

À VOTRE SANTÉ !

**UNE AUTRE VISION
DU SYSTÈME DE
SANTÉ**

**Avant-projet soumis à la discussion par la commission Santé
du PCF**

Présentation

I - Les grandes lignes d'une politique de santé progressiste et efficace

A – Les principes

- 1 - Égalité
- 2 - Solidarité
- 3 - Démocratie
- 4 - Universalité

B - Les piliers du système de santé

- 1 - Prévenir
- 2 - Guérir
- 3 - Accompagner ceux qui souffrent

C – L'organisation du système de santé

- 1 - Les niveaux de recours
- 2 - Les réseaux de soins
- 3 - La démocratie sanitaire

D - Le financement

II - Les propositions par thèmes

La santé au travail

La santé à l'école

L'alimentation

Santé et environnement

Santé, pauvreté et exclusion

La perte d'autonomie

Les conduites addictives

La petite enfance

Le handicap

Les inégalités de santé dans le monde

Assurer l'égalité territoriale

Lutter contre la pénurie de soignants

Médecins à titre étranger non communautaire

L'hospitalisation

- L'hôpital public
- PSPH
- Hospitalisation privée

La médecine ambulatoire

La psychiatrie

La politique du médicament

La santé bucco-dentaire

La contraception, l'IVG, le droit des femmes

Le don du sang, de moelle osseuse et d'organes

La fin de vie

**LES GRANDES
LIGNES D'UN
SYSTÈME DE
SANTÉ
PROGRESSISTE
ET EFFICACE**

Le système de santé doit répondre à l'ambition affirmée par l'OMS selon laquelle la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social. Cette ambition suppose à la fois une action sur le milieu – conditions sociales, économiques et environnementales – pour maintenir l'état de santé – et le développement d'un système de soins garantissant à tous les meilleures conditions pour se relever de la maladie ou vivre bien malgré la maladie, le handicap, ou la perte d'autonomie.

Le développement économique, social, scientifique devrait permettre de mieux répondre aux besoins de santé de la population. Pourtant, alors que notre système de santé est un des plus performants du monde pour un coût largement moindre que celui des États-Unis, et que les professionnels de santé bénéficient d'une formation et une éthique de très haut niveau, la prévention reste le parent pauvre, l'accès aux soins se dégrade pour une part importante de la population, les professionnels de santé s'épuisent, l'hôpital est en crise, les inégalités se creusent.

L'allongement de l'espérance de vie en France, d'un an tous les 4 ans, doit être considéré comme un atout considérable et non comme un handicap à surmonter. Cette durée de vie supplémentaire, ajoutée à l'amélioration de la prise en charge et à celle des techniques permettant de mieux traiter la maladie, entraînent inéluctablement une augmentation des dépenses de santé. La question posée à la société est donc simple : faut-il faire payer cette augmentation aux malades « *à chacun selon ses moyens* », ou bien faire le choix de la solidarité « *à chacun selon ses besoins* » et accepter de mettre une part plus importante du PIB dans la santé, au détriment de la rentabilité financière.

De réformes en décrets, depuis deux décennies, notre système de santé et de couverture sociale se dégrade. La privatisation est le maître mot. La solidarité est remise en cause. Avec l'arrivée de N. Sarkozy et de la financiarisation généralisée, une rupture des plus préoccupante s'opère. Le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) et la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) constituent la base de cette rupture (voir les documents s'y réfèrent – www.pcf.fr). À l'heure où, à l'échelle mondiale, les conséquences de la financiarisation s'avèrent terribles, les communistes ont jugé nécessaire de promouvoir une autre vision de la santé.

Notre système a besoin de se transformer pour répondre aux défis nouveaux, pour aller vers toujours plus d'égalité, de solidarité, de démocratie et d'universalité, et pour augmenter encore son efficacité sociale. Loin du parti pris libéral, nous affirmons que la santé doit être exclue de tout échange marchand. Son accès doit être gratuit.

Ce document a pour objet de présenter ce que pourrait être une politique de santé progressiste et efficace.

A - DES PRINCIPES AU CŒUR DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Égalité, solidarité, démocratie, universalité et gratuité sont les principes fondamentaux d'un système de soins devant permettre à tous d'accéder à l'excellence. Les soins sont un besoin auquel on répond par un service, ce qui nous conduit à affirmer que le concept d'offre de

soins, comme sur un marché, est inadéquat. C'est dire l'importance nodale d'un grand service public de santé.

Égalité : les choix politiques doivent être déterminés par le souci d'égalité sociale, générationnelle et territoriale.

1. **L'égalité sociale** : Outre les conditions de vie et de travail (prévention primaire), la diversification des modes de prise en charge (Sécurité sociale, CMU, AME) et surtout l'augmentation considérable du « reste à charge des malades » sous forme de « complémentaires santé », de forfaits, de franchises médicales, de dépassements d'honoraires, sont un obstacle majeur à l'égalité sociale. En conséquence, l'espérance de vie d'un ouvrier est de huit ans inférieure à celle d'un cadre, l'état de santé des chômeurs, des précaires et des « sans » est devenu un problème de santé publique.
2. **L'égalité générationnelle** : Elle sera atteinte par une politique appropriée en direction des personnes âgées et en direction des jeunes – parmi lesquels, sans attendre, les étudiants devraient avoir accès aux soins gratuitement.
3. **L'égalité territoriale** : La pénurie de formation de soignants et la fermeture d'hôpitaux et de maternités de proximité conduisent à l'apparition de déserts médicaux. L'espérance de vie est inférieure de 4,5 ans dans le Nord par rapport à Midi-Pyrénées. Il existe une véritable répartition régionale des maladies. La densité médicale est deux fois plus faible dans les zones rurales et les zones périurbaines qu'en zone urbaine. L'égalité territoriale doit être un objectif prioritaire à brève échéance. Il faut donc mettre un terme à la très préoccupante pénurie de soignants. Un plan de formation dans toutes les disciplines de santé doit être engagé en urgence.

Solidarité : L'augmentation de l'espérance de vie, l'amélioration de la technicité et de la qualité des soins, l'exigence légitime d'être toujours mieux soigné..., autant de raisons justifiant la croissance appropriée des dépenses de santé. Faire des économies sur les guerres et sur la spéculation financière, investir dans le bien-être, mieux partager les richesses, produire ces richesses autrement et avec une autre finalité, être solidaire avec les plus faibles, c'est le sens de la civilisation. Le modèle américain – qui commence à être critiqué de l'intérieur – fait l'éclatante démonstration que la privatisation est antagonique avec une véritable économie efficace de la santé.

Deux attitudes sont possibles pour faire face à cette augmentation des dépenses de santé : se réengager dans la voie de la solidarité, ou bien faire payer les malades et développer les assurances privées (cette double option aboutissant à laisser des personnes sur le bord du chemin). Nous faisons le choix de la solidarité assumée par la Sécurité sociale et la branche « assurance-maladie » et avançons des propositions pour trouver les financements nécessaires à sa mise en œuvre.

Démocratie : La place et le rôle des associations dans l'histoire du sida sont un exemple particulièrement éloquent de l'importance de la citoyenneté active. Sensibilisation, gestion, axes de recherche, besoin des populations, responsabilisation... : la démocratie est un atout. Il faut créer des structures d'organisation sanitaire, démocratiques et représentatives au niveau national, régional, local. Il faut des instances démocratiques dans

les établissements de soins et dans les entreprises pharmaceutiques. Les agences régionales d'hospitalisations ou leur transformation en agences régionales de santé – structures franchement antidémocratiques – doivent être remplacées par des **chambres territoriales de santé** conformément à la demande des acteurs sociaux, dont les missions concerneraient l'ensemble des enjeux liés à la santé et dont le fonctionnement démocratique associerait représentants des assurés sociaux et des mutuelles, des associations de malades, des professionnels de santé, des experts, des élus au côté des décideurs institutionnels. Ces chambres territoriales de santé travailleraient en coopération avec les services de l'État (DRASS, DDASS) et les organismes de sécurité sociale (CPAM, CRAM, URCAM).

Par ailleurs, les élections des administrateurs de l'assurance-maladie doivent être convoquées. Le fonctionnement des caisses devra être modernisé. Il devra associer de nouveaux acteurs sociaux, les usagers... Il devra être ouvert sur la vie, proche des citoyens.

Universalité : Pour être l'assurance-maladie de tous, la sécurité sociale doit concerner l'ensemble des citoyens. Par conséquent la cotisation doit rester universelle. À défaut, les assurances privées « capteraient » les populations jeunes, en bonne santé et solvables pour ne laisser à la sécurité sociale que les plus faibles, lui faisant perdre ainsi son caractère égalitaire.

La solidarité ne s'arrête pas aux frontières de la France. Un véritable plan d'urgence doit être lancé pour lutter contre les maladies infectieuses dans les pays pauvres. En tout premier lieu, à l'heure actuelle, la lutte contre le paludisme qui tue un enfant toutes les 30 secondes dans le monde. À cet égard, une intervention publique dans la recherche et la production médicamenteuse s'impose.

Gratuité : La santé doit sortir du secteur marchand. D'ailleurs, d'ores et déjà avec les ALD (longues maladies) et la CMU, 70 % des dépenses de santé sont prises en charge à 100%. Au contraire de la politique actuelle qui vise à remettre en cause la prise en charge à 100%, nous proposons le remboursement à 100 % de toutes les dépenses de santé. Avec la généralisation de la carte vitale (voir plus loin), cela se ferait sans avance de frais et sans échange d'argent. Il s'agit donc de gratuité des soins. De telles expériences menées à l'étranger (Québec, pays scandinaves) associaient performance du système de santé et efficacité économique. Malheureusement, dans ces pays comme en France, la financiarisation a déjà fait des dégâts importants. Notons au passage que, contrairement aux idées reçues assénées par les tenants du libéralisme, les malades ne sont pas des consommateurs irresponsables : ils savent que si la santé n'a pas de prix, elle a un coût.

B – LES PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

1 - Prévenir

La prévention n'a de sens que si elle est durable et surtout si elle vise à toucher tout le monde. Cela coûte cher. Mais comment supporter le paradoxe que la médecine soit capable d'éradiquer de la planète des maladies comme la variole et demain la poliomyélite et qu'on

n'ait toujours pas mis en place, dans un pays riche comme la France, une politique volontariste dans le dépistage de maladies aussi répandues que le cancer du sein ?

La proximité est un élément fondamental dans la prévention car c'est au niveau local qu'on est le plus efficace. C'est tout particulièrement vrai pour les personnes précarisées ou en difficultés d'accès aux soins – raisons socioculturelles comprises.

La prévention primaire doit chercher à éviter que la maladie ne survienne. Il s'agit donc de s'attaquer aux grandes causes de « mauvaise » santé publique : la santé au travail, l'alimentation, la pauvreté et l'exclusion, les mauvaises conditions de vie, les dérèglements environnementaux, la personne en perte d'autonomie, les conduites addictives. Les campagnes de prévention et d'information concernant les « modes de vie » et les grandes pathologies (cancer, maladies cardio-vasculaires, sida...) devront être renforcées et perdurer, en proscrivant tout caractère culpabilisateur ou moralisateur. La démocratie sanitaire, en permettant aux citoyens et aux salariés d'intervenir sur leurs conditions de travail et de vie, en les rendant acteurs de leur santé, est un élément de la prévention.

La prévention secondaire regroupe les différents dépistages (cancer du sein ou du colon, diabète, hypertension, maladies cardio-vasculaires...). Les moyens consacrés au dépistage doivent être démultipliés (formation des soignants, éducation à la santé, fréquence du dépistage...). Une attention particulière doit être portée au dépistage des conduites addictives chez les 15-25 ans (rôle de la santé scolaire, santé au travail...) et au dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer. La visite médicale annuelle dans le cadre de la médecine du travail doit être rétablie, étendue aux chômeurs et aux précaires. Le bilan de santé régulier doit être développé chez les retraités, de même que dans le cadre de la médecine scolaire.

2 – Guérir

En matière de soins, une règle s'impose : l'excellence pour tous.

L'excellence, c'est en tout premier lieu l'accès simple et rapide aux structures de soins. Les structures de proximité sont la réponse pour les pathologies les plus fréquentes (plus de 95 % de la thérapeutique). L'enjeu n'est donc pas de limiter les structures de proximité mais au contraire de les développer en optimisant leur fonctionnement. Les soins sont massivement assurés en ambulatoire et se répartissent comme suit : près de 9 sur 10 sont assurés par le secteur privé. , 5 % par les centres de santé et 5 % par les structures types PMI. Pourtant, quand ils existent dans une ville, les centres de santé assurent jusqu'à 50 % des consultations. Il faut donc garantir partout ce choix d'accès au secteur public.

La pente actuelle vise au contraire à transférer sur le privé les pathologies « standards » et les populations solvables, pour ne maintenir dans le secteur public que les pathologies hautement coûteuses et les populations non solvables ou les personnes âgées. Elle doit être inversée. Premièrement par respect de la liberté du malade : il doit pouvoir choisir la structure de sa prise en charge. Deuxièmement pour des raisons d'efficacité du secteur public. Sauf à réduire le malade à un organe, il n'est pas de prise en charge correcte – même d'une pathologie exceptionnelle – sans assumer ses pathologies banales (tension, diabète, infections urinaires ou pulmonaires...). Le secteur public pour être efficace doit être multidisciplinaire. Troisièmement, alors que la santé était restée à l'écart d'une réelle

concurrence, que l'autorité publique gèrait et contrôlait le financement des cliniques privées ou encadrerait la tarification en médecine de ville, notre société avait accepté l'idée qu'un secteur privé côtoie un secteur public important dès lors que cette offre privée était accessible à tous, sans discrimination sociale ou tarifaire..

Le véritable garde-fou des dérives du secteur privé est un secteur public fort, performant, démocratique et éthique, de haute qualité. Il faut donc développer les structures publiques de soins, sans paiement à l'acte. La relance de l'hôpital public – de l'hôpital général au CHU – est une priorité urgente. Aujourd'hui, le secteur privé est en pleine recomposition avec l'émergence de grands groupes d'envergure nationale, voire internationale, et l'irruption de fonds d'investissement. Ce secteur – qui avait plutôt investi le domaine de la chirurgie – a amélioré sa performance et s'apprête à investir l'ensemble du champ sanitaire. Très loin de la préoccupation des soignants et des malades, ces groupes privés à but lucratif (type Générale de Santé) devraient être interdits. Leurs bénéfices, réalisés scandaleusement sur le dos de la santé, ne pourront entrer en bourse et devront être réinvestis dans les structures de soins, de formation, de prévention... afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population. L'ensemble des lois, décrets... qui au cours des dernières années ont vu le jour favorisant fusions, partenariats public-privé... devront être abrogés.

3 – Accompagner ceux qui souffrent

Parfois, la guérison n'est pas ou n'est plus envisageable. Pour autant, l'objectif d'une vie de qualité demeure. Qu'il s'agisse de la maladie, du handicap, ou de la fin de vie, les principes fondamentaux demeurent. L'exigence de l'accès aux droits, du respect de la dignité humaine doivent guider la politique sanitaire et les choix éthiques. Les soins palliatifs devront être généralisés sur tout le territoire, et diversifiés (unité volante, unité à domicile, centres...).

C - L'organisation sanitaire

L'organisation du système de santé doit reposer sur une triple réalité :

1. La santé n'est pas réductible aux soins
2. Les malades ont le plus souvent les maladies les plus fréquentes
3. Les malades ont la liberté de choisir le service public quels que soient leurs besoins.

Les fermetures des hôpitaux, des maternités, et des centres de santé doivent être interrompues. Les nombreux établissements de proximité sont un élément clé d'une meilleure répartition de la carte sanitaire dans notre pays. En outre, contrairement à ce qui est avancé, la proximité n'est pas seulement compatible avec la qualité : elle en est la base. Prenons l'exemple de la mortalité périnatale qui est fortement liée statistiquement avec la prématurité et le petit poids de naissance. La pauvreté des parents et la malnutrition de la maman pendant la grossesse en sont les principaux facteurs de risque. Pour lutter contre la mortalité périnatale, il faut donc, dès le diagnostic de la grossesse jusqu'à la fin de l'allaitement, des structures permettant de dépister ces facteurs de risques. Il y a là un enjeu considérable pour les maternités publiques de niveau 1 et 2. Ce qui est vrai pour la périnatalité l'est pour l'ensemble des pathologies les plus fréquentes : le dépistage, le

traitements standard réalisés dans des établissements de proximité sont plus pertinents et plus efficaces.

Les niveaux de recours

Le système de santé peut donc se construire selon 3 niveaux : la médecine ambulatoire et de proximité en développant les centres de santé, les établissements de soins prenant en charge les pathologies courantes, les établissements de soins prenant en charge les pathologies nécessitant les protocoles les plus complexes.

Le développement des réseaux de santé doit permettre la fluidité entre les différents niveaux de recours, tant pour les malades que pour les personnels de santé.

L'instauration d'une véritable démocratie sanitaire doit permettre de déterminer les besoins en chaque structure dans les différents territoires et d'évaluer la qualité de la réponse apportée pour l'améliorer : il faut redonner la parole aux citoyens et aux personnels de santé.

Système de santé de 1^{er} recours : ville, canton, intercommunalité.

Les médecins de ville, les centres de santé de proximité et les maisons médicalisées, les PMI, les CMP, les hôpitaux locaux et les centres d'orthogénie sont les structures médicales de 1^{er} recours.

Système de santé de 2^e recours : secteurs sanitaires.

Hôpitaux publics, maternités de niveau 1 et 2, EHPAD, et établissements d'hospitalisation privés.

Système de santé de 3^e recours :

Centres hospitaliers régionaux et universitaires, maternités de niveau 3.

Les usagers doivent pouvoir accéder au système de santé, quel que soit le niveau sans restriction administrative, médicale ou pécuniaire . Les CHR et CHU peuvent tenir lieu de système de 2^e recours lorsqu'il s'agit de l'hôpital de secteur sanitaire.

Les réseaux de santé

Le développement des réseaux de santé permettra la fluidité entre les différents niveaux de recours par l'intermédiaire du travail en commun des soignants, par le développement de procédures permettant de faire passer les malades de l'un à l'autre dans les meilleurs délais... Une coordination locorégionale assurera le développement des réseaux de santé organisés dans les établissements de proximité. Les professionnels de santé pourront intervenir sur plusieurs sites du réseau afin de répondre aux besoins des populations. Des financements et des postes administratifs seront créés afin de permettre le fonctionnement des réseaux de santé. A l'opposé des filières de soins à l'américaine, ou même du développement actuel très bureaucratique des réseaux en France, nous pensons que les réseaux pour être efficace doivent favoriser l'efficacité du système et non les assurances privées, la coopération entre les professionnels plutôt que la compétition.

La démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire stimulera les différents niveaux de recours de soins. Dans chaque cas, une structure démocratique constituée d'élus, de représentants syndicaux, des

mutuelles, des associations, de citoyens et d'usagers de la santé aura une triple mission : l'évaluation des besoins, la gestion des budgets, et l'évaluation de la qualité des réponses par rapport aux attentes. Il s'agit des chambres territoriales de santé.

Tous les établissements publics seront gérés par des conseils d'administration constitués notamment d'élus, de personnels de l'établissement.

D -Pour financer un système de santé solidaire

En raison de la faiblesse de leur dotation et de l'application de la T2A (tarification à l'activité) qui n'encourage que les créneaux porteurs de rentabilité financière immédiate et punit les hôpitaux qui continuent à accueillir les malades les plus malades, les plus pauvres, les hôpitaux publics traversent une crise profonde.

On assiste à l'explosion des contradictions entre d'un côté les besoins croissants : vieillissement, progrès médical, apparition de nouvelles pathologies, et d'un autre côté l'insuffisance criante du financement et de l'offre de soins, aggravée par les restructurations imposées, la réduction des personnels, la crise du recrutement...

Un plan d'urgence emploi-formation est indispensable pour sortir l'hôpital de ce scénario-catastrophe, dont la grève des urgentistes démontre la réalité. De nouveaux financements sont incontournables car il faut sortir de la T2A et élaborer une autre réforme à partir des propositions des acteurs.

La loi Douste-Blazy, loin de redresser l'équilibre financier de l'assurance-maladie a renforcé les inégalités sociales de santé avec des parcours de soins incohérents et à plusieurs vitesses. Maintenant, l'application des franchises Sarkozy va faire payer les malades pour les plus malades, elle va frapper particulièrement les malades en ALD, affections de longue durée, on veut nous habituer à payer pour notre santé, ceux qui le peuvent parmi les plus aisés pourraient recourir à des assurances privées.

Il s'agit de réduire les seules dépenses publiques et sociales, de réduire les moyens alloués à l'offre publique de soins, tout en organisant la montée du privé. Au contraire on refuse de financer l'augmentation indispensable des emplois et des formations en personnels médicaux et para-médicaux.

