



# COORDINATION NATIONALE

des Comités de Défense des Hôpitaux  
et Maternités de proximité

## POUR UN SERVICE PUBLIC SANITAIRE ÉGALITAIRE ET SOLIDAIRE DE PROXIMITÉ

### Un projet pour débattre et avancer ensemble

Document de travail - dernière mise à jour 17/09/2018

Au fil des réformes, la CN-Coordination Nationale des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternité de Proximité (fondée en 2004 et agréée par le Ministère de la Santé) a analysé et dénoncé les politiques de destruction et de réduction de tous nos services publics, et particulièrement celui concernant notre système de santé.

De la nécessaire réponse aux besoins de toutes et tous, nous sommes passés aujourd'hui à un système de santé parcellisé, soumis aux coupes budgétaires, à la privatisation, au numerus clausus et ne respectant plus l'indispensable aménagement égalitaire du territoire. La fracture territoriale s'ajoute ainsi à la fracture sociale ce qui empêche de mener une politique égalitaire et solidaire en matière de santé, et ce qui explique le développement des déserts sanitaires et l'augmentation du nombre de personnes marginalisées.

Il nous faut donc réactualiser et réaffirmer nos positions fondamentales concernant la santé, en tenant compte également des priorités écologiques et socio-économiques, car elles ont toutes d'énormes influences sur la santé publique, **pour garantir en tout lieu du territoire, et pour toutes et tous, une offre de soins sécurisée et de qualité.**

Avec ce document la CN espère contribuer à créer les conditions d'un débat citoyen le plus large possible avec toutes les personnes et entités concernées.

Ce document sera amené à être modifié et/ou complété en fonction des situations locales et des évolutions des politiques nationales en matière de santé.

## **I UNE NÉCESSAIRE DÉMOCRATIE : les citoyen-ne-s sont à la base de l'expression des besoins**

Il est important de considérer la santé dans sa globalité, c'est-à-dire, selon la définition de l'OMS comme l'état de bien-être social, psychologique et physique. La santé doit donc s'entendre de la naissance à la mort, de la prévention à la prise en charge de la dépendance, en passant notamment par l'éducation thérapeutique et le soin...

C'est en ce sens que la santé est un fait social global.

Depuis plusieurs décennies la politique nationale de santé est axée sur la redéfinition de l'offre de soins. L'expression des besoins, territoire par territoire, n'est ni prévue ni même possible suite aux lois BACHELOT et TOURAINE. L'État (= collectivités nationale et territoriales) doit l'organiser afin de garantir l'égalité de l'accès aux soins, du droit à la santé et à la protection sociale, de l'éducation et de l'information des citoyen-ne-s.

Partir des besoins impose qu'usager-e-s, personnel-le-s de santé et élu-e-s soient bien représenté-e-s, à tous les niveaux, du local au national, dans les instances décisionnelles, présentes ou à créer, en lien avec les différents échelons des collectivités territoriales et de l'administration de l'État et de la Sécurité Sociale ; il faut aussi qu'ils/elles soient doté-e-s de moyens et de pouvoirs leur permettant de mieux exprimer ces besoins et d'en contrôler la réponse donnée.

Nous proposons dans ce cadre :

- La mise en place de collectifs régionaux d'observation sanitaire (indépendants des ARS dont nous demandons la disparition), pouvant se décliner au niveau départemental et par bassin de vie, et regroupant des professionnel-le-s de santé, des citoyen-ne-s, l'Etat, des élu-e-s, afin d'établir un bilan objectif, de partager des actions et résultats en matière d'accès aux soins et de prise en charge du système de santé, d'évaluation de ses atouts et de ses insuffisances et de recenser les besoins en matière de santé.
- La mise en place de collectifs locaux d'observation sanitaire, collectifs élaborant en permanence, en lien avec les collectifs régionaux, un rapport annuel sur la situation sanitaire, recensant les besoins de la population et analysant l'application des décisions prises.
- Sur la base des travaux des comités locaux d'observation sanitaire, l'élaboration d'un plan local de santé est alors définie par l'ensemble des soignant-e-s, de la population, des centres de santé et des hôpitaux des différents niveaux. Ce plan, comportant un projet de prévention et de soins ainsi qu'un projet de fonctionnement et de suivi.

