



commission  
Santé/Protection sociale  
sante@pcf.fr

janvier 2022

# globule rouge

**spécial**  
**LFSS 2022**

## POUR UNE SÉCU DU XXI<sup>e</sup> SIÈCLE CELLE DES JOURS HEUREUX

Le 23 décembre 2021 a été promulguée la dernière Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS 2022) du quinquennat du gouvernement Macron et, sans surprise, elle n'a apporté aucune réponse budgétaire et de financements aux besoins immenses en matière de santé que connaît notre pays.

Au contraire, cet instrument législatif qui n'a eu, depuis sa création en 1996 par le plan Juppé, qu'un objectif – un rationnement comptable des dépenses de santé et le démantèlement de notre Sécurité Sociale solidaire – a permis encore une fois au gouvernement d'imposer ses choix austéritaires.

Malgré les annonces fracassantes du Premier ministre J.Castex et d'O.Véran, la présentant comme «exceptionnelle» et de «rupture avec les LFSS précédentes», le recours aux mêmes méthodes entraînant des restrictions drastiques s'est poursuivi, malgré l'importance des besoins, besoins que la crise sanitaire a mis en exergue depuis 2 ans. Nos parlementaires communistes ont voté unanimement contre ce projet de loi qui ignore les difficultés alarmantes de l'hôpital, du médico-social, de la prise en charge de la population et de l'accès aux soins.

Ce numéro de *Globule rouge* entend analyser comment cette loi organise la défaillance de la Sécurité sociale avec un ONDAM (*Objectif national des dépenses d'assurance maladie*) des établissements de santé sous-évalué pour répondre en urgence aux

besoins des hospitalier-es, avec un financement des investissements nécessaires ne répondant en rien aux exigences actuelles, avec une psychiatrie qui continue de s'enfoncer dans la déshumanisation du soin, avec une autonomie sous «l'Arlésienne» de la loi Grand Âge et sous sa coquille vide de la 5<sup>e</sup> branche, avec des retraites toujours sous l'épée de Damoclès de leur dangereuse réforme, avec une politique du médicament sans réelle volonté de s'attaquer à l'industre pharmaceutique et avec un financement de la Sécurité sociale dont la volonté de démantèlement par le gouvernement, la droite et ses extrêmes s'affirme de LFSS en LFSS.

Nous avons au PCF des propositions pour répondre aux besoins de santé et à une Sécurité sociale du XXI<sup>e</sup> siècle, financée par les cotisations et gérée démocratiquement, et cette publication est l'occasion de les développer. Tout comme elles sont soutenues dans notre programme pour les prochaines élections présidentielle et législatives *La France des Jours heureux*, désormais mis à la disposition de toutes et de tous.

Plus que jamais, cette conquête sociale que représente notre «Sécu» reste d'actualité car elle répond fondamentalement aux

besoins des salarié-es, des retraité-es et des privé-es d'emplois. La question de la Sécu est directement liée à la question de l'emploi, de sa rémunération. Lutter pour le pouvoir d'achat, la reconnaissance des qualifications, c'est lutter pour la Sécu; lutter pour le plein emploi, c'est lutter pour la Sécu.

C'est ce que nous portons avec notre candidat à l'élection présidentielle Fabien Roussel. C'est le défi des *Jours heureux*!



Maryse Montangon

animatrice commission nationale  
Santé/protection sociale du PCF

les  
Cahiers  
de santé  
publique et  
de protection  
sociale

le n° 39 est paru



n'hésitez pas à vous le procurer :  
<https://cahiersdesanté.fr>

VISION GLOBALE

## une Loi de financement 2022 qui organise la défaillance de la Sécurité sociale

Depuis des années nous assistons à la déstructuration méthodique de la Sécurité sociale. Sans vergogne, le gouvernement entend instrumentaliser la crise sanitaire pour lui « donner le coup de grâce », avec la bénédiction du patronat.

**7 août 2020**, loi organique qui transfère à la CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale) 136 milliards, remboursables intégralement à l'horizon 2033, notamment avec la prolongation de la CRDS (Contribution à la réduction de la dette sociale) payée par les actifs et retraités. Cette somme est censée « couvrir la dette sociale » générée par le COVID, donc les déficits constatés de la Sécurité sociale et futurs, dont un tiers de la dette cumulée des hôpitaux publics (30 milliards en 2019) : le gouvernement fait le choix de faire porter par la Sécu l'ensemble des dépenses extraordinaires générées par la crise sanitaire, dettes qui seront remboursées intégralement par l'accès aux marchés financiers.

**En mai 2021**, le HCFIPS (Haut Conseil du financement de la protection sociale), dans sa note d'étape, affirme : « Quelles que soient les réformes, souhaitables, menées, il ne sera pas possible de rééquilibrer l'Assurance maladie rapidement par la seule maîtrise des dépenses, même avec des hypothèses favorables ».

Autant, dans les sphères obscures du pouvoir, ça s'agit fort, tout comme la droite comme récemment au Sénat, pour renforcer les contraintes sur la gouvernance de la Sécurité sociale et instituer « une règle d'or » à 5 ans, autant les deux PLFSS couvrant la crise sanitaire sont lapidaires, **tout en poursuivant les objectifs de baisse de dépenses de santé et de transformation de l'intérieur de la Sécurité sociale.**

**L'avant-projet du PLFSS 2022**, dans son mode de communication macronienne, est le reflet de cette volonté d'avancer masqués, tout en se félicitant, dans la perspective des présidentielles, « d'avoir fait du bon boulot » : gestion de la crise sanitaire, vaccination, Ségur santé, investissements hospitaliers...

À côté de quelques mesures positives, comme les tests VIH, la gratuité de la contraception, le gouvernement se complaît dans l'alignement des chiffres de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) dans des configurations différentes :

- 2021 : ONDAM 6,7% hors COVID
- 2022 : ONDAM 3,8%, mais 2,6% hors Ségur

- ONDAM 2022 établissements de santé : 2,7% (hors Ségur et Covid), mais en réalité **0,6%** si on tient compte de l'inflation estimée à 2,1%. Pour mémoire, l'évolution des coûts des dépenses hospitalières est de 4 à 5%, sans préjuger des coûts de l'énergie.

Aucune « économie demandée aux établissements... » affirme le ministre Véran : quelle imposture !

Il en est de même sur les annonces dithyrambiques, depuis fin 2019, quant à la reprise de la dette des hôpitaux, puis des investissements :

- **investissements 2022** : une enveloppe de 2,5 milliards (pour mémoire, Castex avait annoncé, en mars 2021, une enveloppe « historique » de 19 milliards), se répartissant en 500 millions d'« investissements du quotidien » pour 2300 établissements de santé, 250 millions pour la restauration des marges (reprise de la dette!), et le reste pour 10 projets hospitaliers « restructurants »

- **dossier de presse** : « Jamais l'hôpital n'a eu autant de moyens... Nous permettons aux établissements de conserver l'ensemble des gains d'efficacité qu'ils feront, en leur donnant les marges de manœuvre dont ils ont temporairement besoin ».