De même face à la montée du vieillissement et de la dépendance, on invoque l'impossibilité de trouver des moyens de financement, pour réduire les pensions de retraites, accroître la durée de cotisations et ainsi creuser les inégalités en matière d'espérance de vie.

Nous voulons sortir de cette mise en cause réglée de notre système de protection sociale, des réformes de progrès et d'efficacité sont indispensables. Un nouveau financement de notre protection sociale solidaire est incontournable.

Le PCF fait la démonstration, à verser au développement des luttes et à la construction d'alternatives, que l'argent doit être réorienté vers le développement des besoins sociaux et que cela contribuerait à une nouvelle logique de développement économique et social.

De nouveaux financements pour la protection sociale peuvent être dégagés ;

- Emploi et lutte contre le chômage au cœur : 100000 chômeurs de moins ce serait = 1,3 milliard d'euros en plus pour la Sécu...il faut donc travailler à un plan d'urgence emploi/formation
- L'emploi précaire et les bas salaires, les économies sur les salaires, les politiques de baisse du coût du travail, doivent être résolument combattus, il faut leur opposer la bataille pour la revalorisation des salaires, des retraites, des minima sociaux, la résorption de l'emploi précaire, ainsi 1% d'augmentation de la masse salariale équivaut à 2.5 milliards d'euros de recettes en plus pour la Sécurité Sociale.
- Les cadeaux fiscaux : 10 Milliards pour les plus grosses fortunes, 5 milliards pour les heures supplémentaires mais au prix d'effets d'aubaine et d'éviction, les 30 milliards d'exonérations de cotisations patronales pour 2008 vont creuser les déficits, il faut sortir de ces politiques désastreuses et s'atteler à une véritable sécurisation et un développement de l'emploi et de la formation qualifiés, rémunérés convenablement, sortir de la précarisation des emplois.

Les plans de compression des emplois publics et des dépenses publiques et sociales qui s'accélèrent aujourd'hui minent la croissance réelle, alors que dans le même temps, on fait des cadeaux fiscaux aux plus riches qui nourrissent la croissance financière. Ceci est à l'origine des bulles spéculatives, immobilières au risque d'un effondrement financier qui toucherait le crédit bancaire destiné à la croissance réelle. Ce sont des immenses gâchis au détriment du développement des investissements, de l'emploi et du développement durable.

D'où l'exigence d'une autre orientation de l'argent pour servir les investissements productifs et collectifs centrés sur le développement de l'emploi, des salaires, de la formation, de la prévention de la santé et du développement durable.

Il faut mettre un terme aux exonérations de cotisations sociales qui tirent tous les salaires vers le bas et minent le financement de la Sécurité Sociale sans créer d'emploi. Nous proposons la création de fonds régionaux et nationaux pour développer et sécuriser l'emploi et la formation, permettant notamment un nouveau crédit à taux d'intérêt d'autant plus abaissé que les entreprises développeraient des investissements productifs centrés sur le développement de l'emploi, des salaires, et de la formation.

En outre, l'État doit s'acquitter de ses dettes à la Sécurité Sociale (versement des produits des taxes sur les tabacs, les alcools notamment) qui atteignent 5 milliards par an. Il doit programmer effectivement le paiement des exonérations qu'il doit compenser, soit 28 milliards sur un total de 30 milliards par an... À cela s'ajoutera en 2008, le montant des exonérations nouvelles sur les heures supplémentaires, soit 5 milliards d'euros pour lesquels il faut un engagement précis de compensation garanti par l'État, alors que le financement de cette mesure n'est pas assuré.

De nouvelles recettes sont indispensables car les besoins de financement vont s'élever en relation avec les nouveaux besoins à couvrir. Si des réformes efficaces de progrès

social sont incontournables, les dépenses doivent être accrues et réorientées et une refonte du financement est absolument nécessaire,

1 - Première proposition :

Soumettons à cotisation les revenus financiers des entreprises qui ont représenté en 2007 : 100 milliards d'euros, auxquels il faut ajouter les revenus financiers des institutions financières (banques et compagnies d'assurance). Si les revenus financiers des entreprises étaient soumis au taux de cotisations sur les salaires (la cotisation patronale s'élève actuellement à 12,8%), cela apporterait près de 13 milliards d'euros en ressources nouvelles.

On constate que ceci n'a rien à voir avec la seule taxation des stocks-options proposée par Philippe Séguin dans le rapport de la Cour des comptes, qui ne représenterait que 3 milliards par an...Cependant les revenus financiers sont fluctuants notre proposition de fond ,c'est un développement et une refonte de l'assiette des cotisations patronales. La vraie question est la suivante : veut-on rompre avec les dogmes ultra-libéraux et s'en prendre au capital ? C'est une autre logique, opposée à celle de Sarkozy, et des forces libérales qu'il s'agit de faire monter dans les luttes et les rassemblements à construire, notamment face au déferlement de la crise financière

2 - Deuxième proposition :

Mettre en débat une réforme de l'assiette des cotisations patronales avec pour objectif de relever la part des salaires dans les richesses produites donc de la part des salaires dans la valeur ajoutée.

Cela implique une rupture avec l'ensemble des politiques menées depuis 1983 qui ont organisé une baisse de 10 points de la part des salaires dans la valeur ajoutée, en accroissant d'autant celle des profits. Il faut rompre avec les gestions patronales qui compriment les salaires, les emplois et privilégient la course à la rentabilité financière.

Pour rompre avec cette logique qui fait reposer prioritairement le financement de la protection sociale sur les entreprises de main d'œuvre, on pourrait proposer une modulation des taux de cotisations patronales dans l'objectif d'accroître la masse et le taux des cotisations patronales

Ainsi les entreprises qui relèvent le nombre de leurs emplois et les salaires en répondant aux demandes exprimées dans les luttes sociales seraient assujetties à un taux de cotisations relativement plus bas. On inciterait les entreprises à augmenter la masse salariale qui constitue l'assiette du financement de la protection sociale.

À l'inverse, les entreprises qui licencient, font des bas salaires, des emplois précaires et qui jouent la croissance financière, seraient assujetties à un taux de cotisation beaucoup plus élevé.

Face à la logique des réformes hyper-libérales de Sarkozy et Fillon qui refusent un autre financement pour la sécu parce qu'ils travaillent à la construction d'une société individualiste, inégalitaire, éclatée et à la montée du privé contre les solidarités, nous devons travailler à une autre réforme, travaillons tous ensemble, développons les mobilisations et la riposte idéologique, économique, sociale et politique.

Les conséquences de la crise financière.

- 1) Concernant les hôpitaux : ils vont être impactés directement par la crise des banques ; les taux d'intérêt montent pour eux; en 2008 rien que pour l'AP / HP ce sera 4 millions d'euros supplémentaires (budget 6.5 milliards) ; ces chiffres viennent du directeur financier de l'AP; c'est 100 postes d'infirmières dit-il; si l'état mobilise ses ressources pour les banques, il y en aura moins pour les services publics ; nous rappelons que c'est Sarkozy, alors ministre des finances qui avait engagé les hôpitaux à se financer par des emprunts privés sur leur budget de fonctionnement (avant c'était interdit) il y a 4 ans.
- 2) Pour les cliniques possédées par les institutions financières, la crise va les toucher ; on parle dans la presse de les financer par LBO ; ce sera destructeur ; on parle aussi de vente à la découpe (Claude Le Pen) pour renflouer les fonds de pension.
- 3) La récession va priver la Sécu d'une part des ses ressources ; Eric Woerth a dit 600 millions déjà en 2008 ; la commission des comptes de la SS a calculé qu'un point de croissance en moins, c'est 1.93 milliard d'euros sur le régime général dont 890 millions pour l'Assurance maladie.
- 4) Les caisses de retraite des professions de santé seront touchées comme les autres ; la MACSF, c'est 12 milliards d'euros placés dont une partie en bourse ; la CARMF a placé 20 % des ses dépôts en bourse.

**LES
PROPOSITIONS
PAR THEMES**

Promouvoir la santé au travail

La santé et le travail

700 000 accidents du travail par an, dont 90 000 avec séquelles et 600 décès ; 35 000 maladies professionnelles par an, dont 15 000 graves et 500 décès ; 10 % des cancers liés au travail (20 000/an) ; 50 000 à 100 000 décès, liés à l'amiante, prévus dans les 20 prochaines années : le travail, ce n'est pas la santé. Qui plus est, tous les indices sont à la détérioration.

Prévention

La lutte pour la santé au travail passe par le respect et le renforcement du droit du travail, du respect des textes réglementaires, et donc par un renforcement des moyens de l'inspection du travail. Il faut également favoriser le travail coordonné des médecins et des inspecteurs du travail.

Garante d'un nouveau développement du droit du travail, la démocratie syndicale doit être préservée et relancée. Il nous faut reconsidérer le rôle des Comités d'hygiène et sécurité, notamment leur rôle sur l'évaluation et la détermination des conditions de travail. Le travail répétitif – contrairement aux idées reçues – reste largement répandu et favorise l'épidémie de troubles musculo-squelettiques. Les modalités du travail (ergonomies) mais aussi son organisation (tout particulièrement la pression du management) doivent faire l'objet d'une confrontation multidisciplinaire afin d'améliorer la santé physique et mentale des salariés.

Dans le même temps, la parole des salariés doit pouvoir s'exprimer dans le secret des cabinets des médecins du travail.

Parent pauvre de la médecine, la médecine du travail manque cruellement de moyens humains et financiers. Il faut libérer la médecine du travail du lien financier avec les employeurs. Actuellement, la médecine du travail est essentiellement focalisée sur la maladie plutôt que sur la santé, sur les conséquences « macros » que sur la prévention. Nous proposons la création d'un établissement public pour la santé au travail.

Il faut une politique, notamment au cours des études médicales, incitative à la pratique de la médecine du travail et à la recherche.

Le travail de nuit pour les moins de 16 ans doit être interdit. Le travail de nuit des adultes doit être réservé aux secteurs qui nécessitent une continuité de l'activité 24heures/24. L'attestation de non-contre-indication à l'exposition à des cancérigènes... doit être abrogée.

Plus dramatique encore que la santé des salariés, la santé des chômeurs, des exclus, et de tous les « sans » sera une priorité nationale.

Indemnisation

Fruit du « deal » de 1898, l'accord sur l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles ignore toujours - plus d'un siècle plus tard - le *pretium doloris* (contrairement à tous les autres systèmes : victimes de la route, d'attentats...).

S'y ajoutent la sous déclaration des accidents du travail et la course d'obstacles pour faire reconnaître les maladies professionnelles. Au point que la loi de financement de la Sécurité sociale a contraint la branche AT-MP à reverser 410 millions d'euros au régime général en

2007.

Revenons à l'accord. Il maintient la contribution de la branche AT-MP au régime général à un niveau insuffisant. Aucune mesure collective d'amélioration d'indemnisation des victimes n'est prévue. Il vise à réduire le principe de responsabilité de l'employeur en limitant la notion de « faute inexcusable » qui doublait l'indemnisation des victimes. Il pérennise le mode de gestion paritaire entre syndicats et patronat, empêchant ainsi les victimes et leurs associations de dire leur mot. Dire « leurs maux » pour définir une véritable politique de santé au travail et prévenir de nouvelles tragédies comme celle de l'amiante.

Proposition de loi

En novembre 2007, les députés communistes et républicains ont présenté une importante proposition de loi de 50 articles « visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés »

(<http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion0342.asp>).

Constatant que les obstacles structurels à la construction d'une politique de prévention des risques professionnels persistent durablement, cette proposition de loi ambitionne de lever ces verrous et de repenser les conditions de travail et par là même le travail, à la lumière des impératifs incontournables de la santé au travail et du sens du travail.

- Renforcement du rôle – en matière de prévention – de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la Sécurité sociale. Actuellement, l'entreprise qui privilégie la prévention est défavorisée au plan économique. Il s'agit notamment d'exclure les cotisations AT/MP des dispositifs d'exonération et de subordonner le bénéfice des mesures consenties au titre du développement de l'emploi des moins qualifiés au respect par l'employeur des règles en matière d'hygiène et de sécurité.
- Gouvernance de la branche AT/MP majoritairement par ceux qui financent la branche par leur travail : les salariés, et qui doivent bénéficier de son action soit sous forme de salaire, soit sous forme de prestations diverses.
- Préciser et d'élargir les obligations des employeurs en matière d'évaluation et de prévention des risques professionnels. Notamment en étendant les obligations – incombant au chef d'entreprise – de prévention et de formation aux risques à l'ensemble des salariés des entreprises sous-traitantes ou intérimaires.
- Donner aux salariés et à leurs représentants les moyens d'être acteurs de la prévention, notamment en généralisant les CHSCT, en étendant leur compétence à d'autres entreprises lorsqu'il existe une chaîne de sous-traitance ou des risques propres à une zone d'activité ou en complétant les dispositions relatives au droit de retrait du salarié s'estimant en danger.
- Faciliter la déclaration et la reconnaissance des maladies professionnelles : afin d'éviter la majoration des cotisations AT/MP des employeurs, nombre de maladies professionnelles ne sont aujourd'hui pas déclarées et sont donc à la charge de la branche maladie de la Sécurité sociale. Ces détournements, qui

se chiffreraient entre 13 et 20 milliards d'euros par an, sont facilités par le fait que le processus de déclaration de la maladie professionnelle reste vécu comme un parcours du combattant.

- Compléter et renforcer les instruments de la politique pénale concernant les infractions à la réglementation relative à l'hygiène et à la sécurité au travail, par exemple en retenant le principe de majoration des peines contre les employeurs coupables d'atteintes involontaires à l'intégrité de la personne ou d'homicide involontaire.
- Réformer la médecine du travail, outil majeur de la santé des salariés. La médecine du travail est un pilier de la santé publique. Elle participe des missions de veille, d'alerte de prévention primaire des risques professionnels auxquels est confrontée la population et dont la spécificité constitue un réel enjeu de société. Il est donc nécessaire de lutter contre la pénurie de médecins du travail qui s'annonce pour les prochaines années et d'instituer une Agence nationale de santé au travail à même de garantir l'indépendance des professionnels de santé et des acteurs de prévention vis-à-vis des prérogatives des employeurs et chargée de déterminer annuellement le nombre de professionnels nécessaire au fonctionnement optimum des services de santé au travail et de la médecine du travail.

La branche accidents du travail / maladies professionnelles présente pour particularité, par rapport aux autres branches de la Sécurité sociale, de devoir être structurellement équilibrée : au début de chaque année, le taux de cotisation employeurs est ajusté de manière à permettre d'atteindre l'objectif d'équilibre de la branche. La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles, base exclusive de financement de cette branche, couvre le champ de la prévention des risques, de la réparation des victimes et de leurs familles et enfin de l'action sociale pour le maintien et la réinsertion professionnelle des salariés victimes d'AT/MP. L'impact financier de l'ensemble des mesures proposées par les députés communistes et républicains pour favoriser la santé au travail et responsabiliser les employeurs sera donc nul pour l'Etat, puisqu'elles auront pour conséquence le réajustement des cotisations employeurs – lesquelles sont, rappelons-le, une part de salaire socialisée.

Faire de l'alimentation un facteur de santé

Dans les pays riches, cinq des sept principaux facteurs de risque de mort prématurée sont liés à l'alimentation : pression artérielle, hypercholestérolémie, surpoids, consommation insuffisante de fruits et légumes, consommation excessive d'alcool. Ainsi, l'alimentation pourrait être une piste essentielle pour prévenir l'augmentation préoccupante de l'obésité, du diabète, du cancer, des maladies cardio-vasculaires, et peut-être même de la maladie d'Alzheimer. Les coûts directs ou indirects des maladies liées à l'obésité ou au surpoids ont été évalués entre 2 et 7 % des budgets nationaux de santé publique.

L'industrie agro-alimentaire, la grande distribution, les chaînes de restauration travaillent, utilisent, modèlent les représentations au travers de la publicité pour induire des conduites conformes aux besoins du marché de l'alimentation. Il faut utiliser les mêmes armes pour valoriser les comportements conformes aux objectifs nutritionnels.

En France, l'alimentation occupe 22 % du budget des familles vivant avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté, 24 % pour les familles dont le niveau d'étude est inférieur au certificat d'étude, et pourrait atteindre 50 % dans les familles en grande précarité, contre 18 % en moyenne nationale. L'obésité est une authentique maladie de la pauvreté. Outre une surconsommation de graisse, l'éclosion du *hard-discount* s'associe à une dégradation de la qualité.

L'enjeu est de modifier les habitudes alimentaires par l'apprentissage des goûts, l'accès facile à une alimentation diversifiée, une garantie de qualité, une image positive dans les représentations, un rôle favorisant les rapports humains...

- Découverte du goût et des saveurs, intégrée dans les programmes scolaires dès l'école maternelle. Apprendre la diversité et la qualité permettant de répondre aux besoins nutritionnels. Notamment vitamines, minéraux et iode.
- Garantie d'accéder à un repas scolaire pour tous. Les programmes de distribution de repas dans les écoles et les crèches sont un des moyens de lutte très efficaces contre la malnutrition infantile.
- Allaitement maternel. Les autorités doivent absolument encourager l'allaitement maternel, qui est le meilleur moyen de lutte contre la malnutrition des nourrissons. En conséquence, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS (1981) doit être appliqué (http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf). Ces substituts doivent donc répondre à la législation du médicament et être remboursés par la sécurité sociale.
- Il faut des politiques nationales et communautaires de soutien à une agriculture familiale et paysanne, passant par la bonne rémunération du travail paysan et le développement de pratiques culturelles conciliant respect de l'environnement (alternatives aux pesticides et engrais...) et impératif de rendement.

- Il faut chercher à promouvoir la souveraineté alimentaire de l'Europe (moins de transports polluants, moins de pression à la baisse des prix et à l'uniformisation des productions et des cultures alimentaires...) et à avancer vers une certaine relocalisation de productions (polyculture...) au niveau de chaque région.
- Il faut chercher à développer des circuits alternatifs de distribution (filiales courtes, fourniture directe aux établissements publics comme les cantines scolaires ou les hôpitaux...).

Santé et environnement

« Le développement de nombreuses maladies actuelles est consécutif à la dégradation de l'environnement [...] la pollution chimique constitue une menace grave pour l'enfant et pour la survie de l'homme ». L'Appel de Paris du 7 mai 2004 à l'Unesco – signé notamment par Jean Bernard, Jean-Pierre Changeux, Jean Dausset, François Jacob, Luc Montagnier... – permet de bien situer le problème.

+ 1,36 % de cancers à âge égal, + 1 % de cancers de l'enfant, + 3,5 % de malformations congénitales... les statistiques appuient l'appel de Paris¹. À grand renfort médiatique, on nous dit que le cancer recule. Si le traitement en améliore la guérison, en revanche force est de constater que la prévention, c'est-à-dire les conditions économiques, sociales et environnementales, demeurent très en deçà des nécessités.

D'ailleurs, si le « Grenelle de l'Environnement » a ouvert près de trente chantiers opérationnels intéressants, celui de la santé et des pollutions diverses (air, eaux et sols) est très décevant. D'autant plus décevant, qu'une politique publique déterminée dans certains secteurs a démontré son efficacité. En témoigne le recul dans ces secteurs des pluies acides, la réduction des émissions d'oxyde d'azote, de gaz carbonique, de particules...

Dimension sous-estimée jusqu'à présent, l'environnement agit quotidiennement sur notre santé par le biais du milieu qui nous entoure : eau, air ou sol. Ce milieu peut contribuer à l'amélioration de la santé et à la prévention des maladies, autant qu'à la dégradation de la santé des populations. L'urbanisation et la multiplication des substances, souvent d'origine chimique et disséminées dans le milieu, comportent des nouveaux risques. Pesticides, oxydes d'azote, particules fines... favorisent de nombreuses maladies (dysfonctionnements du système respiratoire, cancers, allergies...) et même une mortalité prématurée. L'activité industrielle, l'activité agricole, le transport automobile, l'incinération des déchets ménagers (la liste n'est pas exhaustive) sont sources de pollutions massives aux conséquences graves sur la santé des salariés, des utilisateurs, des populations. L'alimentation elle-même est souvent source de pathologies graves.

Si le cas de l'amiante est le plus connu et pour l'instant le plus grave il est loin d'être le seul. Parmi les substances reconnues comme dangereuses pour la santé, citons aussi les radiations, le radon, les pesticides, les dioxines, les PCB, certains métaux lourds tel le mercure, les particules issues de la circulation automobile ou aérienne, bien d'autres encore.