- **La réappropriation de la Sécurité sociale**, notamment par le rétablissement de l'élection des administrateur-trice-s salarié-e-s des caisses à tous les niveaux. Cette autonomie gestionnaire entraîne donc la suppression de la réforme Juppé (loi de financement de la Sécurité Sociale), de la tutelle de l'État, qui n'est plus alors pour la Sécurité sociale, comme pour toute la Santé, qu'un garant de l'intérêt national.
- **La remise en cause des exonérations et autres dégrèvements** sur les cotisations sociales accordées aux entreprises.
- **La définition un mode de financement du système de santé qui réponde prioritairement aux besoins.** Il doit répondre aux principes solidaires fondateurs de la sécurité sociale : « Il est institué une organisation de la Sécurité Sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent et **chacun cotise en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins.** »

L'objectif est bien de trouver des moyens, non de les réduire : c'est donc l'inverse des politiques gouvernementales depuis de nombreuses années. Pour nous le financement de la santé n'est pas un coût mais un investissement créatif et solidaire au bénéfice de toutes et tous.

- **La redéfinition du mode de rémunération des professionnels de santé libéraux**, qui devra s'inscrire dans les nouvelles logiques de fonctionnement et les objectifs du système de santé. Cela impose de revoir la formule du paiement à l'acte qui ressemble pour le libéral à ce qu'est la T2A pour les hôpitaux, d'encourager le salariat (centre de santé).

## **II : REPENSER L'ORGANISATION TERRITORIALE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE TOUTES ET TOUS PARTOUT**

### **1. Le Bassin de Vie et de Santé**

Le bassin de vie de type INSEE constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Pour nous, comme la proximité est un élément fondamental pour l'accès aux soins, ce niveau nous convient bien.

**Il faut y ajouter la notion de périmètre déterminé par le délai d'accès aux soins urgents dans les 30 minutes.** Dans ce cadre, interviennent distance-temps et densité de population.

## 2. La Prévention

Elle doit être omniprésente dans tous les aspects de la vie sociale et, pour ce faire, nécessite l'intervention de professionnel-le-s de santé et de travailleur-euse-s sociaux-ales :

- Dans l'enseignement, de la maternelle à l'université, en donnant les moyens humains et matériels nécessaires à la médecine scolaire et universitaire.
- Au travail, en redonnant à la médecine du travail les moyens humains et matériels nécessaires et en garantissant son indépendance vis-à-vis des employeurs.
- Dans les communes et les quartiers (PMI, planning familial, lieux d'écoute...).
- Tout au long de la chaîne du soin.
- Elle doit permettre tout au long de la vie, l'accès aux moyens de prévention et de dépistage dans le cadre d'une approche globale de la santé (aspects médicaux psychologiques sociaux et environnementaux).

Pour ce faire, comme nous l'avons déjà exprimé, il est indispensable que le paiement à l'acte pour les médecins soit amélioré et/ou progressivement supprimé, afin de dégager du temps d'analyse et de conseil, et de ne pas être soumis aux rendements et aux seules considérations financières.

## 3. Le Soin

Le soin doit s'organiser dans les bassins de vie dans un souci de continuité et de complémentarité et dans le respect des principes de subsidiarité et de suppléance \*

\*Le **principe de subsidiarité** est un concept politique et social selon lequel la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, doit être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème d'elle-même. Il va de pair avec le **principe de suppléance**, qui veut que quand les problèmes excèdent les capacités d'une petite entité, l'échelon supérieur a alors le devoir de la soutenir, dans les limites du principe de subsidiarité. C'est donc le souci de veiller à ne pas faire à un niveau plus élevé ce qui peut l'être avec autant d'efficacité à une échelle plus faible. L'application de ces deux principes conduit à la recherche du niveau pertinent de l'action publique et de la proximité optimale pour les citoyens.

### A. Le Premier Recours ou Service Public Sanitaire de Proximité :

Il doit pouvoir donner une réponse, assurant prévention, dépistage, prise en charge des symptômes courants, suivi et prise en charge de certaines pathologies chroniques, orientation vers le social ou le sanitaire et social, continuité et permanence des soins.

Il est assuré aujourd'hui majoritairement par la médecine libérale et par trop peu de centres de santé.

Nous préconisons la **création d'un service public de santé de proximité** s'appuyant prioritairement sur un maillage territorial en **centres de santé pluridisciplinaires**

permettant un exercice de la médecine répondant aux souhaits des jeunes professionnels : salariat, travail en équipe...