La répartition des enveloppes régionales par les ARS en cours écrit une autre histoire : des aides à l'investissement qui perpétue le recours aux emprunts, des dotations « pour la restauration des marges » étalées sur dix ans (et non pas sur trois ans, comme initialement annoncé !), qui, souvent couvre à peine le paiement annuel des intérêts des emprunts contractés par les hôpitaux !

**Nous pouvons juger sur pièce !**

**2022 : « l'avancée du Ségur » 12,5 milliards** selon les quelques mesures salariales octroyées avec parcimonie et calculs (remise en cause masquée du statut hospitalier, individualisation de situations, précarité généralisée, dégradation des conditions de travail...) et un engagement hypothétique à la création de 15 000 emplois en trois ans.

L'exigence de création de 100 000 emplois engendrerait une dépense de l'ordre de 4,5 milliards, à rapprocher de notre proposition de supprimer la taxe sur les salaires, payée par les hôpitaux publics.

Il en est de même pour l'Autonomie : pas de grande loi, mais un plan « de conjoncture politique » évalué à 400 millions... et 10 000 créations d'emplois en trois ans.

**VISION GLOBALE**

Ces dépenses seront créditées sur les comptes de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) qui n'a que le nom de « 5<sup>e</sup> branche », et financée par la CSG, et maintenant la taxe sur les salaires.

Ainsi cette « nouvelle caisse de la Sécurité sociale », consacrée récemment par ordonnance, va fonctionner au mépris de la démocratie sociale, et financée quasi exclusivement par les assurés sociaux !

- 2020 : assurance-maladie, 219,4 milliards ; déficit (régime général+Fond de Solidarité Vieillesse) 38,4 milliards.

- 2021 : assurance-maladie, 237,1 milliards ; déficit projeté 34,6 milliards, dont dépenses COVID, 14,8 milliards et remboursement dette 17,4 milliards.

**L'état des dépenses**

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie est fixé à 236,3 milliards en 2022. La hausse des dépenses courantes retenue est largement inférieure à la hausse tendancielle des besoins de santé qui est estimée à 4% par la commission des comptes de la Sécurité sociale : il manque plus de 2 milliards auxquels il faut rajouter la dépense exponentielle des tests... Il en résulte un déficit prévisionnel de 21,6 milliards qui se rajoute aux déficits des années précédentes.

**Recettes??!**

Alors même que depuis 18 mois nous avons pu prendre la mesure des besoins de santé de la population et l'inadéquation du système de santé, tant l'hôpital que la ville, le PLFSS 2022 précise en toute lettre : « aucune mesure de recettes n'étant prévue... », la trajectoire de l'évolution des dépenses, même fortement restructurées à coup de fermetures de lits, services et établissements pour le sanitaire, ou « à coup » de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, à marche forcée, va se heurter à la disparition programmée du financement, et singulièrement des cotisations.

**Disparition programmée du financement et des cotisations**

| Recettes               | 1980      |    | 2021      |    |
|------------------------|-----------|----|-----------|----|
|                        | Mds euros | %  | Mds euros | %  |
| en Mds euros et %      |           |    |           |    |
| Cotisations employeurs | 39        | 72 | 149       | 39 |
| Cotisations salariales | 13        | 24 | 36        | 9  |
| CSG                    |           |    | 104       | 27 |
| TVA                    |           |    | 39        | 10 |
| Autres taxes           |           |    | 15        | 15 |
| Autres produits        | 2         | 4  | 8         | 2  |

Source : HCFIPS

Ainsi se défait le financement de la Sécurité sociale, sous couvert d'une évolution structurelle accélérée depuis 2019 par la remise en cause de la compensation intégrale de l'exonération des cotisations et la fiscalisation dominante de ses ressources :

- l'argument idéologique de compétitivité des entreprises qui justifie exonérations des cotisations patronales et maintien des bas salaires : exonérations permanentes de 6 points (transformations du CICE), exonérations estimées à fin 2021, à plus de 80 milliards
- la « création » de la 5<sup>e</sup> branche entraîne un transfert de recettes de l'Assurance-maladie via la CNSA, soit une perte de 10%
- en 2018, la CSG représente 45% du financement de l'assurance maladie ; le transfert de celle-ci à la CNSA pèse pour 25,8 milliards en 2022.

Loin d'être un budget exceptionnel, comme le prétend le Premier ministre, les recettes de la branche Assurance maladie restent inférieures à leur niveau de 2018, après l'épidémie (qui court toujours!) et les engagements du Ségur!!

Ainsi cette LFSS 2022 clôt le bilan du président Macron, après 5 ans de gouvernement d'austérité renforcée : une économie de 18 milliards sur l'Assurance maladie, dont 4,1 milliards à la charge des hôpitaux, un « virage ambulatoire » qui se traduit par la fermeture de près de 15 000 lits d'hospitalisation complète, alors que s'installent partout les déserts médicaux.

Le candidat-président prépare la suite du programme du capital. En atteste le rapport du HCAAM (mis pour l'instant « sous le coude ») qui au nom d'une prétendue « grande Sécurité sociale » acte dans les faits un panier de soins, par nature limitatif, et une couverture généralisée avec les compagnies d'assurance, projet de longue date du patronat !. La réforme des retraites est toujours d'actualité et dans les programmes de tous les candidats de la droite et extrême-droite !

La LFSS 2022 apporte sa pierre à l'entreprise de démolition de la Sécurité sociale, à l'opposé de ses principes fondateurs qui sont autant de garanties de prendre en charge les besoins sociaux : L'enjeu est bien de re-légitimer la COTISATION SOCIALE, dans une bataille d'envergure pour une autre utilisation de l'argent !

Le gouvernement organise l'assèchement des ressources de la Sécurité sociale, avec les deux armes à sa disposition :  
 - l'endettement/fiscalisation  
 - l'étatisation/privatisation.