Alors que la « Charte de l'environnement » reconnaît à chacun le droit « de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé », la contamination chimique et la dégradation de notre environnement mettent en danger chacun d'entre nous et même la vie humaine. L'environnement constitue un enjeu de santé publique, d'où l'apparition d'un

¹ INERIS, « Principe de précaution et évaluation des risques : la nouvelle doctrine de sécurité sanitaire », *La jaune et la rouge Revue de l'École Polytechnique*, juin 1999 - INVS, rapport cancer 2003 - période 1978-2000 France. CIRC, étude Lancet, période 1970-2000 Europe, 11 décembre 2004, vol. 364, p. 2.097-2.105 & 2.074-2.076 - Commission d'orientation du plan national santé-environnement, *Le Monde*, 14 février 2004 - Pr. Grimfeld, chef du service de Pneumologie pédiatrique à l'hôpital Trousseau, « Augmentation de la fréquence des allergies respiratoires » - *La Jaune et la rouge - Revue de L'École Polytechnique*, juin 1999.

nouveau concept – la santé environnementale – auquel se réfère le nouveau Plan national santé.

Propositions

Des mesures urgentes doivent être prises pour préserver l'environnement, la qualité de notre alimentation, de l'eau que nous buvons, de l'air que nous respirons.

Réduire la pollution atmosphérique en limitant à la source les productions de particules et de CO₂ liées au transport routier et aérien, ainsi que la diffusion dans l'atmosphère de nombreux produits toxiques (aérosols, incinérateurs...). Les incinérateurs posent un problème grave. Il faut arrêter immédiatement ceux qui émettent des dioxines et les remplacer par ceux avec des unités de traitement des fumées. L'enjeu du traitement des déchets doit faire l'objet d'une campagne nationale et d'une éducation populaire en vue de la réduction et de leur tri. Une politique publique stricte allant dans ce sens doit également s'appliquer à l'industrie et à la grande distribution. Il faut un renforcement drastique des exigences réglementaires auprès des exploitants. Le traitement des déchets est un enjeu très lourd pour une société. Il faut engager une reconquête de ce domaine par le secteur public. Les collectivités territoriales doivent en avoir les moyens.

L'eau est une ressource indispensable à la vie ; les cours d'eau, les nappes phréatiques, doivent être protégés de toute pollution industrielle ou agricole.

Assurer une alimentation saine en réduisant de manière drastique l'utilisation des pesticides, favoriser une agriculture plus naturelle, durable et non productiviste. La démocratie permettrait non seulement un contrôle citoyen, mais également une auto-éducation à une alimentation de qualité. Les OGM dangereux et inutiles doivent être interdits dans le domaine de l'agro-alimentaire.

Réparation lorsqu'une activité – quelle qu'elle soit – a provoqué un dommage.

Application du principe de prévention lorsque l'on suppose qu'une activité pourrait affecter l'environnement de manière irréversible et présenter des risques pour la santé.

Application stricte de la directive REACH, de manière à ce qu'aucune nouvelle molécule ne soit diffusée sans garantie de son innocuité sur la santé et l'environnement ; ce qui nécessite le développement de la recherche, le recrutement et la formation de nombreux chercheurs et toxicologues.

Il y a le cas particulier du nucléaire. Outre les risques d'accidents et l'épineuse question des déchets, des enquêtes qui se contredisent avec les enquêtes officielles et rassurantes signalent des cas de cancers et de leucémies à proximité des centrales. Une enquête scientifique associant les citoyens, les organisations politiques, syndicales, les associations... doit être engagée pour répondre clairement à la question.

Application en France et en Europe du principe de Meilleures techniques disponibles (MTD) dans tous les secteurs (agriculture, transport, industrie, habitat...). Évidemment, le MEDEF en France et son équivalent européen l'UNICE, guidés par de strictes considérations de

profits à court terme, s'opposent à ce concept. Pourtant, il existe dans les textes réglementaires français et européens. Son application doit être contrôlée par la puissance publique. La démocratie sociale doit y veiller.

Santé, pauvreté et exclusion

Selon les statistiques, le seuil de 2 millions de travailleurs pauvres est dépassé en 2008. À ces travailleurs occupant des emplois paupérisants, il faut ajouter les bénéficiaires des minima sociaux (RMI, AAH...), les sans-papiers.

Selon l'Observatoire des inégalités, la France compte entre 4 et 8 millions de pauvres. Et ce n'est plus un secret que l'espérance de vie dépend de la condition sociale (50 ans pour les gens du voyage...).

Or, si on ne peut pas affirmer qu'il y ait des « maladies de pauvres », il est démontré depuis longtemps que les inégalités socio-économiques se traduisent par un effet spécifique sur la mortalité et la morbidité des plus démunis.

Se développent des maladies du mal-logement (pathologies respiratoires à répétition concernant les adultes et les enfants, problèmes dermatologiques comme la gale, saturnisme, tuberculose...), des conditions pénibles de vie et de travail (dépression, phobies, angoisses, agressivité...), de la malbouffe (obésité, comportements alimentaires à risque...), de l'isolement (un taux de suicides élevés chez les personnes âgées). Sans parler des problèmes dentaires majeurs chez les adultes et les enfants, des grossesses à risques, des naissances prématurées...

L'incertitude de l'avenir, l'instabilité financière chronique, les obstacles administratifs à faire reconnaître des droits, la lenteur des procédures... ont comme corollaires une souffrance psychique et des pathologies psychiatriques, les plus souvent non suivies médicalement.

La paupérisation amène de nouvelles formes de vulnérabilité et de précarité sociale et sanitaire et met en lumière des fragilités gérables dans des conditions de vie normale. La dégradation des conditions matérielles de vie conduit à une dégradation de l'accès aux soins.

En effet, face à un symptôme la tendance est à procrastiner la consultation. Quand les conditions matérielles sont difficiles, s'occuper de son corps et de sa santé n'est pas une question prioritaire. On recourt au médecin quand le trouble devient un handicap ou à l'arrivée d'un accident...

À ce non-souci de soi s'ajoute la difficulté d'accéder aux soins du fait

- des dépassements d'honoraires. Selon le rapport d'information² présenté par le député Marc Bernier en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire « la DREES (2,3) estime qu'un tiers seulement des contrats d'assurance maladie complémentaire prennent en charge les dépassements. Compte tenu des taux de ces prises en charge, un récent rapport de l'IGAS considère que « lorsque les dépassements excèdent de 50 % les tarifs opposables, il est probable que la majorité de la population n'est pas couverte » ;

² <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp>

- de l'avance des frais et du ticket modérateur³ ;
- de la faible prise en charge des lunettes, des prothèses dentaires, radiologies même pour des personnes bénéficiaires de la CMU ((ou l'AME pour les étrangers en situation irrégulière) ;
- de la non-couverture par une complémentaire santé (mutuelle) car les ressources pourtant basses (comme l'Allocation adulte handicapé) peuvent dépasser le seuil ;
- de la méconnaissance des droits et des structures ;
- de l'absence de preuve de présence en France depuis au moins trois mois ;
- du non-renouvellement des droits ;
- d'une mauvaise expérience dans le système de soins et d'accès aux droits ;
- de la barrière linguistique ;
- du refus de soins et de médicaments de certains professionnels de santé.

Le dépistage des maladies est alors tardif, ce qui peut aggraver une pathologie et dans certains cas mettre en danger la santé de la collectivité (tuberculose par exemple).

Selon le baromètre IPSOS /SPF de septembre 2008, 39 % des Français ont renoncé à un soin ou l'on retardé en raison de son coût. Et 30 % affirment n'avoir pas les moyens pour accéder à une alimentation saine et équilibrée. Les soins mis de côté en priorité sont : l'achat de prothèses dentaires (31 % des personnes interrogées), l'achat de lunettes ou de lentilles de contact (29 %), une consultation chez un spécialiste (24 %), un dentiste (23 %), un ophtalmologiste (19 %), l'achat de médicaments (18 %), des radios ou analyses en laboratoire (16 %), une consultation chez un généraliste (14 %), chez un psychiatre ou psychologue (11 %)⁴.

Propositions :

- Le budget de la santé publique doit, sans attendre, être fortement augmenté pour répondre aux enjeux de la situation sanitaire collective que créent les situations de précarité.
- Un Observatoire de la prévention et de l'éducation à la santé doit être mis en place, qui soit en lien avec l'institut de veille sanitaire et les agences de sécurité sanitaire ainsi qu'avec les structures d'aide et de soins aux plus démunis (Médecins de monde, UNIOPSS...).
- Il faut créer une mission interministérielle avec des objectifs opérationnels qui doivent prendre en compte tous les déterminants de la santé (travail,

³ *Ibidem.*

⁴ http://www.secourspopulaire.fr/actualite.0.html?&cHash=2b61d18797&id_actu=1973

logement, environnement). Elle doit mettre en place des structures d'éducation à la santé au plus près de la population.

- De nouveaux métiers de santé publique (médiateurs, infirmiers, conseillers auprès des professionnels de santé...) doivent être proposés et initiés.

Mesures urgentes :

- Instaurer une seule couverture médicale universelle incluant l'AME , aligner le plafond sur le seuil de pauvreté et tendre vers une prise en charge unique par la Sécurité sociale.
- Supprimer l'obligation d'une domiciliation au profit d'une adresse postale.
- Informer les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et tous les professionnels en contact avec des populations vulnérables, sur les couvertures maladies des personnes en situation de précarité.

La perte d'autonomie de la personne âgée.

L'espérance de vie augmente d'un an tous les quatre ans. Dans 30 ans, 1/3 de la population aura plus de 60 ans. Une femme sur deux devrait atteindre les 100 ans. Cela a pour effet une transformation en profondeur du vécu de la retraite, de la place et du rôle des retraités dans la vie sociale et économique. Leur présence active est bénéfique pour notre société. Nul doute que le rôle social, économique, politique des retraités est largement sous-évalué, qu'il s'agisse de leurs dépenses quotidiennes, des investissements qu'ils réalisent (immobilier, tourisme et loisirs par exemple), de l'épargne dont certains disposent. Or, cette spectaculaire évolution est associée à une augmentation de la fréquence de la perte d'autonomie qui est devenue un enjeu de santé publique et de société.

Prévenir et dépister la maladie d'Alzheimer

L'âge (essentiellement supérieur à 65 ans), les antécédents familiaux de maladie d'Alzheimer, des antécédents personnels de dépression ou de traumatisme crânien, la perte de l'ouïe, le diabète, l'hypertension artérielle, sont considérés comme facteurs de risque. De 860 000 personnes en 2004, ce chiffre pourrait atteindre 1,3 million en 2020 et 2,1 millions en 2040. Il y a environ 225 000 nouveaux cas par an. Cela appelle une politique publique offensive articulant prévention, dépistage, et prise en charge solidaire permettant d'accéder à une vie la plus ambulatoire possible. Cela appelle une pluralité dans l'offre de service proposée au titre de la dépendance et une prise en compte des spécificités grâce à l'élaboration d'un projet de vie personnalisé.

Un consensus semble se dégager sur les vertus protectrices de l'activité physique ou intellectuelle, de l'intégration sociale et d'une alimentation équilibrée. De ce point de vue, on peut dire que la prévention est synonyme de société de bien-être. De nombreuses civilisations accordaient à la personne âgée un rôle social : la sagesse. Dans notre société dominée par la rentabilité, elle dérange. Une étude démontre que 70 % des personnes âgées souffrent de solitude. La logique comptable a conduit à supprimer de nombreux emplois du lien social : le gardien d'immeuble, l'agent EDF-GDF, le facteur... C'est tout le vivre ensemble qui s'en trouve détérioré. Les personnes âgées en sont les premières victimes.

Permettre à la personne âgée de se déplacer pour faire son marché, voir ses proches... passe par des transports publics aux trajets adaptables, voire par des véhicules individuels publics. Des maisons de services publiques de proximité permettraient de simplifier les démarches administratives.

Le remboursement à 100 % des dépenses de santé, notamment des prothèses dentaires, auditives et des lunettes est une urgence en terme de prévention.

Le médecin de famille, qui connaît la personne dans son environnement (habitat, social, familial...) devrait être au cœur du dispositif de dépistage. Cela passe par une revalorisation de sa place : temps d'une consultation, formation....

Prise en charge de la perte d'autonomie

Privilégier le maintien à domicile

Actuellement, le maintien à domicile est largement à la charge des familles, tant sur le plan organisation que sur le plan financier. C'est même devenu un authentique marché, par définition inégalitaire. Pourtant, le maintien à domicile est plus confortable pour les personnes et leurs proches à la condition d'une véritable organisation de soins et de services. Celle-ci serait plus efficace médicalement et moins coûteuse. **Le maintien à domicile doit être pris en charge par la solidarité.**

Organisation des services publics et moyens humains

L'aide aux repas, à la toilette, à la mobilisation... autant de missions médicales qui devraient être assurées par du personnel qualifié, formé dans le cadre d'une filière gériatrique. Elles doivent être assurées par le système public de santé (hospitalisation à domicile, centre de santé...).

Le développement de la domotique⁵ sera dans les années à venir un outil considérable pour aider la personne âgée dans ses activités quotidiennes et éviter l'hospitalisation. La domotique doit être prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale sur prescription médicale.

Des logements adaptés aux personnes en perte d'autonomie doivent exister au cœur de la cité. D'emblée, la conception de l'habitat devrait prendre en compte ces données. De ce point de vue, le logement social doit être un droit universel reconnu et placé sous la responsabilité d'un service public.

Toutes les institutions intervenant auprès des personnes âgées dans le cadre du service public doivent être mises en réseau, établissant ainsi une synergie de nature à améliorer la qualité du service rendu aux personnes âgées, à leurs aidants et aux familles.

De nouveaux services publics doivent être créés pour favoriser l'aide au maintien au domicile des personnes âgées dépendantes.

Un programme pluriannuel de création d'emplois et de formation nécessaires pour combler le déficit en structures d'accueil et en personnel qualifié doit être établi. Selon l'étude Handicap, incapacité, dépendance (HID) réalisée par l'INSEE, on pourrait assister de 2005 à 2025 à une croissance de près de 35 % du nombre de personnes âgées dépendantes, et ce, pour les seules personnes dépendantes de 75 ans ou plus. Et le centre d'analyse stratégique considère que pour répondre à cette offre, 350 000 postes devraient être pourvus dans ce secteur à raison d'au moins 35 000 postes par an.

Développer de nouveaux métiers de la vie sociale devient une nécessité: on peut être dépendant et aimer aller au cinéma, faire du sport... autant d'éléments essentiels à la qualité de vie et à la prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie. Du personnel qualifié pourrait contribuer à ces activités.

⁵ La domotique est l'ensemble des technologies de l'électronique, de l'informatique et des télécommunications utilisées dans les habitations visant à automatiser des tâches en les programmant ou les coordonnant entre elles. La domotique vise à assurer des fonctions de confort (comme les sièges pour monter les escaliers), de gestion d'énergie (comme la programmation du chauffage) et de communication (comme les commandes à distance), de sécurité (comme les alarmes).

Développer les Établissements d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Structures souples, de proximité, intermédiaire entre le maintien à domicile et l'hospitalisation, les EHPAD doivent être multipliés. Elles permettent un accueil diversifié : accueil de jour, accueil temporaire... Leurs moyens humains et financiers doivent être décuplés. Il faut passer d'un ratio de personnel de 0.4 pour 1 à un ration de 1 pour 1. Il faut privilégier les structures à taille humaine, et non comme actuellement des structures de 90 à 100 places pour des critères de rentabilisation.

L'hospitalisation facile d'accès

Privilégier le maintien à domicile passe par une facilitation de l'accès à l'hôpital. Soit pour raisons médicales, soit par besoin des « aidants ». Il faut créer des lits d'hospitalisation publics de courts séjours pour prendre en charge toutes les personnes ne pouvant rester à domicile et faciliter les hospitalisations de courtes durées (heures, jours, week-end, vacances...). Les réseaux hôpital / ville faciliteraient le passage du domicile à l'hôpital. Cela nécessite la relance de l'hôpital public. L'argent existe, en France, pour que les personnes âgées aient accès aux services de soins médicaux spécialisés.

Lorsque l'hospitalisation de longue durée devient indispensable, elle ne peut être à la charge des familles ni en ce qui concerne la recherche de place, ni en ce qui concerne son financement. La pénurie de places de lits de long séjour est dramatique. C'est un boulevard pour le privé, souvent hors de prix, parfois dépourvu d'éthique et trop souvent sous-médicalisé. À tel point que la possibilité ouverte par le plan hôpital 2007 de vendre des « morceaux » d'hôpital public à l'hospitalisation privée se traduit par l'ouverture au sein même des hôpitaux de structures privées pour personnes âgées dépendantes. Cette marchandisation de la vie de la personne âgée est immorale, anti-déontologique, et contraire à la loi de la République : l'égalité. Il faut y mettre un terme en urgence en créant des lits en longs séjours ainsi que des lits de soins de longue durée.

Prise en charge à 100 % de l'hospitalisation en long séjour et plus globalement de l'ensemble des prises en charge des personnes âgées. Les frais d'hébergements doivent être inclus dans la prise en charge.

La recherche

Les moyens humains et financiers doivent être dégagés pour comprendre la maladie, la dépister précocement, proposer d'éventuels traitements préventifs... Mais les progrès sur un sujet particulier sont indissociables des progrès en biologie fondamentale, en chimie organique, en physique... La politique actuelle concentrant les moyens publics sur des créneaux spécifiques, le plus souvent soumis aux besoins de l'industrie pharmaceutique, est incompatible avec des progrès substantiels et globaux. Il faut rétablir les liens entre Hôpital et Université, entre Hôpital et Recherche pour assurer la qualité de la mission du service public, le sens de l'égalité, toutes ces caractéristiques qui ont fait la force de l'Hôpital public.

Financement solidaire de la perte d'autonomie

La prise en charge de la perte d'autonomie, quels que soient l'âge auquel elle survient et la raison de survenue, doit être assurée dans les mêmes conditions que n'importe quelle autre maladie au titre de la solidarité intergénérationnelle. Cela s'oppose à la création d'une 5^{ème} branche. Elle doit relever de la solidarité nationale par la Sécurité sociale. L'APA doit être revalorisée. Cela implique nécessairement un financement à la hauteur des besoins, c'est-à-dire de nouvelles ressources. C'est pourquoi il nous semble crucial d'inverser la logique actuelle et de faire des besoins exprimés la pierre angulaire de la réflexion, au lieu de partir des financements actuellement disponibles.

Si l'échelon départemental semble être le meilleur en matière de gestion des ressources, il engendre inmanquablement des disparités dans la prise en charge des besoins. C'est pourquoi nous maintenons la proposition d'une réglementation applicable sur tout le territoire national et la co-gestion de l'APA par les départements et la Sécurité sociale.

Pour répondre aux besoins croissants, il paraît important de renforcer les moyens financiers dont dispose la Sécurité sociale en revenant notamment sur les exonérations de cotisations sociales dont bénéficient les employeurs et dont les effets pervers sont connus. Celles-ci atteignaient 200,1 milliards d'euros en montant cumulé de 1991 à 2006, dont 31,2 milliards n'ont jamais été compensés. D'autres sources de financements sont envisageables, en relevant substantiellement par exemple la taxe symbolique instaurée sur les stocks-options, sans oublier les parachutes dorés, ou en créant une cotisation sur l'ensemble des revenus indirects du travail.

À l'heure actuelle, notre législation privilégie les gros revenus, avec les 254 niches fiscales et le bouclier du même nom. Nous sommes opposés à toute proposition d'une hausse des prélèvements obligatoires pour assurer le financement de la dépendance. Cette logique s'oppose frontalement à la politique ultralibérale de N. Sarkozy. Outre le transfert sur les malades d'une part de plus en plus importante des dépenses de santé (franchises médicales, forfaits...), il y a une individualisation du « risque dépendance » avec le recours à l'assurance privée. Bien que le gouvernement nie l'évidence, il est envisagé un retour *de facto* de la récupération sur succession en matière d'APA et peut-être également sur l'Allocation compensatrice de tierce personne (ACTP) et la prestation de compensation du handicap (PCH), qui entraînerait un refus de solliciter cette aide de la part des personnes soucieuses de léguer un petit héritage à leurs enfants. Les propos de N. Sarkozy en septembre 2007 et le rapport Vasselot proposent d'ailleurs de prendre des mesures pour empêcher que le bénéficiaire n'organise son insolvabilité. Il vise en particulier les donations en préconisant d' « instaurer un rappel des donations effectuées jusqu'à dix ans avant l'entrée dans le dispositif ». La création d'une prise en charge de la dépendance à deux vitesses est initiée : les bénéficiaires auraient le « choix » entre une APA récupérable sur succession et une APA non récupérable mais réduite. La prise en charge de la dépendance est livrée aux appétits du secteur privé marchand sous l'égide de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) par l'organisation d'un « partenariat public-privé » avec les organismes de prévoyance individuelle et collective : mutuelles, assurances...