➤ Ces centres de santé, structures publiques, seraient :

- le premier maillon de la chaîne du soin et de la prévention.
- impliqués dans l'élaboration, la mise en application et l'évaluation du plan local de santé.
- gérés démocratiquement avec une représentation des élu-e-s, de l'ensemble des soignant-e-s, des usager-e-s-citoyen-ne-s.
- assurant des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, participant aux réseaux de santé.
- participant à la permanence des soins en lien avec les urgences hospitalières et les professionnels de santé libéraux.
- associant de manière pluridisciplinaire, généralistes et spécialistes, professionnel-le-s de la santé et du social, et autres personnes concernées.
- avec des professionnels salariés
- garantissant le tiers-payant et excluant tout dépassement d'honoraires.
- participant à la formation des professionnel-le-s de santé.

## **B. L'hôpital,**

➤ **NIVEAU 1 : le SHTP-Site Hospitalier Territorial de Proximité**

Il s'agit d'une unité hospitalière qui doit être la plus autonome possible sur un site et qui répond aux besoins d'une population plus ou moins importante. Sa fermeture ou son inexistence met en péril la vie des habitants, une des **références la justifiant étant le délai d'accès aux soins urgents dans les 30 minutes.**

Il fonctionne en réseau, notamment avec les structures de niveaux 2 et 3.

Cet établissement doit comporter :

- **Une maternité de niveau 1** : accouchement à l'issue d'une grossesse non compliquée. Outre la préparation, le suivi des grossesses et l'accouchement, ces maternités, dotées d'une équipe médicale d'obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, réalisent les césariennes et les soins en urgence et sont dotées d'un dépôt de sang.
- **Un centre d'IVG et un planning familial.**

- **Urgences et SMUR** : service d'urgences hospitalières, fonctionnant 24H. sur 24, 7 jours sur 7, appuyé par un plateau technique, géré par des médecins urgentistes, renforcés autant que de besoin par les spécialistes anesthésistes-réanimateurs, pédiatres, cardiologues, chirurgiens ; c'est aussi le siège d'un SMUR.
- **Chirurgie** : le plateau technique et la permanence chirurgicale doivent permettre la prise en charge d'une urgence chirurgicale vitale. L'activité programmée comporte obligatoirement de la chirurgie viscérale et orthopédique, sans exclure cependant la possibilité de spécialités chirurgicales (ophtalmologie ou autre).
- **-Soins intensifs et réanimation** : la présence indispensable des anesthésistes-réanimateurs pour sécuriser la maternité et faire fonctionner les services de chirurgie permet d'envisager le maintien des services dits « de surveillance continue ».
- **-La Médecine** : services de médecine polyvalente proches du domicile des patients permettant de gérer la plupart des pathologies courantes ; le tout se complète par un service de court séjour gériatrique.
- **Service de soins de suites et de réadaptation polyvalents et/ou pour personnes âgées poly-pathologiques.**
- **Unité de soins palliatifs et/ou équipe mobile de soins palliatifs.**
- **Médecotechnique** : outre la radio conventionnelle, un scanner est indispensable. Le problème de l'astreinte de radiologie peut trouver une solution grâce à la télé-médecine.
- **Laboratoire d'analyses biologiques courantes.**
- **Un service de suivi ambulatoire** permettant à l'hôpital de garantir les soins à domicile permettant d'assurer la sécurité, la qualité et un choix réel des patients, éclairés par l'avis du médecin.
- **NIVEAU 2** : il s'agit surtout de l'échelon départemental. C'est un pôle de référence pour les différentes spécialités.

Il fonctionne en réseau avec l'ensemble des structures du département et de la région.

**Maternité de niveau 2** : en plus du niveau 1, elle est dotée d'un service de soins intensifs néonataux permettant de prendre en charge une partie des grossesses à risque.

**Un centre d'IVG et un planning familial.**

**Urgence et SAMU-SMUR** : au niveau précédent est ajouté le renfort d'un plateau technique plus complet et d'un service d'urgence psychiatrique. Ces urgences sont le siège d'un SAMU départemental.

**Chirurgie** : au niveau précédent sont ajoutées des spécialités chirurgicales : vasculaire, urologie, ophtalmologie...

**Soins intensifs et réanimation** : il s'agit des réanimations classiques avec permanence d'un médecin spécialiste 24H/24, 7 jours sur 7.