**REFINANÇER LA SÉCURITÉ SOCIALE DEVIENT VITAL : C'EST NOTRE CHOIX!**

Évelyne Vander-Heym, CNSPS du PCF

## 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 par l'effet dynamique pour l'économie et la société que génère cette réponse aux besoins.**

**C'est là tout l'enjeu de la nature du financement de la Sécurité sociale, qui prend sa source à l'entreprise.**

Opposé à tous prélèvements sur la richesse produite dans l'entreprise qui pouvait réduire ses profits, le patronat a toujours combattu la Sécurité sociale. Il a toujours cherché à maîtriser sa gouvernance et à transférer son financement sur les ménages. La croissance économique d'après-guerre a permis au patronat d'atténuer le poids des prélèvements de la sécurité sociale sur les profits des entreprises. Mais la crise économique et la financiarisation des entreprises ont changé la donne. Toute la richesse créée dans l'entreprise a été affectée à la rémunération du capital au détriment de l'emploi. Le ralentissement de la croissance des taux de profit a contribué à amplifier la lutte patronale contre la sécurité sociale, et plus généralement contre la dépense publique et 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 affectés au budget de la Sécurité sociale, ont consolidé la base fiscale du financement de la sécurité sociale. Puis, la création de la CSG en substitution de cotisations sociales, dont la hausse du taux et l'élargissement régulier de l'assiette ont permis de substituer à une hausse des cotisations patronales, une hausse des prélèvements sur les revenus d'activité et de transfert des 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%, quand sur la même période, la croissance des prélèvements sur les entreprises se réduisait de 17%.

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 renforcé le rôle de l'État dans sa gestion, notamment par la création des lois de financement de la Sécurité sociale...

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.

Cette stratégie politique, conjuguée à la hausse du chômage, a produit une baisse des recettes à la source des déficits de la Sécurité sociale, justifiant les politiques de réduction des dépenses (retraites, système hospitalier, politique familiale...).

Il est donc capital de « remettre la Sécu sur ses deux pieds » afin d'accroître ses ressources à partir de l'emploi et les salaires. 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 brute (Vab).

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 2020, selon nos calculs effectués à partir de la publication des Comptes de la Nation 2021, 215,2 milliards d'euros de revenus financiers des entreprises et des banques. 174,6 milliards d'euros

## FINANCEMENT

au titre des produits financiers des sociétés non financières (dividendes reçus + intérêts perçus, inclus les revenus des investissements directs étrangers). Et 70,6 milliards d'euros de revenus financiers des sociétés financières (dividendes reçus + solde des intérêts versés/perçus).

Ainsi, sur une base de revenus financiers de 215,2 milliards d'euros en 2020, on pourrait dégager, en les soumettant aux taux actuels de la cotisation patronale :

28,219 milliards pour la maladie (13,1%)

17,8613 milliards pour la retraite (8,3%)

11,6208 milliards pour la famille (5,4%).

Ceci permettrait de compenser dans l'immédiat le déficit de la Sécurité sociale imputable à la crise du Covid et à la crise économique, de commencer à réduire les prélèvements de CSG et de mener une politique sociale active visant à répondre aux nouveaux besoins sociaux, en particulier pour l'hôpital public et les EHPAD. Cela contribuerait dans le même temps à réorienter l'activité économique vers la production de richesses réelles au lieu d'alimenter la spéculation.

- **La modulation des cotisations pour contribuer une efficacité sociale nouvelle et à la hausse du niveau des ressources de la sécurité sociale**

Nous défendons le principe des cotisations sociales et du prélèvement sur les profits des entreprises qu'elles représentent. Mais la question d'une réforme pour un développement de leur assiette se pose.

Les limites de l'assiette actuelle de calcul des cotisations patronales sont liées au type de politique économique et de gestion des entreprises, tout particulièrement en matière d'emploi. Si une entreprise réalise ses profits en diminuant ses emplois, elle est moins prélevée pour le financement de la sécurité sociale. Et inversement.

Une réforme du financement de la Sécurité sociale; qui affirmerait toujours ce financement par un prélèvement sur les richesses produites, doit donc impérativement articuler la hausse des cotisations patronales avec le niveau d'emploi dans l'entreprise. 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, se verraient privilégiées par une réduction relative du niveau de leurs prélèvements sociaux par rapport aux entreprises de la branche. À l'inverse, celles qui privilégient les revenus financiers en détruisant l'emploi et en développant la précarité, celle-là seraient surprélevées.

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

**Mais rien ne se fera sans l'intervention des salariés-e-s, d'abord à l'entreprise !**

Évelyne Vander-Heym - Frédéric Rauch  
CNSPS du PCF

HÔPITAL

## vite, un plan d'urgence pour l'hôpital public

**L'hôpital public part à la dérive** : 5 700 lits ont été fermés en 2020 et l'hécatombe continue, que ce soit par des décisions autoritaires de fermetures de service, pour cause d'économie, par les ARS sous tutelle du ministère, ou par manque de personnel médical ou paramédical. Faute de collègues en nombre suffisant, le personnel, épuisé, quitte l'hôpital. La dégradation des conditions de travail ne date pas de la pandémie : une étude des services du ministère de la Santé lui-même montre l'aggravation des conditions de travail entre 2016 et 2019. Le débat actuel sur le nombre de lits fermés traduit surtout l'importance du nombre de lits, non fermés officiellement, mais inutilisables faute de personnel.

Les conséquences pour la population sont gravissimes avec des retards de prise en charge, des morts évitables, non évitées, l'aggravation des pathologies, l'angoisse de l'attente pour les patients et leur famille, les patients psychiatriques laissés dans la souffrance. Il y a report d'une partie des soins traditionnellement confiés à l'hôpital vers le secteur ambulatoire des soins primaires, lui-même en grande difficulté.

**Ceci est la conséquence des politiques des gouvernements successifs**, reposant sur deux principes, faire des économies sur la santé et la Sécurité sociale et favoriser le secteur privé lucratif avec comme conséquence un gel du point d'indice de la fonction publique hospitalière et la limitation des effectifs. La mise en place de cette politique austéritaire s'est faite à l'aide de l'instauration d'une gestion de type privée de l'hôpital public, privilégiant la rentabilité financière à l'intérêt général et s'opposant à l'éthique des soignants, dont on a de plus limité drastiquement toute possibilité d'intervention dans la gestion de leur établissement.

**Les Véran, Castex et Macron sont en train de donner le coup de grâce à l'hôpital public.** Les miettes du Ségur de la santé, fruit des luttes, sont utilisées par le gouvernement pour diviser les personnels, les opposer à la population. Ils entreprennent en plus la chasse aux intérimaires, sans en traiter les causes, et même aux médecins étrangers non européens, avec un seul but : réduire encore le nombre de médecins travaillant à l'hôpital pour fermer des lits et des services, laissant le secteur privé lucratif, de plus en plus géré par les fonds de pension et autres instruments

financiers, prospérer librement. C'est un développement sans précédent dans notre pays d'une médecine à deux vitesses où ceux qui n'ont pas les moyens de se payer des dépassements d'honoraires et autres restes à charge vont être de moins en moins bien soignés. Les 19 milliards d'investissement annoncés à grand coup de communication gouvernementale, et étalés sur dix ans, vont constituer un levier pour restructurer l'hôpital public et le système de santé. La « reprise de la dette » va se résumer à une aide à payer les intérêts... et à enrichir les banques.