La prise en charge de la perte d'autonomie ne doit pas être extraite de la Sécurité sociale. Nous remettons en cause l'existence de la CNSA. En effet, celle-ci constitue l'amorce d'une protection distincte pour les personnes âgées et les personnes handicapées contraire aux

principes de l'assurance-maladie qui a vocation à couvrir tous les besoins de toutes les catégories de population. Cette volonté de mettre en œuvre un financement spécifique pour la dépendance et le handicap remet en cause le principe de solidarité entre bien-portants et malades, entre les cotisants et les autres.

Les conduites addictives

Les grands problèmes de Santé publique sont liés à l'usage excessif du tabac, de l'alcool, de substances psycho actives responsables de milliers de décès chaque année. Des drogues licites comme l'alcool ont été reconnues aussi néfastes que des drogues illicites comme l'héroïne. L'heure n'est plus à parler des drogues en les différenciant et en les mettant en concurrence mais à les approcher dans leur globalité. De même l'approche de l'individu doit être globale, dans sa diversité. De plus en plus la société doit faire face à des individus polyaddicts consommateurs d'alcool, de tabac, de produits psychotropes et de drogues illicites.

Une grande loi de Santé publique déclinant les addictions est nécessaire aujourd'hui.

En premier lieu il faut abroger la loi de 1970 qui prétendait éradiquer l'usage des drogues. Elle n'a rien réglé. Au contraire, en criminalisant les consommateurs et en éloignant les usagers des dispositifs d'accueil et de soins, elle s'est avérée dangereuse.

Une politique de Santé publique doit asseoir sa stratégie sur des piliers fondamentaux comme la prévention, la réduction des risques, la prise en charge et le soin, l'adaptation du système juridico policier.

La prévention doit être une priorité nationale et doit accompagner l'individu tout au long de son parcours. La prévention des addictions doit se décliner au quotidien. Aussi bien au cours de la scolarité (de l'école à l'université) que pendant la vie active au travail, en formation, en reclassement, ou période d'interruption du travail quelle qu'en soit la cause. Ainsi que dans la cité, le quartier, l'escalier...

Une stratégie de réduction des risques doit se décliner au cours de l'accompagnement des personnes dépendantes. Des politiques novatrices doivent être mises en place, déclinées dans le cadre de chaque addiction. Par exemple : multiplier par deux le nombre de seringues mises à disposition des usagers de drogues par voie intra veineuse, rendre beaucoup plus accessible le petit matériel d'injection en augmentant les programmes d'échanges de seringues et les lieux de distribution. En aucun cas l'abstinence doit être le préalable à la prise en charge d'un usager quel que soit le niveau de dépendance à l'entrée dans le parcours de soins.

Le dispositif de soins pour personne dépendante, sous doté en France, doit voir son nombre de places augmenter de manière importante pour offrir, à toutes les personnes souffrant d'addiction, les moyens d'une prise en charge adaptée. Il faut conserver la gratuité et l'anonymat pour ces personnes. Il faut tirer les leçons de l'échec des politiques répressives en France. La loi réprime dans les mêmes termes l'usage simple, la revente, le trafic, l'importation. Cette confusion est préjudiciable. Elle diabolise les usagers au lieu de les aider à rentrer dans un parcours de soins.

La nouvelle loi, respectant l'usage privé des drogues, doit inclure une politique de réduction des risques dans le système juridique en soutenant le principe de l'OMS concernant l'équivalence des traitements des pharmacodépendances en milieu carcéral et dans la collectivité. Elle appuiera les initiatives qui permettent de concrétiser ce principe : les détenus doivent recevoir l'information sur les risques entourant l'utilisation de produits susceptibles de provoquer des dépendances et leurs méfaits (notamment l'alcool, le tabac, les drogues, le partage des seringues...). La loi doit permettre la distribution en milieu

carcéral de condoms, du matériel à injection (seringues, filtre, cuiller), la création d'ateliers pédagogiques pour informer sur les conduites à risques en général.

« Il n'y a pas de société sans drogue » comme le souligne la mission interministérielle des drogues et toxicomanie. Il est temps d'ouvrir un grand débat public, sans tabou, sur la place des drogues dans notre société, les moyens d'en limiter les abus, les dommages et ceux à mettre en œuvre pour prendre en charge les dépendances, dans le respect de l'individu.

Il est temps également de tourner le dos à la répression et d'inverser l'actuelle répartition des moyens mobilisés pour consacrer à la prévention et aux soins les 80 % consacrés aujourd'hui à la répression.

Le handicap

L'ambition d'une politique transversale et intégrée du handicap

Pour mémoire : « Une personne en situation de handicap est une personne qui, du fait d'une incapacité temporaire ou permanente, ne peut franchir une barrière environnementale (architecturale, sociale, économique, voire réglementaire) au même titre que les autres citoyens. » (OMS)

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

Il s'agit d'une question sociétale au sens où la question des représentations nous touche tous et, pour y remédier de manière définitive, il est nécessaire de sortir le handicap de l'isolement. C'est pourquoi, nous pensons nécessaire de l'inscrire dans une politique engageant tous les secteurs de la société.

Vivre comme tout le monde avec tout le monde, choisir librement son mode de vie : voilà ce que revendiquent les personnes en situation de handicap et leurs proches. Des revendications qui impliquent que la société agisse sur l'environnement mais aussi qu'elle mette en place des réponses adaptées et individualisées. Des revendications qui nécessitent que les personnes en situation de handicap aient des moyens d'existence décents (allocations adultes handicapés à hauteur du SMIC). Des revendications pour un objectif qui se résume simplement : une personne en situation de handicap est avant tout un citoyen, et de fait, elle doit avoir accès aux droits fondamentaux accordés à chacun.

Il s'agit d'une nouvelle conception de la politique en matière de handicap. Il y a besoin de transversalité car le handicap touche tous les domaines de la vie : pouvoir d'achat, emploi, logement, formation, éducation, sports, loisirs, culture... Et, bien sûr, l'accessibilité !

Aucune avancée significative ne verra le jour si elle n'est pas construite par les intéressés. Tous les acteurs de la société doivent prendre en compte cette réalité et travailler avec toutes les associations, les personnes en situation de handicap, afin de les associer à toutes les prises de décision, à tous les niveaux. La vie ensemble passe par la démocratie participative et non par la discrimination !

Inégalités de santé dans le monde

Le droit à l'accès à la santé est l'un des droits fondamentaux que le système capitaliste ne garantit pas. L'accès universel à ce droit est un objectif fondamental. Il constituerait un progrès majeur pour l'humanité. Cela suppose d'élever au rang de priorité mondiale la lutte contre les inégalités en matière de santé (inégalités Nord-Sud mais aussi inégalités multiples à l'intérieur des pays riches).

I - Sous le règne du capitalisme, les populations non solvables ne sont pas soignées

Les « maladies négligées » sont les maladies considérées comme non rentables économiquement par les laboratoires pharmaceutiques privés, parce que concernant des populations non solvables. Comme ce sont ces laboratoires, dans la pratique, qui mettent en place les politiques de recherche et de développement des médicaments dans le monde, le fossé s'est élargi ces 15 dernières années entre les maladies « rentables » et les autres.

Le paludisme, maladie infectieuse, véritable « arme de destruction massive », tue un enfant toutes les 30 secondes, entraîne chaque année le décès d'un million d'enfants (3 000 décès d'enfant de moins de 5 ans chaque jour en Afrique subsaharienne). Des moustiquaires imprégnées préviendraient la contamination. Les familles n'en ont pas. Un accès rapide au traitement permettrait de réduire la mortalité de la maladie. Les médicaments ne sont pas disponibles. Il est envisageable que la vaccination pourrait être efficace. Pourtant, il n'existe que peu d'études sur ce point. Comme le paludisme, la trypanosomiase, les onchocercoses, les leishmanioses, les bilharzioses, et autres maladies parasitaires tropicales sont ignorées par les politiques publiques internationales et par l'industrie pharmaceutique.

La tuberculose, quasiment éradiquée des pays riches, devient aussi une maladie négligée. Ceci pourrait avoir un « effet boomerang » à l'avenir. D'ailleurs, d'ores et déjà, une recrudescence de cette maladie, dans des formes graves et résistantes au traitement habituel, est actuellement observée.

La recherche sur les maladies des populations non solvables n'est pas rentable au yeux du monde des affaires, de la loi du profit immédiat et de la finance. Les pays concernés n'ont le plus souvent pas les moyens de développer leurs propres recherches. Le scandale des brevets empêchant la production des médicaments par les pays émergents eux-mêmes doit être stoppé.

L'OMS, insuffisamment financée, ne peut mettre en œuvre une politique mondiale de santé équitable.

Deux exceptions, cependant : le sida et la grippe aviaire. Le développement des échanges internationaux fait craindre aux gouvernants des pays dits du Nord une contamination des populations en provenance des pays déshérités. Aussi, une certaine coopération se met « timidement » en place. La grippe aviaire est une zoonose (maladie des animaux) potentiellement transmissible à l'Homme et surtout transmissible entre individus. Dans ce

cas, il s'agira d'une pandémie aviaire. Elle bénéficie, depuis quelques années, de l'intérêt de la Banque mondiale qui finance des recherches développées grâce à l'OMSA (Organisation mondiale de la santé des animaux).

L'OMSA a mis en place des structures de dépistage, de déclaration et de vaccination des volailles, débouchant en cas d'obligation de destruction des élevages sur une indemnisation, faute de quoi il n'y aurait aucune collaboration au dépistage.

Pour les volailles, il existe des vaccins efficaces ; la coopération avec l'OMSA fonctionne bien, selon le site de celle-ci, particulièrement au Viêt-Nam et en Côte d'Ivoire, mais c'est loin d'être le cas partout.

En cas de pandémie, des médicaments anti-viraux – dont le plus connu actuellement est le TAMIFLU –, seront nécessaires. Mais là encore : « les malades sont au Sud, les médicaments au Nord ».

Des études ont montré que, en cas de pandémie, céder seulement 10 % des stocks d'antiviraux aux pays pauvres permettrait de retarder de 6 à 9 mois l'arrivée de la maladie dans les pays qui détiennent ces médicaments, le temps de fabriquer un vaccin à partir de la souche responsable. Ce serait en effet le délai nécessaire pour élaborer un vaccin dès qu'une souche est isolée. C'est dire que non seulement la solidarité est morale mais encore qu'elle est indispensable pour tous.

II – Le développement des pays pauvres et la paix : la voie de la prévention

Les causes d'inégalité de santé dans le monde sont liées évidemment au niveau économique de chaque région du globe, au système de soins des pays, mais aussi à la paix ou à la guerre et à l'occupation. On peut citer par exemple la Bande de Gaza, où il y a non seulement chaque semaine des morts par « incursions » ou bombardements de l'armée israélienne, mais surtout beaucoup de morts indirectes à cause du siège qui empêche la fabrication régulière d'électricité (donc d'eau potable, réanimation interrompue dans les hôpitaux...), qui interdit l'entrée des aliments, des médicaments, du carburant...

III - Les pays riches sont donc condamnés à la solidarité !

Au plan mondial, cela suppose notamment la création et le développement des systèmes de préventions et de soins et de protection sociale pour tous. L'extension des systèmes favorisant l'égalité face aux risques et la gratuité des soins constituent une priorité. Les services publics ont sur l'ensemble de ces dimensions un rôle prépondérant à jouer.

En matière de recherche, il faut investir davantage et constituer, au plan national, européen et mondial, des pôles publics, capables de mutualiser les moyens, par exemple pour le développement des recherches sur les maladies rares.

Concernant le médicament, il faut immédiatement multiplier les exceptions aux règles de la propriété intellectuelle. Et, il faut revoir profondément les systèmes de brevets et de commercialisation médicale, limiter les pouvoirs de l'industrie pharmaceutique face aux États, contraindre celle-ci à répondre aux immenses besoins, qu'il s'agisse de la lutte contre les grandes épidémies ou de l'accès aux soins des populations démunies.

La lutte contre les grandes maladies, notamment le sida, le paludisme et la tuberculose, doit constituer une priorité majeure des organisations internationales et des États. Les ravages humains et sociaux mettent en effet en péril le développement présent et à venir des pays

pauvres, et déséquilibrent les États et les sociétés de nombreux pays du Sud et d'Asie.

Les avancées des dernières années, notamment la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, sont loin, très loin de répondre aux besoins, et leurs résultats sont décevants.

L'OMS devrait être dotée de moyens élargis pour développer les grandes campagnes de santé publique, l'aide à l'émergence de systèmes de santé et le développement de systèmes de protection sociale. Ces programmes mondiaux devraient être concomitants avec les mobilisations contre les grandes épidémies.

La création d'une caisse de sécurité médicale, celle aussi d'un fonds thérapeutique international, la mise en conformité avec la convention sur la biodiversité des Nations Unies de 1990, permettraient – comme les grandes puissances savent le faire pour sauver la finance – , de mutualiser les moyens pour sauver des millions de vies.

Assurer l'égalité territoriale

- Défense et relance des hôpitaux de proximité : pilier du système de santé, l'hôpital public est, outre sa capacité d'accueil et de soins, un lieu de partage des connaissances et de recherche, une structure de coordination des activités sanitaires (soins, réseaux, prévention), de prise en charge des plus démunis... La fermeture des hôpitaux de proximité, entraîne non seulement un transfert sur les établissements privés de proximité (comme l'ont déjà montré toutes les fermetures réalisées), mais également une faille dans le maillage sanitaire, dans l'attractivité de certains territoires. La fermeture d'un hôpital conduit aussi à une perte d'intérêt des métiers de médecine ambulatoire.
- Plan de lutte contre la pénurie de soignants (voir ci-après Pénurie de soignants)
- Développement des structures de proximité : maisons et centres de santé
- L'excellence en matière de soin ne peut se réduire à la qualité d'un acte technique. Connaître la personne dans son intégralité (histoire, famille, travail, habitat...) est la condition d'une prise en charge d'excellence. C'est la mission du médecin de famille. Les soignants comme tous les autres citoyens aspirent tout à la fois à la qualité de leur engagement professionnel et à celle de leur vie personnelle. La désertification a des effets en chaîne. Notamment, l'isolement face au malade et les contraintes de gardes de nuit et de week-end. Le développement de structures de proximité à échelle humaine, comme peuvent l'être les maisons ou les centres de santé, contribuerait à relancer l'installation dans des zones « difficiles ».
- Mesures pour inciter les médecins à s'installer en zone rurale et péri-urbaine : l'environnement médical (hôpital de proximité, centres de santé...) devra s'articuler à la relance des zones rurales et péri-urbaines. L'isolement – non seulement médical mais aussi en terme d'éducation, de culture de transports... – de ces zones participe de leur faible attractivité. Là encore, c'est d'une vision globale et dynamique de la société dont il s'agit. La fermeture d'une ligne de chemin de fer « non rentable » induit un enclavement dont les conséquences sont multiples. Dans le même temps des mesures immédiates seront prises pour favoriser l'installation : logement, primes, rémunération...

Lutter contre la pénurie de soignants

Une logique absurde – « en baissant l'offre on baissera la demande » – a conduit à réduire les lits d'hospitalisation de 573 000 en 1986 à 439 000 en 2006. Alors que les concours d'entrée dans les différentes formations de soignants diminuaient drastiquement, l'OMS alertait, dès 1985, sur la pénurie de soignants prévisible pour les années 2000. Il est pourtant facile d'imaginer que ce n'est pas en supprimant les garagistes que l'on évite les pannes de voitures !

La pénurie de soignants est devenue un argument pour réduire le service de soins. Cette pénurie organisée – qui fût dès les années 1980 dénoncée par le PCF – va s'aggraver avec les départs en retraite dans les 10 années à venir. Elle touche toutes les professions, et particulièrement les médecins généralistes.

Pour lutter contre cette pénurie, il faut ouvrir largement les formations (au moins 10 000 médecins, 40 000 infirmières par an...), revaloriser les professions de médecins généralistes et des soignants (infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes...), améliorer les conditions d'exercice et revoir les modes de rémunérations.

- Suppression des concours d'entrée (*numerus clausus*) pour les soignants.
- Mesures incitatives aux études de soignants : financement et rémunération au cours des études en échange de 5 années de travail dans le service public ou dans les zones de déserts médicaux (comme la France a su le faire pour la profession d'enseignant). Il faut les mêmes mesures dans les écoles de kinésithérapie, et toutes les autres professions de santé.
- Promotion de ces professions : rencontre dans les lycées, visite du salon infirmier, stages professionnels dans les hôpitaux et chez les médecins de ville...
- Il faut rendre attractives ces professions : salaires, logement de fonction, crèches dans les hôpitaux pour tous les agents (même les médecins, les CDD, les fonctions externalisées...); il faut ouvrir une réflexion sur le temps de travail en particulier pour la nuit et pour les week-end travaillés, et sur les gardes des médecins.
- Il faut faciliter le déroulement de carrière par progression interne, notamment en valorisant les acquis professionnels.
- Revalorisation de la profession d'infirmier et de sage-femme par l'intégration de leurs études dans le cursus LMD.
- Un débat national avec les syndicats, usagers, élus... sera ouvert sur l'opportunité de créer de nouvelles professions de santé avec par exemple des statuts à prescription et responsabilité limitées.

Médecins à titre étranger

La formation est variable selon les pays et ce, quels que soient les continents, pour l'obtention de titres équivalents. La longueur des études peut être variable, les pratiques apprises dissemblables.

Pourtant les diplômes de l'UE sont équivalents aux diplômes français, permettant aux médecins de ces pays d'exercer en France dans les mêmes conditions que les Français, tandis que les médecins ayant fait leurs études hors UE, n'ayant pas l'équivalence de leurs diplômes, se retrouvent victimes de discriminations, avec des sous-statuts comme celui d'assistant attaché, précaires et sous payés – certains de ces sous statuts allant jusqu'à refuser le droit à la formation continue professionnelle !

1. L'égalité devant l'accès aux soins impose de garantir aux malades les compétences équivalentes des médecins. Nous sommes dans un contexte qui tend vers une médecine différenciée selon les revenus. Dans ce contexte certains pourraient se satisfaire d'affecter aux plus pauvres, à moindre coût, des médecins avec des sous-statuts, moins payés et dont la qualification n'a pas été vérifiée.

2. Les sous-statuts attribués aux médecins étrangers deviennent la norme pour les médecins qui ont fait leur cursus en France : comme toujours le bas tire vers le bas.

3. La France justifie le concours d'entrée en médecine (fin de première année) et celui de la spécialité (ex internat fin de 6^{ème} année) par la régulation des besoins en soignants (*numerus clausus*). De nombreux étudiants ont été rejetés de ce métier, avec une discrimination sociale renforcée par la possibilité pour certains de profiter de filières de formation à l'étranger. 4. En situation de pénurie de médecins il faut que la France se donne les moyens d'en former en grand nombre. Parallèlement à la suppression du *numerus clausus*, la formation et/ou la reconnaissance de leur qualification des médecins exerçant actuellement à titre étranger en France augmenterait le nombre de médecins disponibles de plusieurs milliers à court terme. 5. À ces médecins originaires de pays hors UE, qui ont rendu service à la France pendant plusieurs années à faible coût, la France doit permettre d'acquérir une formation en retour.

Il y a une situation de crise à régler et des mesures pérennes à proposer pour ne pas se retrouver avec la même situation dans 5 ans.

Mesures de crises :

Évaluation des compétences reposant sur

1. Examen de médecine générale pour tout le monde ;
2. Examen de spécialité pour les spécialistes.

Examen anonyme et non un examen sur titres qui est toujours plus contestable...

Pour ceux qui réussissent : même statut, même salaire. Pour ceux qui échouent : proposition d'une formation sur deux ou trois ans en échange d'une rémunération par l'État du niveau du revenu (en médecine le salaire est très loin de couvrir les revenus qui sont parfois jusqu'à 50 % assurés par les gardes) annuel de l'année précédent le départ en formation.

Mesures pérennes :

Mettre un terme aux multiples statuts d'internes : FFI, AFSA...

Ouvrir l'examen de fin de 6^{ème} année aux étudiants étrangers. Ces étudiants passeraient donc l'examen de la filière française et seraient admis ou pas, mais en amont des études.

Enfin, un moratoire sur le numerus clausus à l'entrée des études médicales lèverait la difficulté liée à l'existence des concours.

L'hospitalisation

I. L'HÔPITAL PUBLIC

Quel hôpital public voulons-nous ? Un service public qui réponde aux besoins de la population, quels que soient ses revenus, son âge, son lieu d'habitation, sa pathologie.

Chacun peut constater personnellement ou au travers de la situation d'un proche combien il est devenu difficile d'accéder à une consultation hospitalière, d'obtenir un rendez-vous de scanner ou d'IRM, de faire hospitaliser une personne âgée.

