des inégalités sociales de santé et la réduction de la couverture publique des soins vont faire plonger encore les indicateurs de santé.

#### La stratégie des forces libérales en France

Après le plan du Medef « pour une nouvelle architecture de la sécurité sociale » en 2001, elle va s'épanouir avec le rapport Chadelat de 2003 et est en application avec la loi Douste-Blazy d'août 2004.

Tandis que le plan Hôpital 2007 et la T2A organisent la domination des critères du privé à l'hôpital public, les hôpitaux qui ne pourront facturer des actes rentables, qui seront condamnés à soigner les malades les plus pauvres, les plus malades, les plus chers, seront punis dans leur dotation globale, tandis que ceux qui vont trier les « bons » malades, les actes rentables, ceux qui cultiveraient les critères de l'« excellence », de la « performance », pourront au contraire bénéficier des mannes gouvernementales tout en attirant des financements privés. On incite à la constitution de pôles public-privé, aux fusions et restructurations, sous domination des seuls critères de la rentabilité financière. Les suppressions de postes seraient le fer de lance de la politique d'économies : ainsi 1800 postes supprimés à l'APHP, la diminution de 800 postes en gériatrie, au mépris de l'explosion des besoins.

La loi Douste-Blazy conjugue étatisation et privatisation pour réduire la couverture publique des soins. L'objectif est de réduire la dépense publique de soins et d'organiser l'ascension de la privatisation. Cela repose tout d'abord sur une « nouvelle gouvernance » qui intronise la co-gestion entre l'Union nationale des caisses d'assurance - maladie (UNCAM) et l'union des organismes complémentaires de santé (UNOCAM) c'est-à-dire mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance. Celles-ci pourront peser sur le périmètre des soins et biens remboursables et sur les taux de remboursement. A l'UNCAM, le patronat est majoritaire, le Medef peut bénéficier du renfort des assureurs et des autres forces patronales à la MSA et à la CANAM. L'étatisation est renforcée au service des forces libérales. Le directeur de l'union des caisses, Frédéric Van Rockeghem, règne en maître. C'est un proche du Ministre de la santé, il prend ses ordres directement auprès du gouvernement, au mépris des gestionnaires syndicaux de l'UNCAM.

La Haute autorité de santé, loin d'être indépendante et scientifique, délivre les messages conjoints du pouvoir politique et de l'industrie pharmaceutique. Ainsi la publication d'une liste de médicaments prétendus à SMR (service médical rendu) insuffisant et qui devraient être dé-remboursés permettra de mettre sur le marché des produits soit-disant innovants et surtout beaucoup plus chers. On s'achemine de plus en plus vers la définition d'un panier de soins et biens médicaux limités et vers l'ouverture aux complémentaires de tout ce qui ne sera plus ou pas suffisamment remboursé par la couverture de base. Pour sa part, le Comité d'alerte, organisme technocratique, est chargé d'intervenir dès que l'on dépasse de 0,75% l'ONDAM, fixé à un niveau trop bas pour faire face aux besoins de santé.

La « nouvelle organisation » de l'offre de soins organise, en fait, l'incohérence du système. Tandis que le malade tend à être culpabilisé, on dit responsabilisé, on institutionnalise la chasse aux prétendus fraudeurs, à ceux qui abuseraient du système de soins. Le dossier médical personnel, DMP, non encore mis en place, vu son coût complètement sous-estimé par Philippe Douste-Blazy, était sensé permettre le suivi du malade en centralisant les informations mais cela pose la question de l'accès à ce DMP par les assureurs, les employeurs. Il s'agirait de pourchasser les malades coupables de nomadisme médical, mais en réalité le risque est grand de conduire ainsi à une sélection des malades par les assureurs complémentaires. Les malades qui refuseraient l'accès à ce DMP subiraient des sanctions financières et des remboursements minorés.

Les malades en affections de longue durée (ALD) sont particulièrement vilipendés, rendus responsables de l'excès des dépenses de santé. Aussi, médecin traitant et médecin conseil devront établir un « protocole de soins » définissant les actes et prescriptions qui permettraient une participation minorée (on ne parle plus de 100%). Le patient qui ne présenterait pas son protocole serait sanctionné financièrement. Des économies sont également attendues de la chasse aux arrêts maladie et arrêts de travail prétendus injustifiés (de 4 à 6% selon

la CNAM). Mais on ne dit rien de la responsabilisation des employeurs dans la montée des accidents du travail et maladies professionnelles. De même, rien n'est entrepris sérieusement contre le gâchis des entreprises pharmaceutiques.