**Pour le PCF, il faut mettre l'Humain au cœur du fonctionnement de l'hôpital.** L'hôpital doit répondre à des défis majeurs : produire et assimiler les progrès techniques et les effets de la révolution informationnelle, s'adapter à l'évolution épidémiologique, répondre au vieillissement de la population, assurer, une réponse socialement efficace et de proximité aux besoins de santé des territoires. Il doit donc évoluer et s'inscrire dans une nouvelle organisation des soins articulant service public hospitalier et structures de soins primaires et non les mettre en concurrence ou demander à l'un de suppléer l'autre, de gérer la pénurie.

**Le plan d'urgence pour l'hôpital proposé par le PCF** bien avant la COVID est plus que jamais d'actualité.

● La question des personnels est centrale :

- il faut augmenter les salaires ; les augmentations obtenues lors du Ségur sont le résultat des luttes, elles restent insuffisantes et accompagnées d'accords locaux toxiques ; pour résoudre la question des médecins intérimaires, il faut aller vers une convergence de revenus des médecins du public et du privé et valoriser la pénibilité de la permanence des soins
- il faut créer 100 000 emplois à l'hôpital
- il faut donner envie aux personnels de rester à l'hôpital, d'y venir, en reconstituant des équipes soignantes avec des conditions de travail préservées, le respect de l'éthique professionnelle, sur la base d'une collaboration au sein des services et d'un pouvoir décisionnel des instances représentatives.

Créer des emplois nécessite de développer les formations. Il faut ouvrir les formations initiales, mettre

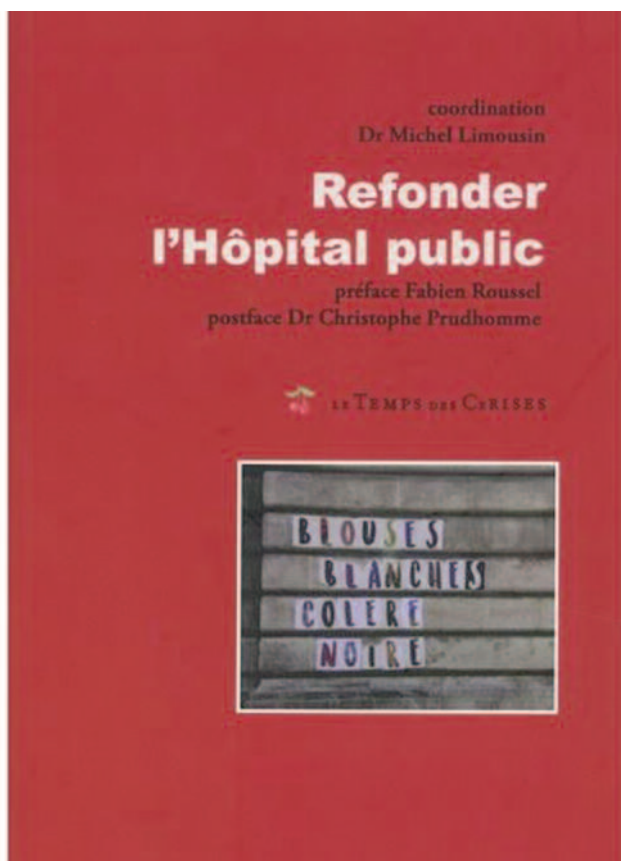
## HÔPITAL

fin aux quota officiels ou officieux en donnant des moyens aux universités et écoles professionnelles. Des pré-recrutements, salariant les jeunes pendant leur formation, en échange d'un engagement de service public, permettraient à de nombreux jeunes d'échapper à la misère étudiante, tout en facilitant une orientation vers le domaine du soin et de l'accompagnement social et une meilleure répartition des professionnels. Il faut faire exploser le nombre de formations continues qualifiantes, permettant à des professionnels exténués de reprendre goût au soin à travers de nouvelles qualification, un nouveau métier. Le secteur de la santé et du social est un remarquable terrain de mise en application des propositions du PCF de Sécurité-Emploi-Formation, un investissement pour notre santé.

- Il faut mettre fin à la gestion de type privée, privilégiant la rentabilité à l'humain :
- le mode de financement doit être réformé pour répondre aux besoins en tenant compte de critères d'efficacité sociale décidés démocratiquement

- GHT et pôles doivent être supprimés pour mettre au centre la coopération volontaire et la démocratie
- LES CHSCT, CTE, CME doivent avoir de vrais pouvoirs décisionnaires et les conseils de surveillance être remplacés par de nouveaux conseils d'administration avec représentation égale des représentants des salarié-es, des élu-es et des usagers.
- L'hôpital est là pour répondre aux besoins des populations : il faut arrêter toutes les fermetures de lits, de services, faire un moratoire sur toutes les restructurations et restaurer la proximité. Cela passe par un desserrement de l'étau financier :
  - suppression de la taxe sur les salaires et de la TVA dans les hôpitaux : 4 milliards pour la création d'emplois...
  - renégociation du prix des médicaments achetés par les pharmacies centrales.
  - véritable allègement de la dette
  - et bien sûr des dotations à la hauteur des besoins.

Michèle Leflon, CNSPS du PCF



PSYCHIATRIE

## un LFSS qui va entraîner une psychiatrie déshumanisante et programmer l'exclusion des soins des plus malades

La psychiatrie de Secteur a été créée en 1960 pour prendre en charge toutes les souffrances psychiques des plus bénignes aux plus sévères. Pour rappel, 25% de la population seront à un moment de leur vie confrontés à la souffrance psychique.

Depuis 40 ans, elle n'a cessé d'être appauvrie. D'abord en terme de moyens puis progressivement sur le plan clinique. Elle est passée d'une approche prenant en compte la complexité biopsychosociale visant à soigner la souffrance psychique de la personne dans sa singularité à une approche uniquement symptomatique biologisante et comportementale visant à éradiquer le symptôme. La clinique fondée, le soin psychique, l'écoute et la singularité de chaque patient – où l'on peut retrouver si nécessaire, une complémentarité entre psychothérapie, chimiothérapie, sociothérapie et comportementalisme – doit être remplacée par des traitements exclusivement chimiothérapeutiques et des programmes standardisés comportementaux (réhabilitation psychosociale, éducation thérapeutique, ...) visant à normaliser les individus.