Comment est-on passé d'un hôpital public d'excellence – véritable fleuron du système de santé – à cette situation de crise en moins de dix ans ? Faire ce diagnostic est indispensable pour sauver l'hôpital public. Plus : il permet de dégager des propositions à court et à long terme.

La clé de voûte de l'argumentation qui fût et qui est toujours la base de la dégradation repose sur trois arguments : la pénurie de soignants, l'inflation des dépenses, et l'excellence qui serait contradictoire avec la proximité.

À l'opposé des projets gouvernementaux mélangeant privé et public, vidant le service public de ses valeurs et principes fondamentaux, gérant la pénurie de personnel, orientés vers la réduction des dépenses de santé socialisées, gouverné autoritairement, le Parti communiste propose un service public hospitalier de proximité, répondant aux besoins de la population, géré démocratiquement en laissant aux personnels les moyens et l'initiative leur permettant de progresser dans la qualité.

Le développement des réseaux

1. Les réseaux entre hôpitaux permettraient de garantir une prise en charge de proximité tout en garantissant l'accès aux soins les plus techniques en cas de besoin, et en évitant l'isolement des professionnels.
2. Les réseaux entre l'hôpital et la médecine ambulatoire ou les structures d'hébergement de longue durée permettraient une prise en charge cohérente et fluidifiée et éviteraient les attentes inutiles et dangereuses.
3. Les réseaux entre unités et services hospitaliers seraient la clefs de voûte de leurs coopérations, à l'opposé de la mise en compétition à visée économique bureaucratique des pôles.

Former

Dès 1985, l'OMS annonçait la pénurie de médecins pour 2005. Pourtant, les places au concours d'entrée en médecine n'ont cessé de diminuer jusqu'en 1998. Il en va de même pour les écoles en soins infirmiers. Alors que les syndicats alertaient, les places diminuaient, les écoles fermaient. Encore aujourd'hui, alors que les postes ne sont pas pourvus dans les services, on restreint l'entrée dans les écoles. Il n'est pas vrai qu'il y a plus de postes que de postulants. Nous sommes confrontés à cette pénurie, sachant qu'il faut 3 ans pour former un infirmier, et 10 pour un médecin. Cela justifie un plan d'urgence pour la formation dans

toutes les filières de soins et de santé publique. Dans le même temps, il faut embaucher et recentrer l'activité des soignants sur les missions de soins.

Embaucher

Il faut :

- Embaucher des ouvriers, des agents hospitaliers (brancardiers, standardistes, secrétaires hospitaliers (informations des malades, rendez-vous...), des diététiciens, des informaticiens, du personnel d'entretien et de ménage.
- Mettre un terme à l'externalisation (terme poli pour ne pas dire privatisation) de toutes les missions dites « non soignantes » (hôtellerie, travaux...).
- Titulariser tous les CDD et autres postes précaires.
- Réaliser une évaluation nationale des postes manquants, hôpital par hôpital, service par service...

Recentrer l'activité sur les missions de soins

L'inflation bureaucratique couplée à la judiciarisation de la médecine conduit les soignants à devoir assurer une masse de travaux administratifs considérable. Il faut en supprimer certains (cf. tarification à l'activité) et rediriger les autres sur des emplois « non soignants ».

Le développement des réseaux informatiques doit être une priorité à l'hôpital. Elle ne doit pas se conjuguer avec réduction des postes de secrétariat mais être au service des soins et de l'efficacité des équipes. Il ne s'agit pas d'en faire un outil de centralisation des décisions, de contrôle des prescriptions... À cet égard, les premières expérimentations hospitalières du dossier médical partagé doivent être évaluées (efficacité, utilité, coût, protection des données...).

Si le personnel administratif est gravement déficitaire en nombre dans les services liés aux soins (secrétaires, archivistes...), son effectif a été majoré dans les structures centrales et de contrôles au cours des dernières années contrastant avec la pénurie du personnel soignant et la réduction des lits d'hospitalisation. Loin de contester cette augmentation, ou encore d'opposer les administratifs aux soignants, nous souhaitons évaluer la pertinence et les conséquences de leur concentration dans des structures bureaucratiques éloignées. Cela à l'heure de l'exigence de circulation des informations, celle du droit des malades, de la nécessité des réseaux de soins....

Au cœur de l'engagement professionnel : un travail de qualité

La crise de l'hôpital atteint profondément la motivation des personnels. Lorsque l'on est soignant, refuser un soin par manque de moyen est insupportable. C'est une remise en cause de la dignité de soignant. Sauf à se révolter, comment se défendre contre une telle culpabilité ? Surtout quand elle se répète sans cesse. Deux décennies de dégradation de l'hôpital public ont déjà des conséquences sur l'engagement des soignants : repli, renoncement, démissions... sont des indices préoccupants. L'épidémie de maladies liées au

stress chez les soignants – autre indice de ce malaise – doit être prise au sérieux par la puissance publique.

Redonner du sens au travail est à notre sens la piste féconde pour relancer l'engagement professionnel. De la naissance jusqu'à la fin de la vie, chacun d'entre nous a croisé le regard d'un soignant, a trouvé du réconfort dans sa main tendue, a eu sa trajectoire modifiée grâce à un soin. C'est dire que ce métier côtoie quotidiennement le plus intime, le plus fondamental de l'humanité : la vie et la mort. C'est dire l'utilité sociale de ces professionnels. La qualité de l'hôpital public est au cœur de cette motivation.

Revenus, conditions de travail, déroulement de carrière... doivent correspondre à cette utilité sociale. Le pouvoir d'achat devient une préoccupation des soignants. Comment peut-on vivre avec les salaires pratiqués dans la FPH ? Les salariés pauvres de nos hôpitaux ne peuvent plus se loger. Nous proposons une augmentation de 10 % de tous les salaires immédiatement et une refonte des grilles salariales pour qu'elles prennent mieux en compte les réalités du travail actuel en milieu hospitalier. Le salaire minimum doit être porté à 1 600 €/mois.

Mais c'est aussi de la reconnaissance que la collectivité doit leur accorder. Très loin de la logique actuelle qui vise à stigmatiser, à culpabiliser, à juger, à dévaloriser. Il faut reconstruire un élan collectif qui pourrait s'incarner dans un mouvement social pour la défense et la reconstruction d'un service public de qualité avec toutes les valeurs qui s'y rattachent.

Une régulation démocratique par les personnels de santé, élus et usagers valorisant leurs capacités d'organisation, la créativité des personnels, doit être encouragée et prendre la place du contrôle sécuritaire, bureaucratique et de la judiciarisation.

Le financement de l'hôpital public

➤ Trois-quart des hôpitaux au bord du dépôt de bilan

Au prétexte de son caractère « inflationniste » le financement à la journée d'hospitalisation a été remplacé dans les années 1980 par le budget global permettant le rationnement comptable. Celui-ci a été remplacé par la tarification dite « à l'activité » pour faciliter la mise en concurrence public-privé, dans le cadre d'une enveloppe fermée, accentuant le rationnement.

Tout d'abord, il ne s'agit pas d'une tarification sur la base de l'activité médicale. En effet, l'activité médicale associe : échange avec le malade et ses proches, connaissance du milieu social, familial et environnemental..., temps de formation des soignants, temps de communication et d'engagement dans les réseaux de soins, formation des juniors, Recherche... En somme, une multitude de fonctions de service public – et actes techniques. La T2A ne reconnaît que les actes techniques : conception pour le moins réductrice de la santé. (Les MIGAC sont très loin de couvrir les missions de service public de l'hôpital). Pire, elle valorise même certains actes, certaines pathologies parce que « source de financement ». De plus, l'enveloppe de financement – dépendant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté chaque année par le Parlement – est close.

Ainsi se trouve favorisée la concurrence entre tous les secteurs (services, pôles, hôpitaux...). Plus fondamentalement, l'esprit même de la T2A (les actes à l'hôpital devraient avoir un coût comparable à celui du privé) est irrecevable. Par exemple, pour une même

pathologie et une même co-morbidité, le coût est majoré de 30 % dans les populations défavorisées dont chacun sait qu'elles sont assumées par l'hôpital public. Le privé privilégie l'accueil d'activités rentables (comme la chirurgie) et de population moins coûteuse et solvable. C'est l'honneur de l'hôpital public que d'accueillir tous les malades sans discrimination aucune : cela a un coût. Notons en plus que la base d'évaluation du coût de l'acte dans le privé n'est pas le coût réel mais le coût remboursé par la Sécurité sociale. Actuellement, une partie (10 %) de ce coût est transférée sur les malades par l'intermédiaire des dépassements d'honoraires. Autant de raisons d'exclure la comparaison hôpital public / établissements privés qui est sous-tendue par la convergence public-privé en cours de développement. Enfin, c'est à l'hôpital que les pathologies les plus complexes – requérant l'utilisation des produits innovants de plus en plus coûteux – sont traitées. Et de façon quasi exclusive, c'est l'hôpital qui assure la prise en charge des soins de longue durée.

D'ores et déjà l'IGAS et l'IGF ont démontré le caractère inflationniste de la tarification à l'activité. De nombreux hôpitaux sont au bord du dépôt de bilan.

➤ **Les pistes pour l'avenir**

Partir du principe du service public : répondre à tous les besoins, assurer l'excellence à tous, solvables ou non. Les critères de rentabilité sont incompatibles avec le service public.

La T2A sera remplacée par un mode de financement fondé sur les besoins. Au cours d'une période de 2 ans, un débat national – mais aussi une audition internationale permettant de connaître les différentes modalités de financement des hôpitaux dans le monde – cherchera à déterminer les meilleurs moyens d'évaluation des besoins.

L'enveloppe financière fermée sera remplacée par une enveloppe financière ouverte en fonction des besoins.

Un financement sur la base des objectifs de services, pondéré sur le niveau socio-économique de la population du territoire de santé et régulé par la démocratie, pourrait être une piste féconde.

Il faut cesser de considérer les soignants et les malades comme des pourfendeurs de l'assurance-maladie. Au contraire : développer l'intervention de tous dans les gestions – très loin des structures bureaucratiques en vogue – est le principe de base d'un outil de régulation et de responsabilisation. Soignants, usagers, élus, représentants des syndicats... doivent être au cœur des décisions.

Les hôpitaux sont victimes d'un véritable détournement de fonds publics par les assurances du fait de la judiciarisation de la médecine. Nous proposons que tous les hôpitaux publics, que les hôpitaux privés à but non lucratif... soient assurés par l'État.

Les hôpitaux doivent être remboursés de la TVA et exonérés de la taxe sur les salaires.

Changer de logique

L'hôpital est malade de la logique marchande, de la mise en concurrence généralisée. Plus il y a de services clientèles dans les hôpitaux et moins la prise en charge des malades est de qualité...

- **La proximité, c'est la qualité.** La qualité de la prise en charge ne peut se réduire à des objectifs techniques. Être hospitalisé à proximité du domicile permet les visites fréquentes des proches si essentielles au bien-être des patients. Avoir des consultations faciles d'accès est indispensable à un suivi de qualité, en particulier pour les plus vulnérables, notamment les personnes en perte d'autonomie. La proximité, c'est la condition de la médecine préventive.

L'essentiel de la médecine est réalisé par le secteur libéral, qui a une activité polyvalente de bonne qualité. Fermer des hôpitaux de proximité au prétexte qu'il s'y ferait de la médecine polyvalente pour laisser la place à des établissements privés est donc une ineptie. Ce d'autant plus que la formation initiale et continue sont les deux critères majeurs de compétence des équipes soignantes.

Il y a un effet de seuil dans le nombre de malades qu'un centre de pathologies exceptionnelles peut accueillir. Au contraire de la logique actuelle, les centres de hautes technicités doivent recevoir un nombre limité de malades. Au-delà, il y a une baisse de la qualité.

- **Des unités à taille humaine.** L'objectif de la centralisation était la rentabilité : moins de personnel et moins de moyens pour soigner. C'est inhumain, dévalorisant, et inintéressant pour les soignants. C'est inopérant, car du personnel démotivé est du personnel moins efficace. Il faut revenir à des unités à taille humaine. Les pôles et les regroupements ont d'ores et déjà démontré combien ils sont antinomiques avec la qualité, l'efficacité et l'humanité. Les structures centralisées – type « grands blocs opératoires communs »... – sont à réévaluer.

- **Relancer l'attractivité de l'hôpital public :** Une politique volontariste doit être engagée pour améliorer la prise en charge des urgences et répondre à la demande de consultations, afin de mettre un terme à un transfert massif des malades du public vers le privé.

- **Les consultations**

Le délai moyen pour obtenir un rendez-vous est de 30 jours et peut atteindre 60 jours dans certaines spécialités. Il est pourtant possible d'augmenter l'activité des consultations en optimisant la durée de consultation et en élargissant les plages horaires.

- **Les services d'urgence**

Ils sont la structure de soins la plus accessible pour répondre à une détresse médicale ou sociale. Éléments majeurs pour la sécurité sanitaire tout en assurant une partie importante de la permanence des soins. En conséquence, les hôpitaux devront s'organiser pour faire face à une demande croissante de consultations en urgence.

Aujourd'hui, si les malades urgents bénéficient d'une prise en charge immédiate, les dysfonctionnements avec le plateau technique ou les difficultés pour trouver des lits d'hospitalisation retardent d'autant la prise en charge des malades non urgents. Le transfert des malades sur le privé lucratif est devenu une pratique très fréquente.

Les objectifs de réduction de l'attente et des transferts vers le privé nécessitent une réorganisation de la filière de soins. En particulier par l'amélioration interne des services d'urgence (avec par exemple la mise en place d'un circuit court jusqu'à 24h), par une optimisation du fonctionnement des blocs opératoires dont les moyens paramédicaux mériteraient d'être renforcés, par une optimisation des rapports avec le plateau technique, une augmentation du nombre de consultations externes et une meilleure gestion des lits disponibles.

○ **La logistique**

La vétusté des hôpitaux est encore très importante. La population attend de l'hôpital les meilleurs soins mais elle souhaite aussi y être accueillie dans les meilleures conditions. À qualité de soins égale, elle préfère la chambre individuelle agréable, la structure propre, la nourriture de qualité. Or, il faut bien constater que même si des efforts ont été faits, beaucoup reste à faire pour humaniser les hôpitaux. Cela suppose une mise à niveau architecturale, une maintenance efficace, une qualité des cuisines...

Nos services techniques et logistiques doivent être mis davantage à contribution. Il faut reconquérir les marchés passés au privé de la maintenance, du nettoyage, de l'alimentation...

- **Sortir de la logique sécuritaire.** Logique qui consiste à expliquer que si tout le monde était traité dans le meilleur centre du monde, alors il n'y aurait que des « guéris ». La dérive sécuritaire met une pression qui conduit non seulement à rompre le rapport de confiance entre les soignants et les médecins, mais aussi à faire des choix thérapeutiques influencés par la prise de risque minimum. Ainsi, on tend à augmenter les césariennes sur les accouchements naturels qui sont à moindre risque judiciaire. De plus, on exige une disponibilité des soignants – par exemple la généralisation des gardes sur place plutôt qu'astreintes – qui devient repoussoir pour les plus jeunes et favorise la fuite vers le privé du personnel hospitalier. Le corollaire de la logique sécuritaire est la judiciarisation préjudiciable à la qualité de la relation soignant-malade qui fait les « choux gras » des assurances privées.
- **Suppression du secteur privé à l'hôpital public** : une telle exigence n'appelle pas de commentaires supplémentaires, si ce n'est qu'elle doit s'articuler à une discussion sur les rémunérations et les retraites des hospitaliers et des hospitalo-universitaires.

La démocratie : pilier de l'efficacité et de la qualité

De réforme en réforme, la gouvernance de l'hôpital public est de plus en plus concentrée dans quelques mains : des administratifs relais du pouvoir d'État. Les soignants, les élus, les

représentants de malades, et les citoyens sont totalement exclus des choix concernant les grands projets, les ambitions, le financement de l'hôpital public.

Nous proposons au contraire de redonner toute sa place à la démocratie et à l'intervention des acteurs de l'hôpital. D'abord, parce que – mais c'est un pléonasme – c'est le moins que l'on puisse attendre d'un pays qui revendique être une grande démocratie. Et aussi, parce qu'intervenir dans les choix, connaître les rouages, maîtriser les conséquences des décisions et des actes... sont les conditions de la responsabilisation positive.

- Les réunions médicales d'unité : des réunions hebdomadaires ou bihebdomadaires rassemblant l'ensemble des protagonistes de cette unité (aides-soignants, infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes, encadrement, médecins...) seront favorisées afin d'optimiser la prise en charge des malades.
- Les conseils de services ou d'unité seront revivifiés. Ils auront un véritable rôle décisionnel pour ce qui est des projets, de l'organisation, et des budgets d'unité. Ils devront se réunir au moins tous les trois mois.
- Les conseils d'administration des établissements seront réhabilités et renforcés, avec une fonction de dialogue entre personnels, usagers et élus pour permettre une évaluation qualitative et une critique constructive du fonctionnement.

II. LES ÉTABLISSEMENTS PSPH (ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT NON LUCRATIF) – EN COURS DE REDACTION

III. LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE SANTÉ : CLINIQUES ET HÔPITAUX PRIVÉS

Ces établissements assument une part des missions de santé. Cependant, comme cela a été dit dans le chapitre « Hôpital public », leur mise en concurrence avec le secteur public est déloyale, coûteuse, inefficace et inacceptable. Plus encore, la fermeture d'hôpitaux publics de proximité au profit d'établissements privés, voire concomitantes de l'ouverture d'établissements privés. La vision ancienne de clinique « familiale » tend à être remplacée par des groupes privés cotés en bourse dont la mission est d'enrichir des actionnaires. Ainsi, par exemple, la Générale de Santé a reversé, fin 2007, plus de 400 millions d'euros de dividendes à ses actionnaires. Le développement de tels groupes atteint maintenant des proportions plus que préoccupantes. À l'heure où le monde est victime des dégâts de la financiarisation, on ne peut accepter leur main mise sur le système sanitaire. De tels groupes guidés par la recherche de profits à court terme par essence antinomique avec l'éthique médicale doivent être interdits.

La puissance publique doit imposer et faire respecter des règles éthiques conformes à la mission de service public assumée par ces établissements.

Tous les malades doivent être acceptés quel que soit leur statut social.

Les évaluations et les règles de sécurité applicables à l'hôpital public doivent concerner les établissements privés.

Le financement du secteur hospitalier privé ne doit pas permettre des dividendes payés par la collectivité au travers de l'assurance-maladie : il doit être interdit aux groupes liés à l'hospitalisation d'entrer en bourse.

La médecine ambulatoire

La médecine générale

La médecine générale est très largement assumée par le secteur libéral. Les structures publiques type Centres de santé quand elles existent sont très performantes. Leur développement est encore insuffisant. Alors que seulement 1 % de l'activité ambulatoire est assurée sur le territoire national par les centres de santé, dans certaines villes comme Gennevilliers ce chiffre peut atteindre 50 %. Témoinnant du potentiel considérable de telles structures.

Au cœur de la prise en charge de la personne dans sa globalité – et non du malade – le médecin généraliste doit voir sa position franchement revalorisée. Plutôt qu'une politique fondée sur la sanction financière, il faut que la puissance publique développe des campagnes en faveur de la consultation chez le médecin généraliste. D'ailleurs, exceptées les spécialités particulières (pédiatrie, gynécologie, ophtalmologie...), l'idée reçue selon laquelle il y aurait nomadisme médical n'est pas confirmée par les études réalisées sur ce point. À l'opposé de la loi Douste-Blazy, qui a imposé un parcours de soins bureaucratique et pénalisant, des campagnes de sensibilisations permettraient de revaloriser la place et le statut du médecin généraliste. En tout état de cause, la médecine générale doit être vraiment considérée comme une spécialité. Elle doit être revalorisée dans la formation, sa rémunération, et sa reconnaissance universitaire :

- Abrogation de la loi Douste-Blazy.
- Développement de la filière universitaire de médecine générale.
- Alignement des honoraires des médecins généralistes sur celui des autres spécialités.
- Développement de nouvelles formes de rémunération afin de rémunérer le temps consacré par les médecins à l'élaboration des dossiers, au suivi des patients, à la prévention et à l'éducation à la santé. Ces nouvelles formes de rémunération existent dans la plupart des pays développés.
- Développement des réseaux de soins.