La loi prétend imposer des parcours de soins avec le recours à un médecin traitant qui devait constituer un filtre avant de pouvoir consulter un spécialiste. En réalité, la convention de 2005 consacre une médecine à deux vitesses, une médecine de classe. Tandis que les spécialistes voient légaliser la pratique des dépassements d'honoraires et bénéficient d'une envolée de leurs honoraires sans que cela aboutisse à une redéfinition scientifique des justes honoraires. Les généralistes sur lesquels repose pourtant tout le travail de suivi, de coordination, de pivot du système de soins, ne reçoivent aucun moyen supplémentaire.

On ne cherche pas à endiguer la grave crise de la démographie médicale, car il faudra bien former en quantité et en qualité de nombreux médecins généralistes tout en veillant à leur implantation au niveau des régions sinistrées. De fait, les malades condamnés à bénéficier des remboursements normaux et qui joueraient le jeu du médecin traitant seront assujettis à un parcours long avant d'accéder à un spécialiste. Les autres seront incités à s'adresser directement au spécialiste pour un parcours plus rapide, en acceptant de payer le prix fort. Les spécialistes pourraient être tentés de sélectionner ce type de clientèle, que les assureurs attendent avec impatience.

On se dirige ainsi vers des parcours de soins, des tarifs, des remboursements, différenciés selon le type de clientèle et vers un système incohérent et inégalitaire. Le « crédit d'impôt » sensé permettre à chacun d'accéder à une complémentaire ne permettrait que la couverture du quart d'une couverture moyenne. En outre il s'agirait d'un financement public bénéficiant au privé, alors que les fonds sociaux feront défaut à la couverture de base obligatoire.

Le financement de la loi : injuste et inefficace.

On ne règle pas, bien au contraire, le déficit de l'assurance - maladie qui atteint plus de 12 milliards en 2004. On accélère les politiques d'exonérations des cotisations patronales et la mise en cause du financement de la protection sociale. Seuls les usagers tendent à être « responsabilisés » de façon inégalitaire. L'euro par consultation va peser principalement et plus lourdement sur les plus malades et les plus modestes. En outre on peut craindre l'augmentation ultérieure de cette participation des malades, comme le forfait hospitalier qui est passé de trois euros par jour en 1984 à 17 euros en 2007. Les forces libérales parlent même d'instaurer une franchise à la charge des assurés (non remboursée). Les assureurs pourraient s'engouffrer, pour leurs clients aisés, dans la couverture des soins qui ne serait plus effectuée par la couverture de base.

De plus le taux de CSG sur les retraites imposables est accru de 0,4 point avec la menace de le porter au même taux que les salariés, voire d'instaurer une sur-cotisation en fonction de l'âge. L'assiette de la CSG et de la CRDS sur les salaires est accrue de 95 à 97% du salaire. Le taux de la CSG sur les chômeurs imposables est accru de 0,4 point. La CRDS est prolongée jusqu'en 2024 avec l'hypothèse forte d'un relèvement de son taux. Au final, sur 5 milliards de recettes supplémentaires, les entreprises ne participeront que pour 0,9 milliard d'euros par une augmentation de la C3S. Tandis que les calculs fantaisistes du Ministre sur les économies attendues de sa réforme (mise en place du DMP, médecin traitant...) masquent en réalité le creusement du déficit lié à l'incohérence et au caractère inégalitaire de ce plan. Celui-ci laisse filer les dépenses privées, le risque est bien qu'en raison de l'incapacité de cette « réforme » à réguler de façon efficace le système de santé, la fuite en avant dans les déficits ne conduise, au final, à un nouveau plan, beaucoup plus grave encore.