Ainsi depuis 40 ans la psychiatrie n'a cessé de trier les patients suivis. Après avoir renoncé aux soins de prévention, elle s'est centrée sur les situations de plus en plus lourdes excluant les dépressifs non suicidaires, les psychoses n'entraînant pas de désocialisation... La plupart des dépressifs étant traités par leur généraliste doivent se contenter d'un traitement antidépresseur, alors qu'un soin psychothérapeutique serait beaucoup plus efficace. C'est la raison pour laquelle la France est le premier consommateur de psychotropes.

Depuis la Loi Touraine, le Secteur est censé ne s'occuper que de la crise, le suivi des patients stabilisés relevant du secteur libéral (essentiellement les généralistes dont on connaît la rareté !).

Pourtant, les effets sociaux du Covid (fermetures de crèches et d'écoles, chômage ou crainte du chômage...) ont provoqué une véritable épidémie de décompensations psychiques graves chez les tous petits, les ados, comme les adultes. Remettant au premier plan l'importance des dimensions de l'inconscient et la sociogenèse des troubles. Pour y répondre, le gouvernement, au lieu de donner au Secteur les moyens de répondre aux besoins, va rembourser, pour les ados suicidaires, les consultations de psychologues libéraux, à condition de ne faire que du comportementalisme et pas de psychothérapie. Qui pourrait croire qu'un jeune qui ne croit plus à la vie peut se reconstruire en 10 séances de coaching ?

Au lieu de donner enfin à la psychiatrie de Secteur les moyens de ses missions, la LFSS va finir de la liquider.

La LFSS envisage d'aller plus loin dans la destruction du soin psychique. Puisque non seulement ses moyens (hors Ségur) sont en recul sur 2021 mais, au travers de l'introduction de la T2A, il va valoriser le développement de structures centrées exclusivement sur l'approche comportementale et sous doter les structures qui ont une approche biopsychosociale de la personne. Ces patients seront soumis à des programmes de remédiation cognitive, de réhabilitation psychosociale, d'éducation thérapeutique qui, s'ils s'inscrivaient dans les soins psychiques relationnels du Secteur comme un atelier de sociothérapie, pourraient s'entendre. Mais ici il est question de les substituer à ces soins dans un objectif uniquement normalisateur des comportements, où la question de savoir ce que ressent la personne n'est pas jugée pertinente.

Ces structures ont aussi pour vocation d'exclure du soin les patients stabilisés, alors que l'on sait qu'ils sont stabilisés parce qu'ils bénéficient d'un suivi régulier en ambulatoire (CMP, CATTP...). Ils seront soumis à des programmes, puis évalués. Et c'est en fonction de cette évaluation que l'on les orientera vers le parcours de soins du généraliste avec éventuellement un étayage médico-social. Mais ils ne seront plus suivis par le Secteur jusqu'à la prochaine crise !

Ainsi des établissements qui étaient à l'équilibre (voire excédentaires du fait des postes vacants) vont se retrouver en déficit et n'auront d'autre solution que de remplacer leurs structures de soin par des structures de traitements programmés.

Bonnafé disait : « Une société se mesure à la manière dont elle traite ses fous ». Nous assistons là à une opération de chosification de l'humain, de déshumanisation de masse.

Cela parce que la psychiatrie est passée progressivement de soigner une personne qui souffre à traiter des symptômes, oubliant la dimension existentielle de la souffrance psychique et la dimension relationnelle du soin psychique.

C'est pour contribuer à refonder une psychiatrie humaine que le PCF participera et appelle à participer les 12 et 13 mars aux assises du soin psychique organisées par le Printemps de la psychiatrie.

Serge Klopp, CNSPS du PCF



## RETRAITES

la retraite par point d'E Macron...  
liquidée

Le système d'une retraite par points « a pu créer de l'inquiétude » et il est « peut-être préférable » de faire la réforme différemment, a admis, dimanche 14 novembre, la ministre du Travail É. Borne, confirmant ainsi indirectement que le président Macron ne l'envisageait plus pour un deuxième quinquennat.

Ces renoncements successifs du pouvoir concernant la réforme systémique des régimes de retraites sont à mettre au compte des luttes, près de 1,5 millions de manifestant-e-s, dans toute la France, le 5 décembre 2019. Malgré un dossier très complexe, le monde du travail a su se rassembler pour faire capoter ce projet nocif pour toutes et tous.

**Après le « systémique », le « paramétrique »**

Leur projet ayant échoué, comme le reconnaît B. Lemaire, ministre des Finances, les réactionnaires de tous poils utilisent le Sénat et le vote sur le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022 pour tenter d'imposer le report à 64 ans de l'âge de départ à la retraite. Il y a donc besoin de rester fortement mobilisé-e-s.

Nous savons bien que ce report d'âge ne règle rien concernant les besoins de financement. Nous savons

aussi que les possibilités de trouver un emploi chutent brutalement après 52 ans et que le taux d'emploi est de 32% pour les 60/64 ans.

**Un système de retraite digne et financé**

L'emploi est la condition centrale de la bonne santé financière du système de retraite. Près de six millions d'hommes et de femmes subissent le chômage ou les petits boulots. C'est un manque à gagner considérable pour les régimes de retraite. Mener une politique favorisant réellement la création d'emploi est le premier impératif.

Les salaires, base de rentrée des cotisations dans les caisses de retraite, doivent être augmentés. La France est devenue un pays de bas salaires, alors qu'une part sans cesse croissante de la richesse créée est accaparée par les actionnaires. L'égalité salariale femmes/hommes s'impose, en soumettant les entreprises à une « contribution financière pour l'égalité ».

Cela permettrait notamment le droit au **départ à 60 ans** (et non obligation) à taux plein, pour une carrière complète ; la garantie d'un **niveau de pension de 75%** du revenu d'activité, calculé sur les 10 meilleures années.

Daniel Junker, collectif PCF Retraité-e-s

**AUTONOMIE**

**pour un droit à l'autonomie**

**La Loi grand Âge ou le serpent de mer**

Dès 1946, les conditions d'une société du vivre ensemble sont posées par la création de la Sécurité sociale : « [...] Le problème qui se pose aujourd'hui aux hommes qui veulent apporter une solution durable au problème social est de faire disparaître cette insécurité [...] du lendemain qui pèse sur tous ceux qui vivent de leur travail » (Ambroise Croizat, 8 août 1946). Car l'absence de solutions conséquentes vise essentiellement et cruellement celles et ceux qui n'ont pas les ressources financières pour assurer leur autonomie.