Les centres municipaux de santé

Le travail en groupe est de plus en plus recherché par les jeunes médecins. Cette aspiration correspond aux évolutions de la médecine. Cliniciens, radiologues, infirmiers, kinésithérapeutes, biologistes... les équipes multidisciplinaires tendent à devenir la norme. Dans les territoires durement frappés par la pénurie médicale, cette demande est criante. Les centres de santé sont des structures de premier accueil de choix. Pourtant, aujourd'hui ils souffrent du manque de financement. Certains sont même en faillite, contrastant avec l'apport considérable en terme de médecine de proximité. Le paiement à l'acte, les tarifs conventionnels de l'Assurance maladie ne permettent pas la viabilité des centres de santé de proximité. La Sécurité sociale devrait, aux côtés des collectivités territoriales, contribuer à l'équilibre financier et l'extension de ces centres de santé, notamment pour l'investissement

et le fonctionnement matériel de ces établissements. Un statut des personnels médicaux et paramédicaux propre à chaque type de centre de santé sera négocié avec les organisations syndicales. Il sera mis en place le Conseil national des centres de santé.

La médecine spécialisée

Elle est également assumée par le secteur libéral et les centres de santé.

Plus encore que pour la médecine générale, l'égalité dans l'accès aux consultations spécialisées est gravement atteinte par leur coût. Les plus défavorisés, les personnes couvertes par la CMU, mais surtout les personnes au revenu modeste et supérieur au seuil de la CMU qui ne peuvent contracter une mutuelle sont particulièrement touchées par cette inégalité dans l'accès aux soins. L'exigence d'égalité nous amène à proposer :

- une couverture unique par la Sécurité sociale (prise en charge à 100 % des dépenses de santé : prévention et soins) ;
- la suppression des forfaits et des franchises sur les soins ;
- la fin des dépassements d'honoraires : contrairement au gouvernement qui stigmatise les médecins en les rendant responsables, nous rappelons que les dépassements d'honoraires ont été introduits pour compléter l'absence de mise à jour de la nomenclature médicale. Ce n'est pas au corps médical qu'il faut s'attaquer, mais au système qui a validé l'existence des dépassements. Nous avançons 5 propositions pour revenir à un secteur unique conventionnel ;
- la suppression des avances de frais en matière de santé. La télétransmission des feuilles de soins par le dispositif Sesam-Vital doit être généralisée à toutes les spécialités médicales et le règlement direct par l'assurance maladie et les mutuelles aux praticiens, à l'hôpital comme en ville. Le matériel permettant l'utilisation de la carte vitale doit être mis à disposition des praticiens par la CNAM, la diminution de la charge due au traitement des feuilles de soins pouvant permettre le financement du matériel de télétransmission.

En finir avec les dépassements d'honoraires

Les assurances privées sont à la fois l'une des causes et les premières bénéficiaires des dépassements d'honoraires. En effet, ceux-ci permettent de financer la flambée des assurances en responsabilité professionnelle, en même temps qu'ils incitent les malades à contracter des complémentaires-santé pour les couvrir. Nous avançons cinq propositions pour renégocier la convention médicale en vue de revenir à un secteur conventionnel unique :

1. Réévaluation des actes.

2. Assurance par l'État des médecins installés en secteur I. En faisant en sorte que, comme pour les fonctionnaires, l'État soit son propre assureur, on sort de la logique assurantielle privée. Cette proposition concerne également les hôpitaux publics qui sont étranglés par les primes d'assurance.
3. Forfait pour réaliser des missions de services publics (éducation à la santé, participation aux programmes de santé scolaire, engagement dans les réseaux de soins...).
4. Les dépassements permettent en partie d'assurer le financement de compléments de retraite pour les praticiens. Une réforme des retraites doit envisager un mode de cotisation des praticiens équivalent à celui des salariés, considérant les années d'études dans le calcul, et permettant d'avoir une retraite satisfaisante.
5. Proposition d'une rémunération forfaitaire globale. De plus en plus de praticiens recherchent un mode de rémunération alternatif au paiement à l'acte. Un forfait basé sur une activité « normale » (courbe de Gauss) pourrait être introduit. Ce qui serait un début de sortie du paiement à l'acte.

LA PSYCHIATRIE

La « Psychiatrie à la française »

L'objet de la psychiatrie est, en France depuis la Libération, de soigner les personnes souffrant de troubles psychiques en menant un travail de désaliénation mentale et de désaliénation sociale du Fou.

Il s'agit, à la fois, de soigner une souffrance et de déstigmatiser ceux qui souffrent.

Cette conception de la « Psychiatrie à la française » est centrée sur la psychodynamique propre à chaque sujet. Elle se nourrit à la fois de l'apport de la psychanalyse mais aussi de celui du marxisme et de l'ensemble des sciences humaines.

Dans cette conception de la psychiatrie le soin est essentiellement relationnel. Le « care » (prendre soin) est au moins aussi important que le « cure » (soins curatifs) – sans bien sûr rejeter les apports de la pharmacologie et des recherches dans le domaine des neurosciences.

C'est cette vision du soin psychiatrique – porté par le mouvement désaliéniste de la Psychothérapie institutionnelle – qui a amené la création du Secteur.

Le contexte actuel

Or, dans notre société qu'on peut appeler « postmoderne » ou « ultra libérale », la place concédée au Sujet va diamétralement à l'encontre de cet objectif. Celle-ci se veut engagée dans un mouvement de désubjectivation de l'être humain. Ce qui est une négation de l'essence même de ce qui fonde l'Humanité.

Pour les élites qui régissent le monde – celles qui concentrent le capital – les êtres humains n'ont d'intérêt d'exister que s'ils sont producteurs de richesses au profit de ces élites ou consommateurs permettant à cette élite de réaliser leurs profits. Tout doit être rationalisé, objectivé dans un seul but : permettre aux détenteurs de capital d'augmenter leur taux de profit.

Le Sujet n'a plus d'existence propre, il n'est qu'objet, objet producteur, objet consommateur...

Dans ce cadre, la population mondiale serait partagée en trois groupes :

- L'élite des décideurs qui doivent être sélectionnés dès leur plus jeune âge en fonction de critères « génétiques » (ça n'a rien de scientifique puisqu'il s'agit des fils des actuelles élites), ou de capacités intellectuelles spécifiques. Ceux-là bénéficieront d'une formation universitaire de très haut niveau, leur permettant d'appréhender le monde dans sa complexité, de s'adapter à son évolution et de prendre les bonnes décisions lorsqu'ils seront au pouvoir.
- Le deuxième groupe concerne tous les supplétifs du pouvoir, nécessaires à la bonne marche du système aux niveaux intermédiaires. Ils bénéficieront d'une formation supérieure correcte les préparant à la tâche à laquelle ils sont destinés, mais sans plus.
- Le troisième regroupe les 80 % d'êtres humains restants. Leur formation sera limitée aux besoins immédiats du capital. Si la conjoncture fait qu'on n'en ait plus besoin ils seront exclus du système. Ces exclus devenant ce qu'on nomme la population « surnuméraire ».

Et lorsque le sujet est reconnu, c'est pour le culpabiliser...

C'est en 1995 que 500 décideurs politiques et économiques se sont réunis pour trouver des solutions à la question de la gouvernabilité des 80 % d'humanité potentiellement « surnuméraire ». La solution fut présentée par Brzezinski (ex-conseiller de Carter et fondateur de la Trilatérale) : le *tittytainment* (de « tit », sein en argot américain, et « entertainment » divertissement).

Le *tittytainment* consiste à fournir un cocktail de divertissements abrutissants et d'alimentation suffisante, permettant de maintenir de bonne humeur la population frustrée de la planète ⁶.

Alors, comment cela se traduit-il au niveau du travail en psychiatrie ?

Vers une psychiatrie du symptôme et de contrôle social ?

Cette désobjectivation de l'être nous ramène à une conception du patient réduit à son symptôme.

L'objet de la psychiatrie se réduit à l'éradication du symptôme.

D'ailleurs la circulaire mettant en place le SROS 3 en psychiatrie précisait que la psychiatrie devait se centrer sur la gestion de la crise et la mise en place d'un traitement puis de passer la main soit au généraliste, soit éventuellement aux équipes du social ou du médico-social.

Parallèlement, le gouvernement a fait adopter, dans le cadre d'une loi de simplification administrative, le principe que le secteur n'était plus le pivot du dispositif de Santé mentale chargé de la prévention, des soins curatifs et des soins de post-cure.

On va donc orienter le soin vers les thérapies comportementales, le cognitivisme, les neurosciences et la chimiothérapie. Pour certains décideurs, la seule utilité sociale du malade mental est d'être un marché pour l'industrie pharmaceutique. D'ailleurs aujourd'hui la nosographie est définie de plus en plus par cette même industrie au gré des découvertes de nouvelles molécules. L'exemple le plus criant étant l'hyperactivité des enfants qui est devenue une entité nosographique en soi après le lancement de la Ritaline.

La psychose se définissant, comme aime à le dire – non sans humour – le Professeur Delion, comme étant ce qui cède aux antipsychotiques.

Et si, par fait extraordinaire, malgré un traitement antipsychotique et force prescription de thérapie comportementale, un patient s'enfonçait dans une psychose chronique qui justement ne céderait pas à ces antipsychotiques, il ne relèverait plus de la psychiatrie et irait rejoindre les populations « surnuméraires » suivies par le Social ou le Médico-social.

Nous sommes bien là devant une nouvelle forme d'aliénation sociale du malade mental.

D'autre part, nous assistons – au travers de campagnes de presse à l'occasion de certains faits divers – à une nouvelle stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Il s'agit d'associer maladie mentale et dangerosité en s'appuyant sur l'émotion populaire jouant sur la peur fantasmée d'un public qui méconnaît la réalité (complexe) des choses. Au XIX^{ème} siècle l'on avait vu associer les classes populaires aux classes dangereuses et le fou devenir une figure moderne du monstre, comme l'a démontré Foucault. De nos jours ce sont les habitants des banlieues qui sont associés aux classes dangereuses et les deux catégories de monstres actuelles seraient les délinquants sexuels et les schizophrènes.

⁶ Cité par Dany Robert Dufour in *On achève bien les hommes*, Denoël 2005.

Ce double mouvement se traduit au niveau de l'hospitalisation dans un mouvement paradoxal d'externements abusifs des malades nécessitant une hospitalisation dont la « sortie » est pratiquement programmée dès leur admission d'une part et d'autre part par un retour à l'enfermement à vie pour ceux qui sont jugés potentiellement dangereux. Ce qui se traduit par une fermeture excessive de lits d'hospitalisation dans le même temps où l'on va ouvrir des structures fermées pour ces populations dangereuses.

Aujourd'hui nous entendons déjà des voix demander le rétablissement de la peine de mort pour les « fous dangereux ».

Le risque existe d'une nouvelle dérive eugéniste

Est-ce, en attendant, un nouvel eugénisme, une nouvelle « hécatombe des fous », une nouvelle « extermination douce », comme durant l'occupation de 1940 à 1945 où 40 000 malades mentaux sont morts de faim en France ? C'est l'une des pages les plus sombres de l'histoire de la psychiatrie française.

Rappelons que s'ils sont morts ce n'est ni dans des camps d'extermination, ni de la volonté des nazis – la France n'ayant pas été touchée par l'opération T4⁷. Mais simplement parce que la plupart des malades mentaux hospitalisés durant cette période ne disposaient que de la ration attribuée à tous les Français. Cette ration était inférieure à la ration de survie ; la population disposait quant à elle de 4 marchés pour compléter cette ration. Pire, les hôpitaux psychiatriques produisant dans leur fermes des vivres contingentés, étant soumis aux réquisitions, ne pouvaient nourrir les malades avec ce que cultivaient les patients !

Cette hécatombe de 40 000 malades mentaux n'a été possible que parce que chacun a laissé faire pensant au mieux qu'il ne pouvait rien y faire, au pire qu'il était scandaleux, en ces temps de disette, de nourrir tant de bouches inutiles !

Cela s'est appuyé sur l'idéologie eugéniste développée par Carel, mais également par des psychiatres progressistes tel qu'Edouard Toulouse qui dès les années 1930 proposait d'éliminer les « fous et tarés » improductifs qui coûtaient des millions de francs or à la nation !

Pourtant, certains, comme Bonnafé et Tosquelles à Saint Alban, ou la Congrégation de Saint Jean de Dieu à Lyon, ont résisté et ont pris des mesures pour nourrir malgré tout les malades.

C'est à partir de cette expérience que Bonnafé a développé les principes fondateurs de la sectorisation. Après cette horreur il n'était plus question de revenir à la situation d'avant guerre.

Imposons une nouvelle clinique du Sujet

Nous refusons cette psychiatrie fondée sur les deux jambes du symptôme et du contrôle social.

Face à ces dérives aliénantes auxquelles nous assistons, il est impératif de défendre une clinique fondée sur le respect de la personne. Nous appelons à une nouvelle désaliénation sociale et mentale dans les conditions d'aujourd'hui.

Nous proposons de remettre au travail les deux jambes de la Psychothérapie institutionnelle (psychanalyse et marxisme) en les enrichissant de l'apport des autres sciences humaines, mais également des neurosciences et des TCC (Techniques cognitivo comportementales) qui ont leur intérêt lorsqu'elles ne sont pas exclusives des prises en charge.

⁷ Nom de l'opération ordonnée par Hitler qui visait à éliminer physiquement tous les malades mentaux en Allemagne.

Il ne s'agit pas de générer de nouveaux dogmes imposés à tous mais de créer un mouvement – de même que la Psychothérapie institutionnelle n'a jamais été uniforme.

Psychiatrie et société

Nous appelons à combattre toute tentative visant à la criminalisation des malades mentaux et son utilisation pour mettre en place des mesures sécuritaires remettant en cause les fondements du Droit français et des Libertés publiques et individuelles de chaque citoyen. Que ce soit au travers de projets de Lois émanant du ministère de l'Intérieur ou de la Justice (comme ce fut le cas avec le projet de Loi Perben 2) ou au travers de projets de Lois émanant du ministère de la Santé (comme c'est le cas pour les articles qui ont été retirés de Perben 2 !); ou encore au travers de la mise en place de fichiers, de centres de rétention spéciaux... Déstigmatiser la personne souffrant de troubles psychiques passe par la déstigmatisation de la psychiatrie ! Redonnons-lui son caractère essentiellement soignant au service des patients et non de contrôle social d'individus potentiellement dangereux.

Les enjeux de la psychiatrie concernent tous les citoyens. Cela implique que nous menions un vrai débat de société. Il ne peut donc être le fait des seuls professionnels. Les Associations d'usagers et de familles y ont toute leur place ; leur rôle sera d'autant plus essentiel qu'elles sauront aller au-delà de l'action consumériste dans laquelle elles sont enfermées aujourd'hui.

Les EGP (États Généraux de la Psychiatrie) une base commune ?

En 2003 près de 2 000 professionnels de la psychiatrie (infirmiers, psychiatres, psychologues,...) se sont réunis à l'appel d'un comité d'organisation qui regroupait tous les syndicats de psychiatres et leurs associations scientifiques, l'Association des psychologues, celle des internes, la CGT, SUD, la CFDT, de nombreuses associations impliquées dans le champ de la psychiatrie telles que les CEMEA, SER-PSY, le CEFI-Psy...

Leur objectif était de redéfinir une orientation progressiste pour la psychiatrie française.

Si certains pouvaient craindre qu'il ne s'agisse que d'une grande messe, ce fut au contraire un temps fort de démocratie.

Au terme de débats intenses et parfois vifs, les délégués ont adopté 4 motions, 22 mesures à prendre d'urgence et 12 engagements.

Nous ne reprendrons pas tout ici⁸, mais nous rappelons :

- **Motion 1**, la discipline psychiatrique : La psychiatrie est une discipline médicale au même titre que la médecine, la chirurgie et l'obstétrique et non une sous spécialité de celles-ci...
- **Motion 2**, les fondements théoriques : La psychiatrie intègre l'apport théorique de différents domaines scientifiques (médical, biologique, psychologique,...) indispensable pour appréhender la complexité de la pathologie mentale. Pour autant, il n'y a de clinique que du sujet [...] Les apports de la psychanalyse demeurent essentiels [...] Le DSM⁹ n'a pas vocation à théoriser la clinique psychiatrique...
- **Motion 3**, les moyens et les structures : Nous réaffirmons la nécessité du maintien d'une politique et d'un dispositif de Secteur [...] il faut maintenir le nombre de psychiatres au niveau de 13 000 praticiens, ce qui implique d'augmenter le nombre de DES. Cela doit s'accompagner de mesures incitatives visant à leur répartition

⁸ Vous pouvez trouver l'intégralité de ces votes dans : H Bokobza et all., *En dépit des États Généraux, la Psychiatrie en péril*, Eres, 2006.

⁹ Manuel de diagnostic médical.

harmonieuse sur tout le territoire [...] Les professionnels refusent une organisation administrative qui oppose les catégories professionnelles dans le soin [...] Le nombre d'infirmiers doit être augmenté significativement [...] Des postes de psychologues et de travailleurs sociaux titulaires doivent être créés...

- **Motion 4**, formation : Les soins spécifiques en psychiatrie requièrent des formations spécifiques en particulier pour les médecins, les infirmiers, l'ensemble des personnels para médicaux...

Formations initiales et continues

Concernant la formation des psychiatres en nombre suffisant nous proposons, outre la suppression du *numerus clausus*, de mettre fin au quasi- monopole des services universitaires dans la formation des internes, en redonnant à tous les secteurs la qualité de lieu de stage qualifiant pour les internes.

Pour les infirmiers nous proposons que le DE (Diplôme d'État) soit un « diplôme en chandelier », avec un tronc commun et un approfondissement de certains modules en fonction de l'option choisie (psychiatrie, médecine, santé publique...), ce qui permettrait la mise en place d'un diplôme spécifique d'infirmier. Les infirmiers souhaitant changer de champ d'exercice devront bénéficier d'une formation complémentaire afin d'acquérir les bases des compétences nécessaires à l'exercice dans ce champ.

Tous les soignants exerçant en psychiatrie doivent pouvoir bénéficier de formation continue de qualité leur permettant d'élargir leur champ de compétence, particulièrement dans le soin relationnel. Ce qui devrait permettre aux infirmiers de réaliser les « soins à visée psychothérapique » – qui sont toujours autorisés dans le décret de compétence infirmière ! Tous les professionnels ayant acquis les compétences nécessaires (sous forme de formations, recherches personnelles, participation à des séminaires...) pourront, au sein de leur institution de soin, se voir reconnu une fonction de psychothérapeute.

Soigner l'institution au service du Sujet

Malgré les avancées réelles du désaliénisme dans les années 1970/80 – même si celles-ci n'ont pas été uniformes et que certaines pratiques ont perduré dans certains secteurs jusqu'à nos jours – , nous voyons ressurgir des pratiques que Goffman avait décrites en son temps comme « totalitaires ».

C'est ce manque d'implication dans une vision désaliéniste de la part d'un certain nombre de psychiatres qui a servi – continue à servir – de prétexte au ministère pour remettre en cause les fondements mêmes de celui-ci.

Nous assistons à une inversion de logique. Le Secteur devait développer une logique institutionnelle au service du patient et du soin. De plus en plus ce sont les patients qui doivent se soumettre à la logique de l'institution. Nous proposons de remettre la logique sur ses pieds.

Cela implique que nous redonnions au secteur sa dimension philosophique d'espace géodémographique suffisamment important pour qu'il n'y ait pas de saupoudrage des moyens et suffisamment restreint pour que les équipes connaissent le tissu social de celui-ci et puissent s'y impliquer. C'est pour cela que le chiffre de 70 000 habitants avait été retenu. Il ne s'agit donc pas, comme le dénonçait Bonnafé, d'en avoir une lecture de carte Michelin ou de fief. Ainsi lorsqu'un patient se présente au CMP il est impératif de l'entendre avant de décider avec lui d'une orientation vers son secteur.

Développer le secteur implique également de développer l'accessibilité aux soins. Les troubles ne s'arrêtent pas à 18 heures ni le week-end !

Nous proposons une extension des plages d'ouverture des CMP et la systématisation des Centres d'accueil et de crise ouverts 24h/24h.

Développer une clinique du sujet implique de repositionner tous les soignants (y compris les psychiatres prescripteurs) dans le « care » et non dans le seul « cure ».

Cela implique de retisser les liens qui unissaient les différents professionnels au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Si au sein des équipes les fonctions et les responsabilités ne sont pas toutes au même niveau, nous estimons néanmoins que tout le monde a à gagner à ce que les rapports entre les différents métiers soient des rapports de coopération et non de concurrence ou d'assujettissement. Nous avons la même histoire et nous sommes confrontés à la même tâche douloureuse de soigner les personnes souffrant de troubles psychiques. La psychose est suffisamment destructrice en soi pour que nous ne nous divisions pas entre nous. La diversité de nos approches professionnelles doit être une richesse pour notre réflexion et non une source de discorde.

Nous refusons la logique stérile – portée par certaines associations – de la lutte pour un pseudo pouvoir qui opposerait le corps infirmier au corps médical. Logique soutenue du côté infirmier par l'idée que leur épanouissement ne saurait se faire que dans le « rôle propre » et que le « rôle sur prescription » les met automatiquement dans une position d'exécutant du médecin. Or, c'est dans le rôle sur prescription que le décret de compétences infirmières reconnaît (encore) la possibilité de « mener des entretiens et des activités à visée psychothérapeutiques ».