III) Des pistes alternatives pour mobiliser tous les acteurs afin de reconstruire un système de santé efficace et solidaire

1. Réorienter et développer les dépenses de santé pour répondre aux nouveaux besoins de santé

En premier lieu, il convient de souligner que les dépenses de santé constituent non un poids comme le prétend la théorie dominante mais un facteur de développement économique et social. Elles vont s'élever en corrélation avec le niveau de développement, le vieillissement de la population, le progrès technique médical, la nécessité de sortir des inégalités sociales et régionales de santé, les nouveaux fléaux etc.

L'évaluation des besoins de santé devrait être effectuée par tous les acteurs sociaux au plus près du terrain (par exemple par des Etats généraux de la santé). Il faudra sortir de la crise de la démographie médicale et paramédicale, s'émanciper du rationnement comptable et des réformes libérales qui étouffent l'hôpital public

et le système de santé solidaire tout entier. Notre système devra être réorienté vers la prévention, particulièrement les risques environnementaux ou liés aux conditions de travail.

Pour les soins de ville, il faudra réfléchir à d'autres formes de rémunération que le paiement à l'acte, viser des formes coordonnées et pluridisciplinaires de soins, un travail en réseau articulant soins de ville et hôpital, facilitant un meilleur suivi du malade. L'objectif serait de faciliter un accès plus précoce et plus gratuit aux soins. Cela impliquerait des moyens pour revaloriser le statut et la place du médecin généraliste, un rôle accru des centres de santé coordonnés et pluridisciplinaires. On doit évidemment permettre de meilleurs remboursements et le développement du tiers payant, tout particulièrement pour la lunetterie et le dentaire.

Il convient de s'attaquer aux profits de l'industrie pharmaceutique qui pèsent sur l'assurance - maladie, cela impliquerait un contrôle public et social sur les gestions des entreprises pharmaceutiques (choix des recherches, des médicaments à mettre sur le marché, politique des volumes et des prix...). Les associations d'usagers constituent aujourd'hui de nouveaux experts qui devraient intervenir sur ces questions, comme l'ont déjà fait certaines associations (Act Up, Association française contre les myopathies (AFM), ...).

Il faut aussi s'atteler à une véritable réforme hospitalière démocratique et efficace à partir des propositions des acteurs eux-mêmes, en impliquant aussi les usagers. Il convient de revaloriser et non de détruire le statut de l'hôpital public, imposer d'autres critères que la rentabilité financière, mettre un terme à la folie des fermetures, fusions-restructurations, qui ne visent qu'à réduire les dépenses en personnel, à organiser la déshérence de l'hôpital public et à plier sous la domination du privé et des critères de gestion du privé. L'hôpital public doit obtenir les moyens de fonctionner dans l'intérêt des malades et de toute la société, sa gestion doit être profondément transformée.

Un plan d'urgence emploi-formation est incontournable, il manque tant en ville qu'à l'hôpital : 40000 infirmiers à former par an, 9000 médecins, simplement pour compenser la crise de la démographie médicale. Un vaste programme de formation continue - pour assurer la promotion des personnels, permettre les recrutements indispensables, faciliter la connaissance par le personnel médical et paramédical des nouveaux traitements, des nouvelles maladies,..., émancipé de la tutelle de l'industrie pharmaceutique et destiné (voire obligatoire) à tous - est indispensable.

Enfin il faut construire une véritable démocratie sanitaire et sociale, tout d'abord au niveau de la gouvernance qui doit être complètement revue. Des élections des administrateurs à la représentation proportionnelle, avec la reconnaissance des nouveaux syndicats (Solidaires, FSU, UNSA ...), doivent être impérativement organisées, la représentation des associations d'usagers doit être garantie.

Il est crucial de s'émanciper de la domination de l'étatisation et de la privatisation (Medef, assureurs...). La gestion des caisses d'assurance - maladie doit être démocratisée et transparente, elle doit se rapprocher des salariés des entreprises, des acteurs sociaux. Les représentants des assurés et des usagers doivent être associés à la définition de véritables parcours de soins efficaces, ils doivent pouvoir intervenir réellement sur les choix des politiques de santé.

2. Une indispensable refonte et un développement du financement pour faire face aux nouveaux besoins de réforme de progrès du système de santé

Les débats sur le financement

1. CSG ou cotisations ?

Nous défendons le principe des cotisations sociales.