**74 ans plus tard... cet objectif est renié par des gouvernements aux ordres du MEDEF.** Patronat et finance restent exemptés alors que la multitude d'exonérations et leur absence de contribution solidaire alimentent la dette de la Sécu. Les besoins non couverts sont livrés aux requins des assurances et de la finance pour plus de profit et l'évasion fiscale s'élève entre 60 à 80 milliards d'euros, soustraits au budget de la République (Éric Bocquet-avril 2021)... 7 à 8 seulement ayant été récupéré en 2020. Et pendant ce temps, les salarié-es, les retraité-es sont ponctionné-es par le recours à l'impôt (CSG).

« **Dans le même temps** », avec aplomb, Jean Castex nous explique que « [...] des mesures de revalorisation salariale inédites ont été prises, à hauteur de 1,5 milliard d'euros. 2,1 milliards d'euros sont également consacrés au volet investissement dans ces établissements » et d'ajouter sans rire : « La crise a cette vertu de nous ouvrir les yeux »... bien loin des 6 milliards prévus par le rapport Libault et des 10 milliards évalués par l'ensemble des organisations syndicales !

**Les mesures du PLFSS 2022 ou le mirage domiciliaire**

**En ligne de mire, les Éhpad.** Le refus des gouvernements successifs de les adapter aux nouveaux besoins des retraité-es, de financer des emplois qualifiés alimentent mécontentements et rejet. Les mesures annoncées vont aggraver la situation. Ceux-ci se verront confiés une « nouvelle mission de centre de ressources territorial » budgétisé à hauteur de 20M€. L'objectif sera d'accompagner à domicile les personnes âgées pour éviter une entrée en établissement. En clair, ce secteur sinistré, en difficulté pour recruter « va au secours » du domicile où 20% de postes sont non pourvus.

Plus grave, les motifs d'admission des personnes âgées en établissement sont majoritairement motivés par des problèmes médicaux entraînant des besoins en autonomie, d'autant plus sévère que leur admission est reportée. (Les résident-es des EHPAD cumulent en moyenne 7,9 pathologies, 9 sur 10 souffrent d'affections neuropsychiatriques)<sup>1</sup>. Quelles conséquences sur leur santé ? Sur l'organisation des soins ? Sur les effectifs qualifiés et en nombre ?

**Pour l'autonomie et le maintien à domicile, 400 millions** (240 millions pour financer l'augmentation du tarif plancher 22 euros/heure [25 euros sont revendiqués], 130

millions pour l'augmentation du temps infirmier, 10 millions pour financer « des services intégrés avec une porte d'entrée unique ».

**Pour les Éhpad, 10 000 emplois soignants d'ici à 2025,** 0,4 ETP<sup>2</sup>, poste de médecin coordonnateur/Éhpad, soit 2 jours/semaine (aujourd'hui, 1 500 Éhpad<sup>3</sup> ne bénéficient pas de ce temps médical, soit un objectif de 600 médecins), une astreinte infirmière de nuit par EHPAD.

**Pour le Reste à charge rien n'est prévu.**

**Cette politique libérale ne permet pas d'apporter les réponses.** Il est urgent de s'interroger sur les fondements de cette politique libérale. Le président de la République sait qu'il peut compter sur une majorité d'opinion au sein de notre société qui rejette la vieillesse, surtout celle dont les soins d'accompagnement requièrent plus de besoins.

**Pourquoi ?**

- **Les femmes sont au cœur du dispositif et des discriminations :** 87% du personnel des Éhpad, scandaleusement exploitées. Elles connaissent, comme le secteur du domicile, une grande précarité, des qualifications, des salaires et des effectifs insuffisants qui ne permettent pas de répondre aux besoins de nos aînés. Quant aux aidantes – ces aidantes invisibles – ne sont-elles pas là pour suppléer au manque de services publics à domicile ?
- **Notre société basée sur le patriarcat a institué un partage des rôles :** les femmes au foyer, les hommes à la cité, aux responsabilités. Il maintient sa domination sur la femme dans un rôle sociétal et social qui lui est dévolu. La solidarité fonctionne relativement bien parce que l'éducation qu'elles ont reçue, les destine à être maintenues dans ce rôle « pour être sœur, épouse, mère, aidante, soignante, de la naissance à sa mort » au détriment de leur santé et de leur vie personnelle. Pour cette raison, l'invisibilité des femmes dans la cité demeure, notamment dans le secteur de l'autonomie, Éhpad et soins à domicile. Les gouvernements, socialiste ou de droite qui prêtent une oreille attentive au patronat, se gardent bien de remettre en cause cet ordre établi.
- **Notre société véhicule l'âgisme, autre discrimination.** De nombreux courants de pensée, hypocritement, considèrent que la priorité doit être la jeunesse : « Une nation qui immole ses jeunes à ses vieux n'est pas une nation généreuse, c'est une nation morte » (Christophe Barbier, janv.2021). La situation des jeunes en insécurité alimentaire, les « sans-facs » sont là pour témoigner que ne pas s'occuper de la jeunesse n'a rien apporté aux personnes âgées. L'âgisme empoisonne et divise la société, en s'appuyant sur :
  - **Les critères de performance :** rapidité, rentabilité concepts développés au sein de l'entreprise excluant les salarié-es les plus âgé-es. Cette idée, capitaliste au demeurant, s'oppose à celui de la vieillesse qui a besoin de plus de

## AUTONOMIE

temps pour mener sa vie... après avoir contribué à la richesse du pays.

- **L'utilité sociale** : même les retraité-es, loin de rejeter cet argument, ont intégré ces idées et s'emploient à démontrer leur « jeunesse », leur utilité dans la société : gardant les petits-enfants, assurant du bénévolat. Ils comblent ainsi un certain nombre de carences de l'État en matière de services publics. Pourtant ce droit à la retraite pour lequel elles ont cotisé, a été conçu pour permettre d'être libre sans avoir à le justifier. La raison d'être de chacun-e, ne peut être réduite à son utilité dans la société, excluant de fait les plus vulnérables. Elle doit permettre l'émancipation de chacun-e ce qui va bénéficier à tout le collectif. Âgisme et patriarcat participent à barricader la pensée d'une possible construction de solution !

### Conséquences

- **Des renoncements éthiques par des priorités et des choix budgétaires** – alors que les moyens financiers existent - qui aboutissent à refuser aux personnes âgées l'accès aux services de soins médicaux et spécialisés. C'est inacceptable.
- **Le refus d'entendre et d'apporter des solutions dans ce secteur** « contaminé » par la conception de la vieillesse véhiculée dans notre société, image dégradée de la personne âgée qui se reporte sur le personnel majoritairement féminin. Il est urgent de remplacer l'image de la femme dévouée par celle de la professionnelle qui a le droit à la rémunération en fonction de son travail et de son diplôme.
- **Le renoncement à la solidarité intergénérationnelle** : pour ne pas prendre part au financement, le patronat soutenu par le gouvernement, s'emploie à diviser la population.