Cela implique de disposer de suffisamment de lits d'hospitalisation avec les moyens humains nécessaires. Il ne s'agit pas de renouer avec l'hospitalocentrisme (mais la politique actuelle n'est-elle pas fondamentalement hospitalocentriste ?), mais de pouvoir adapter le temps de l'hospitalisation aux besoins de chaque patient en travaillant le sens de celle-ci pour chaque situation singulière.

Cela n'a d'intérêt que s'il se passe quelque chose pour le patient durant cette hospitalisation. Trop souvent l'hospitalisation se résume à veiller à l'hygiène, à l'alimentation du patient et à sa prise de traitement. Le reste du temps l'on observe des patients qui errent dans les couloirs dans l'attente d'un hypothétique entretien avec un psychiatre ou un soignant.

Nous refusons la triple injonction

- du DSM (qui dans son utilisation actuelle vise à appauvrir la clinique),
- de l'EBM¹⁰ (qui vise à renforcer le caractère appauvrissant du DSM)
- de la contrainte économique, particulièrement de la T2A (qui vise à privilégier la « technique » qui soignera le plus vite le symptôme).

La conjonction de ces injonctions fait que l'on ne reconnaît que les seules approches cognitivo-comportementales, elles-mêmes appauvries et réduites à la prise en charge du seul symptôme et aboutissant à la négation du Sujet.

¹⁰ Evidence Based Médecine : médecine fondée sur la preuve qui considère que les seules bonnes pratiques sont celles fondées sur les études de « cohortes » de moins de 5 ans publiées en anglais dans la littérature internationale (essentiellement américaine), ce qui exclut toutes les monographies et l'essentiel des publications françaises hors INSERM. Dans ce cadre, ni Freud, ni Lacan, ni Bonnafé n'ont de validité !

Gouvernance

Nous proposons la suppression du dispositif « Hôpital 2007 » et de la « Nouvelle gouvernance » qu'il contient.

Pour la psychiatrie, cela implique l'arrêt des dispositifs de la VAP (Valorisation de l'activité en psychiatrie), du RIM-Psy (Relevé d'information médicale en psychiatrie), la suppression des Pôles et des contrats de pôle.

Les **contrats de pôle** étant la mise en pratique de la fameuse directive Bolkenstein – visant à la marchandisation de la santé.

Ils prévoient d'organiser le dispositif des secteurs et leurs activités à partir des recettes générées par l'activité et non à partir des missions de service public qui leur sont dévolues et des besoins de la population.

Par ailleurs ils prévoient également des indicateurs de qualité des soins qui ne sont pas tous définis. Parmi ceux-ci il y a la DMH (Durée moyenne d'hospitalisation), comme si une durée d'hospitalisation courte était en soi un critère de qualité des soins ! Si la DMH peut être considérée comme un indicateur de qualité, ce n'est pas dans le domaine des soins mais dans celui de l'économique !

Par ailleurs, cela va certainement relancer le débat autour de l'efficacité des techniques psychothérapeutiques et faire ressurgir l'étude de l'INSERM sur l'évaluation des psychothérapies qui avait du être retirée par le ministère après la levée de boucliers des praticiens. Ce rapport soulignait que les psychothérapies cognitivo-comportementales étaient nettement plus efficaces que les psychothérapies psychodynamiques. Cette étude comportait deux biais essentiels. Le premier c'est que l'évaluation portait sur la persistance des symptômes et non sur la souffrance ressentie par le sujet. Le second est que ces techniques sont faites pour être évaluées à partir de grilles, alors que les thérapies psychodynamiques se situent dans le domaine du subjectif.

Le PMSI n'ayant jamais pu être validé en psychiatrie – malgré vingt ans d'efforts ! – la T2A (Tarification à l'acte) est remplacée par la **VAP** (Valorisation de l'activité en psychiatrie). Le coût de l'acte n'est pas fonction de la pathologie. Son montant sera défini en fonction de la nature de la structure où il sera administré (CMP, CATTP, HDJ, HDN, Hospitalisation complète), du temps que dure la séance, du nombre d'intervenants et du nombre de patients.

Cela va entraîner une rigidification bureaucratique des modalités de prises en charge, notamment en soins ambulatoires. Pour être rentable il faudrait proposer des prises en charge d'une heure maximum pour un soin ambulatoire et de trois heures minimum pour un soin en CATTP. Alors que l'expérience clinique a appris – notamment en pédopsychiatrie – que pour certains patients une heure est trop courte, mais que trois heures c'est beaucoup trop long !

Le **secteur** doit être réaffirmé comme pivot de l'organisation du dispositif de santé mentale. Le développement de coopérations intersectorielles, pour le développement de certaines alternatives à l'hospitalisation, doit être fondé essentiellement sur une logique clinique et non purement économique de réduction des dépenses.

Nous proposons de ré-instaurer au sein du ministère de la Santé un Bureau chargé des questions de la psychiatrie et de la santé mentale.

Au niveau de la Loi de Finances, nous proposons de doter la psychiatrie (concernant le champ sanitaire) et la santé mentale (concernant le champ social et médico-social) d'une

enveloppe nationale permettant la garantie de leurs moyens et la mesure de l'évolution de leurs taux directeurs.

La politique du médicament

Produit de santé, la recherche, la production, la distribution du médicament doit répondre aux besoins de santé publique nationale et mondiale. Il doit s'extraire de la loi du marché. La puissance publique doit reprendre l'initiative et le contrôle sur cet enjeu stratégique. Ce d'autant plus que c'est la solidarité qui finance le médicament par l'intermédiaire du remboursement par la sécurité sociale. Le médicament doit sortir – en France et dans le monde – des règles établies par l'OMC et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS).

La recherche

Qu'elle soit publique ou privée, la recherche est aujourd'hui soumise aux contraintes du marché. Ainsi, des disciplines comme la microbiologie ou la chimie souffrent d'un manque de moyens publics. Pourtant, l'invention de nouveaux antibiotiques passera aussi par des progrès dans ces sciences fondamentales. Parallèlement, la recherche industrielle doit engager de nouveaux programmes de recherche sur les antibiotiques. Plus généralement, la recherche publique comme la recherche privée, la recherche fondamentale comme la recherche appliquée sont soumises à une contrainte insensée de rentabilité. Les marges brutes (toutes charges exclues notamment le R&D) atteignent 30 à 35 % sur le médicament. Ainsi, seules des filières – type biotechnologies à débouchés immédiatement rentables – trouvent les moyens de leur développement, les médicaments et thérapies qui en sont issus atteignant des prix prohibitifs. Particulièrement victime de cette loi impitoyable, la recherche sur les maladies concernant les plus pauvres : tel le paludisme. Au-delà, cette logique engendre une authentique panne de l'innovation.

Il faut d'une part relancer la recherche publique. Et d'autre part, imposer à l'industrie pharmaceutique une charte éthique dans le cadre d'un pôle public du médicament. Inclure dans cette charte éthique le devoir de recherche même dans des axes thérapeutiques non rentables. Et notamment de travailler la globalité d'un sujet. Par exemple les anti-infectieux dans leur totalité – anti-bactériens, anti-parasitaires et anti-virus, et non uniquement les vaccins. La démocratie, avec l'intervention des salariés, des élus, des associations..., est la garantie du respect de cette charte éthique.

Une réflexion sur les brevets en bio-médecine doit être engagée. Le scandale du sang contaminé, puis celui de la vache folle, ont montré combien la financiarisation peut être porteuse de drames humains. La difficulté pour les pays émergents de produire leurs propres médicaments est une des facettes des aspects néfastes des brevets. Actuellement, les brevets sont devenus « auto-bloquants ». En effet, chaque progrès intègre les progrès antérieurs, et donc dans la logique actuelle le coût des brevets antérieurs. Ainsi tous les grands groupes pharmaceutiques examinent les brevets existants encadrant une famille de molécules associées à un mécanisme d'action ; cela peut conduire à arrêter nombre de projets car si un groupe concurrent a déposé un brevet sur une molécule proche de celle sur laquelle travaille le laboratoire ou sur un mécanisme d'action proche, ils devront payer des sommes importantes pour une innovation thérapeutique. Comme les actionnaires veulent des taux de marge gigantesques, les labos préfèrent arrêter les recherches: des innovations importantes passent ainsi à la trappe. Le coût de ces brevets est devenu tellement élevé que

seuls les « majors » peuvent résister : les fusions acquisitions en sont témoins. Et au total, ces brevets sont finalement financés par la Sécurité sociale et la mutualité ! Les laboratoires dits de taille moyenne (entre 500 millions et 3 milliards d'euros de chiffre d'affaires) sont généralement considérés comme trop petits pour pouvoir développer un « blockbuster » (produit phare dont le chiffre d'affaires annuel est supérieur à 1 milliard de dollars et qui nécessite un investissement d'environ 800 millions d'euros). Toutes ces stratégies participent de la recombinaison capitaliste du secteur. Enfin, le coût des brevets favorise le copiage « me too product » plutôt que la recherche et la créativité.

Un établissement européen des découvertes et inventions scientifiques (EEDIS) pourrait être créé. Les découvertes scientifiques, comme les inventions en matière de biomédecine, pourraient y être déposées dans l'attente de validation par les publications et les communications scientifiques. Ainsi, la propriété intellectuelle serait protégée sans pour autant faire l'objet d'une marchandisation.

La recherche clinique est également sous la contrainte de l'industrie pharmaceutique. Cela par deux biais. Les assurances sur les études cliniques sont tellement chères que les hôpitaux publics ne peuvent en assumer la charge. D'autre part, le manque de moyens essentiels au fonctionnement des unités hospitalières conduit à chercher des financements parallèles, dont les études cliniques sont largement pourvoyeuses. Ainsi, l'essentiel des nouvelles molécules sont testées dans les hôpitaux publics à l'instar de l'industrie pharmaceutique. Ce qui pose le problème de leur indépendance.

Outre le financement des hôpitaux à la hauteur des besoins, l'assurance des études cliniques doit être assumée par l'État et non par des assurances privées dont les conséquences sur la recherche sont similaires à celles qui sont démontrées plus haut sur la responsabilité civile professionnelle.

La production

Exclusivement privée, l'industrie pharmaceutique est en pleine prospérité : industrie puissante, secteur économique de pointe utilisant des technologies sophistiquées, employant environ 100 000 personnes en France bien souvent hautement qualifiées. Le LEEM (patronat de l'industrie pharmaceutique) prévoit la suppression de 20 000 postes dans les années qui viennent et met en avant ces diminutions annoncées pour faire pression sur le gouvernement en invoquant les taxes payées par les laboratoires, alors que ce sont les niveaux de rentabilité exigés par les actionnaires qui sont en cause. La capitalisation boursière est en pleine expansion avec une rentabilité incontestable : ces entreprises sont des vedettes de la bourse. La mondialisation de ce secteur est très avancée, les entreprises sont très souvent multinationales, leur marché dépasse le cadre des frontières. L'industrie pharmaceutique est l'industrie la plus profitable au monde en concurrence avec l'industrie de guerre et celle du pétrole. Des sommes colossales sont dilapidées dans les programmes de rachat d'actions (3 milliards € pour Sanofi-Aventis en 2008-2009) en vue de leur destruction pour augmenter le BNPA. C'est proprement scandaleux et irresponsable. De telles pratiques qui concourent à la financiarisation extravagante de l'économie dont les conséquences se mesurent aujourd'hui devraient être interdites.

Exclusivement privée, cette industrie ne répond pas de manière satisfaisante aux besoins de la population.

Nous l'avons vu en matière de recherche : des domaines importants de la thérapeutique sont sinistrés. Particulièrement préoccupante est l'absence de nouveauté en antibiothérapie alors que les germes acquièrent des résistances de plus en plus sérieuses.

De nombreux médicaments à l'efficacité avérée cessent d'être produits parce que la marge bénéficiaire n'apparaît plus comme suffisante. Il est même des exemples où le produit le moins cher mais le plus efficace ou le mieux supporté a été supprimé au profit d'un autre plus rentable...

La détermination à baisser les coûts de production conduit à chercher le moindre coût du travail. Au prix de risques inconsidérés. Le scandale de la production d'héparine en Chine, contenant une proportion élevée d'un produit allergisant et ayant entraîné plusieurs décès et accidents graves, en témoigne.

L'industrie pharmaceutique ne devrait pas réduire ses coûts de production en faisant des économies sur la pollution de l'air, des fleuves, et des risques industriels. Là encore malheureusement, force est de constater qu'en France comme dans le reste du monde, nous sommes très loin du compte.

Autant de raisons pour que la puissance publique reprenne la main. Il faut aller vers une authentique mixité public-privé. Avec un service public suffisamment puissant pour imposer une nouvelle éthique à l'industrie pharmaceutique dans son ensemble.

Un service public du médicament serait l'instrument de cette nouvelle politique industrielle. L'État a montré qu'il est le seul capable de promouvoir des politiques industrielles de très longue portée : qu'on pense à l'énergie avec EDF-GDF ou plus récemment à l'aéronautique. Une entreprise nationale articulant recherche, production et distribution des médicaments doit voir le jour. Cela passe pour une part par une conception radicalement nouvelle de la nationalisation, en particulier dans le cadre de la globalisation financière (nationalisation trans ou supra nationales ?) de certains pôles de l'industrie pharmaceutique. Cela passe aussi par la création de nouvelles infrastructures et le développement de structures existantes comme la pharmacie centrale des hôpitaux. Elles pourraient être financées par l'État mais aussi par des coopérations internationales avec d'autres pays d'Europe ou par des États et des organismes publics internationaux concernés. Un projet européen ambitieux trouverait tout son sens ici. Ce pôle passerait des conventions de recherche avec les laboratoires de l'Université, de l'Inserm, du CNRS, du CEA, de l'Institut Pasteur, de l'ORSTOM ou de tout autre organisme compétent ; une contractualisation avec le privé serait possible. Les richesses créées pourraient servir aux investissements nécessaires futurs. Un effort initial volontaire important et continu est donc à faire.

La gestion de cet organisme sera démocratique (représentants syndicaux, associations, élus, citoyens...) afin que les objectifs initiaux et leurs définitions répondent durablement aux besoins humains.

La distribution du médicament.

La distribution pharmaceutique est régie par le Code de la santé publique et de la Sécurité sociale. À ce titre, seuls les pharmaciens sont habilités à délivrer au public des médicaments – que ces derniers soient prescrits par un médecin ou non. La publicité sur le médicament est interdite. Afin de permettre une égalité d'accès au médicament sur tout le territoire, les

grossistes répartiteurs doivent être capables de livrer quotidiennement les officines et même plusieurs fois par jour. Le déremboursement des médicaments, l'arrivée des produits génériques permettent de contourner ces règles fondamentales.

La distribution du médicament est un acte de soin. Il ne doit pas être confié à la grande distribution. Outre les explications apportées par le pharmacien, la connaissance du patient, de ses antécédents, de ses différents traitements est une condition pour adapter au mieux les modalités de prise de médicament. Et même pour prévenir des accumulations aux effets délétères. Même si les grandes surfaces confient à des pharmaciens la vente de médicaments, nous serons très loin d'une relation personnelle s'inscrivant dans le temps. Condition de la connaissance par le pharmacien du malade dans sa globalité. Enfin, comment les personnes malades ou en perte d'autonomie se procureront-elles leur traitement si l'officine de proximité disparaît ?

Le remboursement du médicament

Le médicament doit être remboursé à 100 % par la Sécurité sociale. Encore faut-il que le prix de celui-ci soit contrôlé par la puissance publique. Nous avons vu le coût des brevets antérieurs et les marges bénéficiaires indues réclamées par l'industrie pharmaceutique sur le prix des médicaments. Il existe même des exemples où l'industrie pharmaceutique exclut des molécules du remboursement des médicaments pour majorer la marge bénéficiaire (la pilule contraceptive de 3^e génération).

La vérité doit être faite sur les coûts de recherche, le coût de la publicité, le poids des profits. Il faut également pour cela que l'ensemble des revenus soient soumis à cotisation afin de doper le financement de la Sécurité sociale.

Les procédures d'autorisation de mise sur le marché (AMM) et l'évaluation du prix des médicaments devront être transparentes et réalisées par une structure publique. La commission dite de la transparence du Comité économique des produits de santé (qui fixe les prix des médicaments) doit être réformée : elle doit devenir réellement transparente et démocratique, elle doit fixer les prix en fonction du coût réel de l'ensemble de la chaîne de recherche et de production, elle doit permettre le remboursement de l'ensemble des médicaments utiles.

Il convient de simplifier et faciliter la déclaration des effets secondaires des médicaments et de tenir compte de ces déclarations lors de la révision tous les cinq ans des AMM. L'EEDIS devra permettre une utilisation publique des découvertes et des inventions.

L'information sur le médicament

Les visiteurs médicaux sont le principal vecteur de l'information aux soignants des nouveautés dans le domaine du médicament. Leur niveau de formation est actuellement incontestable. Leur dépendance face à l'industrie pharmaceutique – ils en sont salariés – est indéniable.

Outre la formation continue des soignants, une charte déontologique (il existe bien une charte du LEEM qui n'est absolument pas respectée) doit régir la profession de visiteurs médicaux. Ils doivent pouvoir opposer à leur hiérarchie un droit de retrait. Il faut substituer une logique d'information à l'ensemble des professionnels de santé (seuls les médecins de ville les plus rentables sont vus par les visiteurs médicaux, soit environ 50 % de la totalité des médecins), à celle de marketing avec obligation de résultat (75 % de

l'information chez Sanofi-Aventis France est délivrée sur les 10 médicaments les plus rentables).

Le générique : avancée ou recul ?

On ne peut parler des génériques sans lever l'ambiguïté sémantique qui entoure ce débat. Deux notions différentes sont regroupées sous le même mot. Les médicaments génériques dont les brevets sont échus (concernent en fait les pays développés) sont à distinguer des copies des médicaments encore sous brevets et produits dans les pays pauvres. Si nous soutenons pleinement le droit pour les pays en voie de développement à produire leurs propres médicaments, nous souhaitons qu'un débat loyal soit mené sur l'intérêt des médicaments génériques (brevets échus).

À grand renfort médiatique et administratif, le générique a été présenté comme une grande avancée. Mais de nombreuses questions restent posées.

- La compliance au traitement (c'est-à-dire le fait qu'un patient suive son traitement correctement et pendant toute la durée prescrite) est directement liée à la forme galénique (comprimés ou gélules ou suppositoires..., mais aussi taille, couleur, goût...). Les génériques ne répondent pas à cette préoccupation.
- Tout particulièrement pour les personnes âgées et pour celles qui n'ont pas la maîtrise de la langue, l'aspect, la couleur... sont des moyens de repères importants. Or le changement de forme galénique, à chaque renouvellement d'ordonnance conduit à une perte de ces repères, et par conséquent à des confusions voire des erreurs.
- Le nom commercial des médicaments est prévu (logique commerciale oblige !) pour être mémorisé facilement. Ce qui est bien loin d'être le cas pour le nom des molécules. Il est ainsi devenu très difficile pour les malades, et même pour les soignants, d'informer sur les traitements en cours.
- Les process de fabrication qui visent à réduire les coûts de production risquent d'induire des accidents sanitaires. Par exemple la qualité des produits en souffre via des excipients modifiés par rapport au médicament princeps ou la fabrication de principe actif à partir de matières premières présentant un taux de pureté moindre. Le générique est devenu l'objet d'un marché dont le chiffre s'élève à plusieurs dizaines de milliards d'euros/an.

Au-delà, trois questions de fond se posent également.

- Lorsqu'un « blockbuster » tombe dans le domaine public, les laboratoires produisent dans les mois qui précèdent un nouveau médicament « blockbuster ». Pour en favoriser la prescription, les laboratoires vont même jusqu'à offrir ces nouveaux médicaments aux hôpitaux afin de produire des habitudes de prescriptions chez les jeunes médecins. En retour, ils multiplient par 10 le prix de vente en ville ! Le plus souvent, ce nouveau médicament présente un avantage : par exemple une prise unique par jour au lieu de trois, une réduction de la durée du traitement..., autant d'éléments qui améliorent la compliance au traitement. C'est donc le prix des molécules innovantes qu'il faut contrôler (voir ci-dessus).
- Accepter les génériques, c'est accepter la logique des brevets en matière de

biomédecine.

- Comme indiqué ci-dessus, la distribution du médicament répond à la règle de la péréquation territoriale. Ce qui n'est pas le cas pour les génériques qui sont distribués par les laboratoires pharmaceutiques eux-mêmes, et qui par conséquent entrent en concurrence « déloyale » avec les grossistes.