Nous sommes favorables à un financement lié à l'entreprise, lieu où les salariés créent les richesses. La question de fond, c'est : veut-on s'en prendre au capital ou ne pas toucher à l'entreprise, à la rentabilité financière. Nous tenons à réaffirmer le principe de la cotisation sociale fonction des salaires versés, son lien à l'entreprise, lieu de la croissance, de la création de richesses, par les salariés.

Les cotisations sociales sont une prise sur la valeur ajoutée, une partie de la VA qui ne va pas au profit. Le principe de la cotisation sociale est un principe moderne et révolutionnaire. Chacun cotise en fonction de sa capacité contributive et peut recevoir des prestations et des soins en fonction de ses besoins. Les cotisations calculées en fonction des salaires versés sont prélevées sur la valeur ajoutée créée par les salariés. Elles servent à financer des prestations qui permettent de développer leur capacité contributive. Les cotisations sont

ainsi enracinées et source de dynamique économique, ce qui donne les moyens de financer la protection sociale.

Cette articulation du financement de la protection sociale à la production de richesses par les salariés constitue une très grande force.

Au contraire, nous sommes opposés à la fuite en avant dans la fiscalisation de la protection sociale (CSG, CRDS), car il s'agit fondamentalement d'organiser la réduction des « charges » sociales notamment patronales, d'institutionnaliser la réduction du coût du travail et de la part des salaires dans la valeur ajoutée.

En même temps, cette fiscalisation conduit à l'abaissement des gestions dites paritaires, ainsi qu'à une étatisation qui vise le rationnement des dépenses sociales. La CSG ne repose que sur les ménages (et pour 88% sur les salariés et les retraités), les revenus financiers des ménages ne contribuent que pour 11%.

Il est donc faux de dire que la CSG est plus juste et qu'elle ferait participer tous les revenus. En outre, elle ne repose qu'en aval sur les revenus des ménages, n'est pas articulée au lieu de la production des richesses, elle reste donc limitée et le principe à recettes limitées, dépenses limitées joue à plein. Cela constitue un puissant moyen de pression pour réduire les dépenses sociales.

La CSG est une réponse détachée de l'entreprise, c'est un impôt décidé par l'État, alors que la cotisation est une réponse socialisée. Le choix des modes de financement à partir des cotisations, c'est aussi et d'abord le choix d'un partage des richesses produites en faveur des salariés, et d'une action à la racine sur la façon de produire les richesses en accroissant la part de salaires et des fonds sociaux.

Le choix du financement correspond à un choix de société. Le choix de la cotisation, c'est le choix de la solidarité, de la responsabilité sociale des entreprises, le choix d'une sécurité sociale gérée par les assurés sociaux. Au contraire, pour nous, la CSG, la fiscalisation, c'est le choix de l'étatisation pour servir en fait plus directement les intérêts immédiats du capital et freiner les dépenses sociales.

Nous voulons sortir de ces cercles vicieux qui organisent le tarissement des recettes de la protection sociale. Nous combattons la théorie dominante qui présente le financement de la protection sociale, tout particulièrement les cotisations sociales, comme un boulet handicapant l'emploi, en prétendant que cela élève de façon excessive le coût du travail. Cette théorie avance aussi que le financement de la protection sociale, à partir des cotisations sociales, constituerait un frein à la croissance et à la compétitivité des entreprises.

Il convient de montrer, au contraire, que le financement de la protection sociale, notamment les cotisations sociales, constitue un facteur de développement des ressources humaines, un moteur pour un autre type de progression de la productivité du travail, un autre type de croissance.

Cependant, le type de croissance comprime les dépenses publiques et sociales, fait exploser le chômage qui gangrène les rentrées de cotisations. C'est le type de politique économique et de gestion des entreprises qui réduit la part des salaires dans la valeur ajoutée, tandis que les exonérations exponentielles de cotisations patronales sur les « bas salaires » (20 milliards d'euros en 2005) privent la Sécurité sociale de ressources et tendent à tirer tous les salaires vers le bas.

Il faut au contraire relever la part des salaires dans la valeur ajoutée, accroître le taux et la masse des cotisations patronales.

2. Le débat sur une réforme de progrès social et d'efficacité économique de l'assiette des cotisations patronales doit être mené.