### L'urgence d'une grande cause sociale pour un nouveau projet de civilisation : vivre et vieillir dans la dignité

Depuis trop longtemps, la vie des retraité-es vulnérable est intolérable, leur parole confisquée comme celle des personnels. Pour y remédier, un plan d'urgence est indispensable pour les secteurs accueillant les personnes âgées (EHPAD, domicile, USLD (unité de soins de longue durée), gériatrie...). Il implique le droit d'accéder aux services médicaux et de soins spécialisés. Le critère de l'âge doit être interdit. Répondre à ces besoins en urgence, le PCF propose trois axes de réforme :

#### 1. Emplois/Formation/Salaires :

- 100 000 emplois qualifiés statutaires par an pendant 3 ans en établissement sur la base de 1 salarié-e par résident-e, prévu par le Plan Solidarité Grand-Âge, 7 jours/7 et 100 000 à domicile (repas, toilettes, mobilisations, équipements et aménagements des logements, trans-

ports, la vie dans la Cité, etc.), titularisation des personnels contractuels, transformation des contrats aidés en emplois statutaires

- **revalorisation des salaires, du SMIC entre 1 800 et 2000€ brut**
- **plan de formation spécifique** (Infirmier-ères aides-soignantes, AMP...).

**2. Plan d'investissement** pour la réalisation et la modernisation des Éhpad élaborés selon les besoins avec les résident-es, les syndicats, les personnels, les familles et les architectes spécialisé-es et engagé-es pour répondre aux nouveaux besoins d'autonomie des retraité-es, le renforcement des USLD (31 000 lits supprimés !)

- **Service public à la personne pour le domicile**, condition pour permettre de libérer les femmes de ces contraintes.

**3. L'autonomie doit être couverte par un financement solidaire à 100% par la Sécurité Sociale** : ces besoins résultent de la maladie, d'accidents y compris professionnels acquis pendant l'activité et non pas de la vieillesse (l'âge moyen de besoins en autonomie est de 83 ans). Résultant de mauvaises conditions de vie et au travail, ces besoins justifient d'une prise en charge à 100 % dans le cadre de l'Assurance maladie dans une Sécurité sociale du XXI<sup>e</sup> siècle rénovée, financée par les cotisations sociales.

**Cela induit de trouver des ressources nouvelles pour financer cette politique publique de l'autonomie et de supprimer la CSG, les journées de travail gratuit.** Le prélèvement sera calculé sur les richesses produites par le travail des salarié-es dans les entreprises, développement de l'emploi, salaire... sur la base d'une cotisation avec 2 volets : une cotisation sociale additionnelle assise sur les revenus financiers des entreprises (dividendes...) et une modulation des cotisations entreprises en fonction de leur politique salariale et d'emplois, d'égalité salariale femme/homme.

**Il est urgent d'apporter une réponse solidaire, nationale à nos aîné-es** en se rassemblant pour construire une société du vivre ensemble où chacun-e connaîtra le bonheur de vivre sans crainte du lendemain, en bonne santé de la naissance à la fin de la vie.

**Dès à présent, engageons-nous pour un nouveau progrès social, impliquons de changer de regard sur la vieillesse !**

**L'audace doit changer de camp.**

Christiane Caro, CNSPS du PCF

1. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/etat-de-sante-et-dependance-des-personnes-agees-en-institution-ou-a-domicile>

2. "Équivalent Temps Plein

3. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-plfss-2022-24-09-2021.pdf>

MÉDICAMENT

## un Pôle public du médicament en France, en Europe et dans le Monde

**Afin de détacher, le médicament de la sphère financière, Il y a besoin de créer un pôle public pour peser et contrôler toute la chaîne, en recherche, développement, production, distribution et vente de médicaments, afin de faire du médicament, un bien commun universel. Nous voulons un vrai contrôle du public avec une transparence démocratique par la création d'un Conseil national du médicament, une autre gestion des fonds publics apte à répondre aux besoins des Français.es et assurer notre souveraineté sanitaire.**

**Le pôle public du médicament s'inscrit aussi dans la bataille pour une Sécurité sociale à 100%.**

**Ce Pôle public du médicament ne saurait être que français, il devra être aussi s'inscrire dans un Pôle public européen, dans une nouvelle politique mondiale à ouvrir.**

### Pourquoi disons-nous qu'il est urgent mettre en place un pôle public du médicament ?

La pandémie de la Covid-19 a rendu encore plus criante la dépendance de l'État aux industriels du médicament. Les pénuries de médicaments ont affecté les hôpitaux français et menacent de sévir à nouveau en cas de nouvelle vague. Ces ruptures ne sont pas nouvelles, le phénomène est en constante augmentation. Les pouvoirs publics en ont recensé 44 en 2008, 1200 en 2019 et 2400 en 2020. Nous dépendons à 80 % de puissances étrangères pour l'acquisition des matières premières ou des produits finis. La privatisation de la production, sa délocalisation pour maximiser les profits, en sont la cause principale.

Comme les autres multinationales pharmaceutiques, Sanofi reçoit des aides publiques conséquentes sans pour autant faire preuve de transparence sur les aides reçues dans le développement de produits, ni sans que des conditionnalités lui soient opposées. La suppression d'emplois par milliers ces dernières années notamment dans la recherche, n'ont pas été sans répercussions sur son incapacité à fournir un vaccin en temps et en heure. Et pourtant les marges de bénéfice de l'industrie pharmaceutique oscillent entre 10% et 43%. En fait, l'industrie pharmaceutique profitant du quasi-monopole qui est le sien grâce aux brevets, a obtenu de fixer son prix non au regard des coûts mais du prix de la vie sauvée. La France ne peut plus laisser les laboratoires pratiquer de telles marges.

Des groupes politiques ont déposé à l'Assemblée nationale comme au Sénat des projets de lois demandant la création d'un *Pôle public du médicament*, et cette exigence monte tant dans la population que dans toute la gauche, voire au-delà. Le CCNE (Comité consultatif national d'éthique), dans son Avis du 30/11/2020, a recommandé

la création « d'un pôle public du médicament à but non lucratif ». Une campagne d'*Initiative citoyenne européenne* est en cours pour faire des vaccins un « Bien commun de l'Humanité » prolongeant ces propositions au niveau européen, sur le site <https://noprofitonpandemic.eu>.