Autant de raisons pour demander l'ouverture d'un débat sur ce sujet. Et de condamner toutes sanctions financières sur le remboursement des médicaments lorsque les malades refusent d'utiliser les génériques.

Une politique de coopération internationale

Les inégalités en matière de droit mondial à la santé dépassent l'entendement. Pollution, accès aux soins, médicaments... Nous sommes au moyen-âge de la mondialisation des droits fondamentaux de l'Humanité.

Une nouvelle politique mondiale de santé est à inventer. Politique basée sur la coopération plutôt que la concurrence. Politique basée sur la satisfaction des besoins des populations et non des actionnaires. Coopération dans le domaine de la formation des professionnels de santé.

Un nouveau rôle de l'Organisation mondiale de la santé est à creuser. Certaines molécules indispensables à la survie des populations (médicaments du sida , Grippe aviaire, etc...) pourraient être classées patrimoine de l'humanité. Il faut en finir avec les rapports de domination des pays riches sur les pays pauvres. La création d'une caisse de sécurité médicale, celle aussi d'un fonds thérapeutique international, la mise en conformité avec la convention sur la biodiversité des Nations Unies de 1990, permettraient de mettre à la disposition de pays les molécules les plus chères par un système de péréquation du prix au plan mondial.

La santé bucco-dentaire

L'état déplorable de la santé bucco-dentaire reflète de manière d'autant plus intolérable les inégalités de santé qu'il est possible de prévenir et de palier ces problèmes en associant la mise en place d'un véritable système de santé publique dentaire à une amélioration de la prise en charge des dépenses qu'ils occasionnent. Cela suppose une prise en charge à 100 % des soins conservateurs, comme préventifs, prothétiques, orthodontiques... , par une nouvelle nomenclature correctement rémunérée et opposable aux praticiens par convention. Elle doit permettre à tous l'accès aux nouvelles techniques et une pratique médicale digne de notre temps. Il faut mettre un terme à la privatisation de ce secteur qui laisse aux seuls partenaires sociaux le soin de définir les besoins en matière de santé publique dentaire. Il faut se donner les moyens d'avoir un véritable service public de soins dentaires, notamment hospitalier, très insuffisamment développé en France. Il faut créer une filière spécifique odontologique de prise en charge des personnes dépendantes. Il faut enfin se doter d'un véritable programme national de prévention bucco-dentaire collectif, et individuel en cabinet, durant toute la vie, ceci en prenant en compte les populations à besoins spécifiques.

IVG, contraception et Droits des femmes

Le droit à la contraception, à la maternité choisie et à la maîtrise de son corps est avant tout une conquête des femmes permettant des droits égaux aux hommes et aux femmes.

Il n'en demeure pas moins que ces droits sont effectifs dès lors que les moyens en terme de santé publique sont mis en œuvre. La gratuité pour les femmes – et tout de suite pour les jeunes filles – des moyens de contraception, le droit à l'interruption volontaire de grossesse et la mise en œuvre des moyens nécessaires à son application sont des enjeux immédiats.

Notre pays a connu la période des avortements clandestins dont les conséquences graves sur la santé des femmes sont maintenant largement connues.

En Europe et dans le monde, des millions de femmes ont encore recours à l'avortement illégal dans les pays qui interdisent ou qui ont des lois extrêmement restrictives sur l'IVG. L'obscurantisme, le déni du droit pour les femmes à disposer de leur corps, la pratique de l'avortement clandestin provoquent de nombreuses victimes. Ainsi à ce jour il est établi que près de 70 000 d'entre elles meurent chaque année des complications d'avortements clandestins. Et c'est sans compter sur la détresse des femmes qui vivent ce moment dans des conditions déplorables.

IVG – CONTRACEPTION

Le droit à la contraception et à l'IVG est un droit acquis de haute lutte.

Le droit fondamental des femmes à disposer de leur corps et à décider de leur maternité est un préalable incontournable pour que les femmes puissent disposer de leur personne, décider de leur vie privée et sociale.

Aujourd'hui ce droit est toujours menacé par les lobbies anti-avortement. Malgré la loi qui permet l'IVG jusqu'à 12 semaines, 5 000 femmes avortent à l'étranger faute de structures, de personnels hospitaliers et de moyens en France.

Pour que les lois s'appliquent réellement il faut les assortir de moyens concrets et notamment arrêter de casser l'hôpital public

Contraception :

Organisation de campagnes nationales d'information sur la contraception

Remboursement à 100 % sur ordonnance de tous les moyens contraceptifs.

Éducation sexuelle et contraceptive dans les collèges et les lycées.

Gratuité des moyens de contraception pour les jeunes filles.

Infirmières dans les établissements scolaires. Notamment dans le cas de la prescription de la pilule d'urgence.

IVG

Moyens budgétaires permettant une réelle application de la loi du 4 juillet 2001

- Pour le fonctionnement des centres d'unités hospitalières qui pratiquent l'IVG.
- Pour la création de nouvelles unités spécialisées extra-hospitalières dévolues à la contraception, à l'IVG et à la prévention et pour la pratique de l'IVG médicamenteuse.
- Augmentation du forfait (220 euros) reconnu par la Sécurité sociale pour pratique de cet acte.
- Statut des personnes des centres IVG.

Reconnaissance du Mouvement national du Planning familial. Moyens aux associations qui travaillent auprès des jeunes filles et des femmes sur le terrain de la contraception.

Campagnes publiques d'information sur ces questions.

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Détection, politique de santé, action sociale

Une femme meurt tous les trois jours en France des conséquences de violence conjugale. 50 000 femmes sont violées chaque année. 10 % des femmes vivant en couple subissent des violences.

Les femmes victimes de violence, en raison des sentiments de honte, de culpabilité, se réfugient souvent dans le silence. Traumatisées, elles souffrent de plusieurs maux. Les troubles psychologiques, psychosomatiques sont nombreux. La souffrance physique est aussi présente. Les violences causent de lourds préjudices à la santé des femmes. Le rapport Henrion de février 2001 révèle l'importance des séquelles traumatologiques et insiste sur les risques concernant la santé mentale.

Ces femmes ont besoin de l'intervention des professionnels de santé qui doivent être en mesure de repérer leur difficulté à vivre et à mettre en mots leur émotion. Ceux-ci se trouvent cependant encore souvent démunis devant ce type de public. C'est pourquoi un plan de formation adéquate et continue doit être mis en place.

Il est souhaitable d'ajouter aux plans régionaux de santé publique prévus à l'article L1411-11 du code de la santé publique et qui comprend différents programmes considérés comme prioritaires, un programme de prévention, de dépistage précoce des violences à l'égard des femmes, d'assistance et d'aide à la reconstruction des victimes.

Lutte contre l'excision.

Veritable atteinte à la dignité et à l'intégrité des femmes, la lutte contre l'excision doit devenir un objectif majeur. Campagne de sensibilisation, dépistage, collaboration avec les associations de femmes concernées..., doivent être au cœur de cette politique.

La chirurgie de reconstruction devra être développée et prise en charge à 100%.

Don du sang, de moelle osseuse, d'organes

I - DON DU SANG

Il ne peut y avoir de santé publique de haut niveau ni d'accès aux soins pour tous sans un système transfusionnel moderne. Pour être de qualité il doit être éthique, c'est-à-dire hors commerce.

Aujourd'hui 82 % des habitants de la planète ne sont pas sûrs de pouvoir recevoir du sang s'ils en ont besoin et, s'ils sont transfusés, ils ne sont pas assurés de la sécurité sanitaire du produit. Exemple terrifiant : dans les pays sous développés, chaque année 500 000 femmes meurent faute de transfusion après une hémorragie au cours d'un accouchement.

L'efficacité et la notoriété de notre système font que le Service Public de la transfusion, l'EFS (Établissement français du sang) est très sollicité à l'échelle internationale. Il participe à la formation des personnels médicaux ou à l'organisation de la transfusion (ou les deux) directement dans 30 pays ; au travers du réseau RAFT, il contribue à l'aide en direction de 23 pays francophones d'Afrique, ainsi qu'au projet « Euro social » avec huit pays d'Amérique latine.

En France nous avons de la chance. Après que les premières transfusions de « bras à bras » aient été effectuées sur des blessés lors de la guerre de 14/18, notre pays a toujours été pionnier dans ce domaine. Premier service de transfusion en 1923, premier centre de transfusion en 1929 à l'hôpital Saint-Louis à Paris, naissance du centre national de la transfusion en 1949. Dès 1952 une loi établit l'éthique du don de sang : « anonyme, volontaire, bénévole » et la création d'un centre de transfusion dans chaque département. Une loi de 1998 a ajouté « sans profit ».

L'excellence de notre système, le don bénévole avec un réseau associatif couvrant la quasi-totalité du territoire, le service public de la transfusion avec l'EFS (Établissement français du sang), la large gamme de médicaments dérivés du plasma produit par le LFB ; tout cela conduit à une consommation accrue de produits sanguins : + 3 % en 2006 , + 4 % en 2007 pour le sang , près de + 10 % pour le plasma .

Cela entraîne une situation tendue. À plusieurs moments de l'année la baisse du stock de CGR nécessite des appels d'urgence, l'organisation de collectes exceptionnelles, lourdes à organiser et à gérer.

L'EFS qui a renouvelé une série d'appels sur l'ensemble des médias à l'occasion de la Journée mondiale du don de sang le 14/06/08 estime à 200 000 le nombre de nouveaux donneurs à recruter pour faire face aux besoins. Il faudrait aussi « fidéliser » un plus grand nombre de donneurs pour parvenir à une moyenne de 2 dons/an contre 1.6 actuellement.

Aujourd'hui notre système est confronté à deux difficultés.

La première est quantitative. Il faut trouver plus de donneurs face à une progression constante du besoin de sang et de médicaments dérivés pour les malades.

En 1929, 262 transfusions avaient été réalisées, 35 000 en 1938. En 2007, 2 100 000 concentrés de globules rouges (CGR) ont été transfusés. S'y ajoutent 700 000 litres de plasma pour la production de « médicaments dérivés » et 68 000 poches de « plaquettes ».

La deuxième difficulté est politique et européenne. Soumise aux plaintes de multinationales commercialisant les produits sanguins, la Commission Européenne a « mis en demeure » le gouvernement français (2 juillet 2007) de prendre des mesures « conformes au droit communautaire », c'est-à-dire favorables à la marchandisation et donc contraires à nos principes éthiques. Ils exigent des dérogations de 5 ans pour commercialiser en France des médicaments dérivés du sang issus de prélèvements rémunérés venant d'autres pays.

À ce jour, le gouvernement français n'a pas cédé. Donc inéluctablement notre pays sera traduit devant la « Cour de justice européenne ».

L'expérience montre que lors de procès intentés par des entreprises usant de la mise en concurrence des salariés contre les États disposant d'un code du travail, de conventions collectives ; à chaque fois la cour de justice (à Luxembourg) a donné raison aux entreprises. En témoignent les affaires « Laval-Vaxholm », « Viking Line » ou « Ruffert ».

La France s'honorerait de ne pas attendre une condamnation mais au contraire d'être offensif en intervenant pour que la cour de justice respecte les directives européennes qui préconisent la « généralisation du don bénévole » et la promotion de « l'autosuffisance en sang humain et composants sanguins ». Il s'agit notamment des directives 89/381/CEE du 14/06/89 et 2002/98/CEE du 27/01/03.

Connaissant les mécanismes européens, le professeur PELLET, à qui le gouvernement a confié la rédaction d'un rapport sur ce sujet, envisage la condamnation de la France et suggère une solution.

Il propose qu'alors notre système transfusionnel soit scindé en deux.

L'un – collecte du sang total, des plaquettes et du « plasma thérapeutique » (destiné à la transfusion) – resterait à la charge de l'EFS, l'autre – la collecte du plasma destiné aux médicaments dérivés – serait confiée au LFB (Laboratoire du fractionnement et des biotechnologies). Cela porterait un coup terrible à l'équilibre financier de l'édifice, l'EFS perdant la ressource plasma. Et les donneurs seraient confrontés à la concurrence entre les deux institutions.

C'est pourquoi les citoyens, les élus notamment les députés européens, les personnels médicaux, les malades doivent être informés et exiger que l'UE comme le gouvernement français s'opposent aux prétentions des multinationales du commerce des produits sanguins.

Propositions

1. Développer avec persévérance, l'information des citoyens sur le besoin en produits sanguins, les raisons de la progression, l'irremplaçable solidarité pour faire face. Pour faire du don du sang, un acte citoyen banal et régulier.

Cela nécessite une mesure législative définissant des obligations nouvelles de l'État afin qu'il use de tous les moyens à sa disposition pour multiplier l'information dans ce domaine :

- par les médias,
- par les services publics,
- par le canal des collectivités locales,
- par l'éducation nationale avec l'obligation de vulgarisation à la fin du CM2 au collège, ainsi que dans les lycées et universités où la majorité des élèves et étudiants a dépassé l'âge de 18 ans et peuvent devenir donneurs.
- lors de la journée de Service civique obligatoire.
- Et, pour tous, le 14 juin de chaque année journée mondiale du don de sang bénévole. Notons qu'en 2010 c'est à la France que revient la charge d'organiser cette journée.

2. Décider de quelques actes forts en direction du monde associatif, la FFDSB (Fédération Française pour le Don de sang Bénévole), ses 92 unions départementales, ses comités régionaux et ses 2720 associations. Cela inciterait les militants à un dynamisme accru. L'absence de madame la ministre de la Santé les 1^{er}, 2 et 3 mai au Congrès national est à cet égard tout à fait négatif.

3. L'augmentation de l'utilisation de produits sanguins labiles, pourrait s'associer à terme à une pénurie de ces produits.

A ce jour aucune étude n'analyse les causes de cette augmentation. Les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance pourraient par exemple être dotés de moyens supplémentaires et d'une mission d'expertises sur les dernières années pour travailler sur l'évolution possible des besoins.

4. Nous pourrions faire nôtres certaines propositions du rapport PELLET qui pourraient aussi devenir des obligations européennes :

- 1) la création d'un « pictogramme » apposé sur tous les conditionnements des médicaments dérivés du sang permettant d'identifier les produits éthiques ;
- 2) la création d'une obligation pour les médecins d'obtenir le « consentement éclairé » du malade avant toute prescription d'un médicament issu de prélèvement sanguin rémunéré.

Rappelons – cela a été confirmé lors des journées « Euro'Sat, Seminars for advance in transfusion » les 4 et 5 octobre 2007 à Paris – qu'il n'existe aucun produit de substitution pour les globules rouges et les plaquettes, et que toutes les études menées dans les pays industriels ont été abandonnées. Depuis 10 ans, les essais cliniques concernant le transport d'hémoglobine ont aussi été abandonnés.

II – LE DON DE MOELLE OSSEUSE

Notre pays est doublement à l'origine de la greffe et du traitement des leucémiques grâce à la découverte du système HLA par Jean Dausset puis à l'utilisation des « cellules-souches du sang de cordon » avec la Première mondiale en 1988 par l'équipe d' Eliane Gluckman à l'hôpital Saint-Louis à Paris.

Aujourd'hui, bien qu'à l'origine de cette thérapeutique, la France est très critiquable puisqu'en retard sur de nombreux pays.

En France, environ 400 malades décèdent chaque année faute de greffon. Cette carence est chiffrée : nous disposons de 150 000 donateurs volontaires inscrits sur le registre national quand l'Allemagne en compte 2 700 000. La cause essentielle est la méconnaissance des citoyens faute d'information et de sensibilisation. L'absence d'information entraîne, de plus, une confusion entre « moelle osseuse » et « moelle épinière ». La disparité du nombre d'inscrits liée aussi au mouvement associatif est extraordinaire : elle va de 0,05 % de la population à 1,19 % (soit 23 fois plus) selon les départements. Plus de 1 800 patients sont inscrits sur le registre, en attente de greffe.

1- la solution passe par la proposition formulée dans les lignes précédentes destinées à la promotion du don du sang à élargir au don de moelle osseuse. Les conditions sont quasi identiques : être en bonne santé, avoir 18 ans mais l'inscription au registre est alors limité à 50 ans.

Une vigoureuse campagne d'information entraînerait la création d'associations qui devraient être aidées, leurs militants formés. De leur côté, l'EFS et l'Agence de bio-médecine ont édité 800 exemplaires en CD-Rom destinés aux médecins de collecte de l'EFS.

Contrairement au don du sang, une minorité seulement de départements dispose d'associations travaillant pour le don de moelle osseuse. Il n'existe pas de véritable structure nationale.

Une telle campagne aiderait et entraînerait les associations de donateurs de sang à s'investir dans la promotion de don de moelle osseuse.

2- Le sang du cordon

L'évolution de la greffe des leucémiques montre à ce jour la quasi-égalité des 3 modes : « moelle osseuse – cellules souches périphériques » et « sang de cordon ». Expérimenté depuis 2004 chez les adultes, ce mode de greffe y obtient le même résultat que chez les enfants. Il semble qu'aujourd'hui 45 % des leucémiques pourraient bénéficier de greffe de sang du cordon.

Mais avec seulement deux établissements « banque de cordons » (Besançon et Bordeaux) travaillant chacun avec 4 maternités, un établissement de stockage (l'EFS d'Annemasse) et 2 « banques » en cours de création, il est difficile de développer ce type de greffe.

Proposition :

Étudier d'urgence la multiplication d'établissements « banques de sang de cordon » et de maternités habilitées à les prélever. Former des personnels médicaux.

III- DON D'ORGANES

En 2007, 4 664 greffes d'organes ont été réalisées en France à partir de 1 562 personnes prélevées pour 3 143 personnes en état de mort encéphalique recensées. Les résultats sont encourageants : plus 236 personnes greffées, le taux de refus passe de 32 à 28 %. Malgré cela, 231 personnes sont décédées faute d'un organe disponible à temps : au 31/12/2007, 13 074 malades étaient en attente de greffe.

Dans ce domaine, l'effort d'information, de communication est décisif pour vaincre les réticences culturelles, religieuses, idéologiques et permettre aux malades en attente de trouver un greffon.

La procédure de décision du donneur adulte devrait être simplifiée, malgré le traumatisme que cela peut entraîner dans les familles. Bien qu'en régression, 32 % en 2006, 28 % en 2007, le taux de refus reste élevé.

L'inscription de l'acceptation du don sur la carte Vitale serait une solution incontestable.

L'exemple de Valence, Drôme.

Situé dans un département où l'implantation du mouvement associatif et d'équipes médicales est ancienne, l'Hôpital Général de Valence bénéficie d'une dérogation unique en France pour prélever moelle osseuse et organes.

Le taux de prélèvement de moelle osseuse y est supérieur à la moyenne nationale (2,3 fois en 2006, dernier chiffre connu) avec 4 prélèvements pour 640 000 habitants. 169 le sont au plan national pour 64 millions d'habitants.

Le taux de refus de dons d'organes y est plus bas, 16,6 % en 2006, 18,5 % en 2007. Une année il y a eu 0 % de refus.

Proposition :

Former des équipes médicales plus nombreuses et habiliter des hôpitaux généraux afin de multiplier en les décentralisant les capacités de prélèvement sur les donneurs potentiels.

Cette dernière proposition est autant utile au don d'organes qu'au don de moelle osseuse.

La fin de vie.

Le débat sur la fin de vie prend des formes passionnelles alors qu'au contraire le rapport à la mort est un enjeu civilisationnel qui justifie le débat le plus rationnel, le plus éclairé, le plus démocratique possible. Nous pensons que le débat sur la fin de vie ne peut être réductible à celui sur l'euthanasie.

En cours de rédaction :

- Quelques définitions :

Cinq types d'actes médicaux sont possibles en fin de vie : l'administration d'analgésiques à des doses élevées qui accélèrent éventuellement le décès ; la limitation ou l'abstention des traitements (actifs ou de réanimation) ; l'arrêt des dispositifs de survie artificielle ou l'arrêt des traitements ou de thérapeutique active, dont la conséquence peut être aussi d'avancer le moment de la mort ; l'aide au suicide ou suicide médicalement assisté ; l'administration d'une substance toxique pour provoquer délibérément la mort (par injection), ce que nous appellerons « euthanasie ». La législation française permet actuellement, sous certaines conditions, les trois premiers actes, tandis qu'elle interdit l'aide au suicide et l'euthanasie.

- La resocialisation de la mort contre sa chosification (exclusion des mourants et de leur proches...)
- Marchandisation de la mort (directive européenne sur les pompes funèbres...)
- L'enjeu de la maîtrise de sa propre mort : la logique des gagnants
- Développement des soins palliatifs
- Nécessité d'un débat démocratique éclairé : responsabilité de la puissance publique et des médias, rôle des organisations politiques pour des débats de proximité sur une éventuelle modification de la loi Léonetti en faveur de ce qui pourrait s'apparenter à du suicide assisté.