Le type de politique économique et de gestion des entreprises conduit aux limites de l'assiette actuelle des cotisations patronales et de la répartition des « charges sociales » entre les entreprises.

Ainsi, les entreprises de main d'œuvre (BTP, métallurgie, etc.), les entreprises qui ont un rapport masse salariale/valeur ajoutée élevé, qui embauchent, accroissent les emplois et les salaires, ont un rapport charges sociales/VA beaucoup plus élevé.

Inversement, les sociétés financières, les entreprises qui licencient, réduisent la part des salaires dans la valeur ajoutée, qui jouent les placements financiers contre la croissance réelle et l'emploi, ont un rapport charges sociales/VA beaucoup plus bas. Il y a donc des effets pervers par rapport à l'emploi et à la promotion des salariés. Ce système avantage les entreprises capitalistiques et les sociétés financières, au détriment des

industries de main d'œuvre et de la création des emplois correctement rémunérés.

Aussi proposons nous de relever le taux et la masse des cotisations patronales, en corrélation avec une politique de relèvement de la part des salaires dans la valeur ajoutée produite (développement de l'emploi, des salaires, de la formation, de la qualification des salariés).

Pour sortir de l'enfermement dans les politiques libérales qui organisent la diminution des financements de la protection sociale, nous voulons démontrer qu'une autre logique est possible et indispensable.

- Il s'agirait de responsabiliser et solidariser les entreprises face 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.).

- Il s'agirait de mettre en cause le type de croissance et de gestion des entreprises, notamment des critères de gestion visant la rentabilité financière contre le développement des ressources humaines.

Il ne s'agit pas de faire des cadeaux aux uns et de punir les autres. Il n'est pas question d'une nouvelle forme d'exonération arguant que l'emploi dépendrait de l'abaissement des cotisations patronales. L'objectif, c'est d'accroître le taux et la masse des cotisations patronales, à partir notamment du relèvement de la part des salaires.

Nous pensons indispensable de lancer un grand débat sur la réforme de l'assiette des cotisations patronales afin de viser l'accroissement des rentrées de cotisations.

Le principe que nous envisageons pourrait être le suivant : on garderait l'assiette salaire mais on corrigerait ses limites actuelles liées au type de politique économique et des gestion des entreprises.

L'objectif serait de viser de nouvelles rentrées de cotisations articulées au développement de l'emploi, des salaires, d'un nouveau type de croissance réelle.

- Il s'agirait d'inciter à la croissance réelle à partir du développement de l'emploi, des salaires, de la formation, de l'accroissement du rapport MS/VA, masse salariale / valeur ajoutée, c'est-à-dire de la part des salaires dans la valeur ajoutée produite. On viserait ainsi à dissuader de la course à la seule croissance financière, aux économies massives sur l'emploi et les salaires.

Les entreprises qui, sous contrôle de l'intervention des salariés dans les gestions, relèvent la part de la masse salariale dans la valeur ajoutée ( emploi, salaires, formation, promotion des salariés, fonds sociaux) seraient assujetties à un taux de cotisation relativement abaissé, mais l'accroissement des salaires, de l'emploi, d'un nouveau type de croissance, permettrait une masse de cotisations accrue. Inversement, les entreprises qui licencient, réduisent la part des salaires dans la valeur ajoutée, fuient dans la croissance financière, seraient assujetties à un taux de cotisation beaucoup plus lourd.

### 3. Autre débat : assiette VA ou assiette salaires ?

Pour notre part, nous ne sommes pas favorables à un changement d'assiette et au remplacement de l'assiette salaires par une assiette VA.

En effet, une assiette VA est beaucoup moins fiable qu'une assiette salaires, beaucoup plus fluctuante et fraudable.

En outre, une assiette VA ne dit rien des luttes à la racine de la production des richesses pour un accroissement de la part des salaires dans la VA. Cette assiette n'offre pas de prise aux salariés pour intervenir sur les gestions des entreprises afin de développer les salaires, les fonds pour la protection sociale, pour la formation, etc.

Poser aussi la question des toutes petites entreprises, des artisans...

Les aider autrement que par l'incitation à réduire les salaires et les dites charges sociales. Cela pose la question d'une nouvelle fiscalité, d'un nouveau crédit à taux abaissé.