Il est urgent de retrouver une maîtrise publique dans la politique du médicament et de socialiser tout ou partie des firmes de la Big-Pharma, afin de créer un pôle public industriel. Depuis des décennies, nous préconisons l'urgence d'une politique alternative de santé ; cela passe par l'impérieuse nécessité pour la société, les citoyens et les professionnels 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, en Europe et dans le Monde, qui fut l'objet d'Assises nationales du médicament du PCF, à son siège, le 10 juin 2021, en présence de Fabien Roussel, secrétaire national.**

Nous en avons les instruments scientifiques (les chercheurs du public et du privé peuvent développer les technologies) ; les outils réglementaires pour contrôler ces médicaments ; la capacité industrielle pour les produire ; l'expérience avec les médicaments dérivés du sang (MDS) qui jouent un rôle essentiel dans le traitement de pathologies lourdes et le LFB (Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies), son savoir-faire, ses moyens de recherche ; pour définir et construire un autre modèle d'industrie pharmaceutique en réduisant les exigences de rentabilité, immédiatement ; nous en avons également les instruments juridiques, comme la licence d'office ou les mesures dérogatoires prises en cas d'urgence sanitaire, en réaction à l'épidémie de la Covid-19.

### Concrètement nous proposons

**I. La création par l'État d'une entité de service public de type établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC).** Cet EPIC est une personne morale de droit public ayant pour but la gestion d'une activité de service public de nature industrielle et commerciale. L'avantage de ce statut est qu'il n'a pas besoin de disposition législative pour mettre mis en place et qu'il n'a pas besoin de bloquer un capital initial comme une SA pour se constituer ; ses ressources sont celles de son activité qui est de type économique. Ce *Pôle public du médicament* serait placé sous la responsabilité de l'État et serait sous la tutelle conjointe du ministre chargé des solidarités et de la santé et du ministre chargé de la recherche. Sa gestion socialisée sera démocratique, comme le prévoit la Loi, pour que les objectifs initiaux de satisfaction des

## MÉDICAMENT

besoins humains soient durablement soutenus. Cette socialisation des moyens de production sera une rupture indispensable à opérer par rapport à la gestion antidémocratique des monopoles pharmaceutiques.

**2. La réorientation des fonds consacrés au Crédit impôt recherche vers la recherche publique**, de même que le reste de l'argent public octroyé aux laboratoires privés sous forme de niches fiscales, d'abattements de cotisations, l'argent public dépensé dans la recherche de médicaments, etc. doit profiter à la société. Au-delà des moyens d'État, il pourrait aussi y avoir des financements par des coopérations internationales avec d'autres pays d'Europe ou par des organismes publics internationaux. Enfin, il nous faut aussi lier hôpital, sa pharmacie hospitalière et l'industrie pharmaceutique publique ainsi créée.

**3. Des conventions de recherche seront passées avec les laboratoires** de l'Université, de l'INSERM (Institut national de la Santé et de la Recherche médicale), du CNRS (Centre national de la Recherche scientifique), du CEA (Commissariat à l'Énergie atomique), de l'INRA (Institut national de la Recherche agronomique), de l'Institut de recherche pour le développement (IRD), de l'IFREMER (Institut français d'exploitation de la Mer), sans oublier les hôpitaux publics, leurs services et compétences diverses (pharmacie et recherche universitaires), mais aussi tous les établissements concourant aux médicaments dérivés du sang. Enfin ce pôle public pourra initier ses propres laboratoires de recherche. Nous ne manquons pas de moyens en matière de recherche publique en santé pour construire ce pôle public du médicament. Cela passe par la relance du financement des laboratoires publics, mais aussi par un infléchissement de leur politique de transfert de technologie vers des start-up ou des laboratoires industriels privés et de leur politique de propriété intellectuelle. Le pôle public du médicament sera propriétaire des brevets qu'il aura financé.

**4. Un Conseil national du médicament sera chargé de la transparence et de la coordination de la politique publique du médicament**, de l'exercice de missions spécifiques déjà assumées par divers organismes ainsi que la fabrication et la diffusion de médicaments essentiels. Il sera mis en place par le ministère de la santé. Dans ce nouveau lieu s'élaborera démocratiquement, la formulation des priorités en besoins de santé donc en besoins en médicaments pour les différents acteurs de la chaîne du médicament ; c'est là où se prendront les orientations et décisions en toute transparence ainsi que le contrôle de leur mise en œuvre et les arbitrages.

Pour ce faire, il sera composé de personnalités qualifiées comprenant aussi bien des représentants de l'État et de la Sécurité sociale, du CNRS, de l'INSERM, du Haut conseil de la santé publique, mais aussi des professionnels, des

usagers et de leurs représentants, de membres de l'Assemblée nationale et du Sénat, le tout réparti en plusieurs collèges.

Un tel *Conseil national du médicament* aura le souci de prendre tout à la fois en considération les intérêts des populations et de la Sécurité sociale tout en répondant aux nécessités médicales, en s'opposant aux conflits d'intérêts, et aura autorité sur l'élaboration transparente de la qualité des médicaments et de leurs prix.

**5. Inscrire le Pôle public dans une politique de coopération internationale.** Ce Pôle public du médicament ne saurait être que français, il faut qu'il ait aussi une dimension publique européenne, dans une nouvelle politique mondiale à ouvrir. Politique basée sur la coopération plutôt que la concurrence. Politique basée sur la satisfaction des besoins des populations et non des actionnaires.

Nous proposons de changer les missions de l'Agence européenne des médicaments (EMA), et faire évoluer l'OMS vers un organisme régulateur en matière de brevets indispensables à la survie des populations (médicaments du SIDA, Grippe aviaire, etc.) et devenir propriétaire de ces brevets qui seraient alors classés patrimoines de l'humanité. Il s'agit de détacher le médicament de la sphère financière, des règles établies par l'Organisation mondiale du commerce (OMC), l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), et demain, si on n'arrive pas à s'y opposer, le TAFTA (Traité de libre-échange transatlantique).

Notre proposition de création d'un Pôle public du médicament en France mais aussi en Europe et dans le monde doit créer un maillon de plus dans cette chaîne solidaire.

**6. Assurer l'indépendance de la formation médicale et professionnelle**, initiale ou continue à l'égard de l'industrie pharmaceutique en interdisant le financement direct par l'industrie pharmaceutique de ces actions de formation ; en renforçant le financement public de la formation continue ; en refusant la notion de publicité sur les médicaments et en assurant la transparence de l'information sur les médicaments en direction du grand public.

**7. Le Pôle public du médicament devra conforter, le rôle et la place originale en France, des pharmaciens** avec des obligations de service public.

Le médicament joue un rôle appréciable dans l'économie de la Sécu, c'est pourquoi il ne doit en aucun cas être considéré comme **une marchandise**, et sa consommation ne peut pas être évalué en termes de valeur, mais par rapport aux besoins de santé, à l'échelle de la population française comme mondiale. Et dans la période récente, plus que jamais, nous ne pouvons accepter que le Capital tire profit de la pandémie !

Dr Fabien Cohen, CNSPS du PCF