### 4. Autres propositions immédiates

- en finir avec les exonérations de cotisations patronales qui ne créent pas d'emploi et tendent à tirer tous les salaires vers le bas ;

- autre façon d'encourager réellement la création d'emploi en articulation avec la promotion des salariés (formation, qualification, salaire). Fonds régionaux et nouveaux crédits avec des taux d'intérêt abaissés sélectivement pour les investissements productifs des entreprises développant prioritairement l'emploi et la formation ;
- exiger le règlement des dettes patronales et des dettes de l'État à la Sécurité sociale ;
- nouveaux financements pour le service public hospitalier, sortir de la T2A ;
- amorcer une réflexion sur une nouvelle dotation hospitalière prenant en compte tout ce qui n'est pas rentabilité immédiate mais politique de formation, recherche, équipements hospitaliers. Un Plan d'urgence emploi-formation, formation continue, promotion des personnels est indispensable.

## 5. Pour une autre politique à gauche

Des engagements fermes, des garanties à faire vivre dans la création du rapport de force.

Pour abroger réellement la loi Fillon sur les retraites, la loi Douste-Blazy sur l'assurance-maladie, etc., mettre en chantier une autre réforme de progrès social.

Sortir du Pacte de stabilité de l'UE.

Construire un véritable pacte pour un nouveau type de croissance, pour une sécurité et un développement de l'emploi, de la formation, du revenu, en Europe.

Mettre en cause la BCE, exiger qu'elle vise des objectifs de croissance, d'emploi, de progrès social. Mettre en cause son indépendance et sa soumission aux seuls impératifs de « stabilité » c'est-à-dire de freinage des dépenses publiques et sociales pour défendre la seule rentabilité financière.

Les forces progressistes en Europe doivent au contraire militer pour exiger des crédits sélectifs à taux abaissés afin de financer les entreprises qui développent des investissements productifs centrés en priorité sur le développement de l'emploi et de la formation. Il faut avoir le courage de mettre en cause les critères de gestion des entreprises, la course à l'argent pour l'argent et non pas le développement humain, l'emploi.

Enfin, face à l'urgence, une nouvelle cotisation pourrait être instituée sur les revenus financiers des entreprises qui ne sont soumises à aucune contribution sociale et se développent contre l'emploi et la croissance réelle. Il existe actuellement plus de 80 milliards d'euros de revenus financiers des entreprises. En les soumettant au taux actuel de cotisations patronales à l'assurance - maladie (12,8% des salaires), cela représenterait environ 10 milliards d'euros de rentrées, sans parler des revenus financiers nets des institutions financières qu'on pourrait aussi soumettre à des cotisations sociales.

L'objectif serait de participer au financement de la solidarité, tout en pénalisant la course à la rentabilité financière et 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.

## 6. Un nouveau projet de société

La sortie de la crise systémique en cours repose fondamentalement sur la construction d'un nouveau système social instaurant une sécurisation nouvelle de l'emploi, de la formation, du revenu, une nouvelle sécurité sociale. Cela impliquerait de répondre aux nouveaux besoins sociaux (notamment de santé). De nouveaux financements mutualisés sont incontournables.

Ainsi, il faut sortir de la crise du financement de la protection sociale, enracinée dans la crise économique et liée aux politiques économiques et sociales comme aux gestions d'entreprise. C'est bien la montée des licenciements, la baisse de la part des salaires dans la valeur ajoutée, les politiques de réduction des dépenses publiques et sociales qui enfoncent dans la limitation des ressources du système de protection sociale, en liaison avec un type de construction européenne qui organise la surenchère au dumping social et fiscal. Nous voulons au contraire construire un nouveau modèle social européen visant une harmonisation vers le haut des systèmes de protection sociale, notamment les systèmes de santé.

Quelles réformes ?

Système de santé, retraites, politiques familiale, emploi, exclusion, insertion.

Quels financements ?

Sortir de l'incohérence actuelle dans laquelle ont plongé les contre-réformes libérales. Celles-ci ont détruit la solidarité, fait exploser les inégalités d'accès aux soins, le développement de la pauvreté et renforcé la crise d'efficacité du système.