**Médecine** : il s'agit des structures hospitalières comportant des services de médecine spécialisée : gastroentérologie, cardiologie et cardiologie interventionnelle, pneumologie, neurologie, rhumatologie...

**Service de soins de suites et de réadaptation.**

**Unité de soins palliatifs et/ou équipe mobile de soins palliatifs.**

**Médecoteknique** : un appareil d'IRM doit équiper ce niveau de soins.

### ➤ NIVEAU 3 :

C'est l'hôpital de recours, plutôt de niveau régional, comportant, outre l'offre de service des hôpitaux de niveau 2, des services très spécialisés comme :

-La neurochirurgie.

-La chirurgie cardiaque.

-**Maternité de niveau 3** : structure hospitalière disposant de tous les moyens permettant de prendre en charge les grossesses pathologiques les plus à risque et un service de réanimation néonatale.

-**Urgences et SAMU-SMUR** : c'est le siège du SAMU.

-**Soins intensifs et réanimation** ; échelon régional avec toutes les spécialités de réanimation, neurologique, respiratoire, métabolique...

-**Médecine de spécialité.**

-**Service de soins de suites et de réadaptation.**

-**Unité de soins palliatifs et/ou équipe mobile de soins palliatifs.**

-**Développement médico-technique** avec toutes les possibilités d'imagerie : scanner, IRM, Pet-scan...

**Il fonctionne en réseau** avec toutes les structures sanitaires publiques, et particulièrement avec les hôpitaux de niveau 1 et 2, le service public sanitaire de proximité, les centres anticancéreux, l'université...

## C- Hôpital Local

Devrait permettre le maintien des personnes âgées poly-pathologiques au plus près de leur lieu de vie lorsqu'ils nécessitent une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation ou en soins longue durée.

Des EHPAD publics peuvent y être adossés. Les praticiens doivent être de statut hospitalier.

Une permanence des soins est assurée 24h/24.

Il travaille en réseau avec les structures hospitalières de niveaux 1, 2 et 3.

L'accès aux différentes structures de soins ne peut être limité sur un critère d'âge.

Il n'est en aucun cas assimilable à un site hospitalier territorial de proximité.

Un centre de santé pourrait y être associé.

**Selon les besoins, il peut disposer d'autres services**, comme c'est déjà le cas, et assurer lui aussi des fonctions proches du SHTP.

## **D- La Psychiatrie**

### Pour un secteur psychiatrique public de proximité :

La maladie psychiatrique est bien une maladie, qui peut toucher n'importe qui parmi nous. Sa particularité nécessite une attention particulière et doit miser avant tout sur l'humanité de la prise en charge.

Or la crise de nos sociétés et le mal être psychologique qui en résultent renforcent l'aspect social de la psychiatrie (même si ce n'est évidemment pas le seul). Le malade psychiatrique devient ainsi une sorte de bouc émissaire qu'on présente de plus en plus négativement et pour lequel sont proposés démagogiquement et cliniquement des mesures de moins en moins humaines et médicales : par exemple la contention et un enfermement plus rigoureux. Le manque de moyens et de personnels conduit malheureusement à renforcer ces mauvaises solutions.

En intégrant la Psychiatrie au secteur MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), avec les GHT (Groupements Hospitaliers de Territoires, c'est sa spécificité qui est remise en cause et notamment par la diminution des moyens qui lui sont affectés.

Au contraire, le secteur dans sa forme initiale, c'est-à-dire tel que défini par Lucien BONNAFÉ, doit être conforté dans le cadre d'un service public avec une continuité de prise en charge multi institutionnelle. Pour cela des moyens spécifiques doivent être attribués, la formation spécialisée reconnue et la continuité des équipes favorisée pour des structures de proximité liées aux hôpitaux de proximité, dans une logique de prendre soin, de prévention et de soutien aux aidants.

Il faut donc pour la Psychiatrie :



- un budget spécifique et suffisant avec une prise en charge sociale complète.
- Le maintien et le développement des structures de proximité permettant la prévention et le suivi, alternatives à l'hospitalisation
- Un maillage territorial égalitaire des urgences psychiatriques en maintenant des secteurs géographiques à taille humaine donc pas trop étendus.
- Une formation spécifique rénovée pour tous les soignant-e-s fondée sur la compréhension et l'appréhension de la psychopathologie .
- Un travail en réseau avec les structures hospitalières et extra- hospitalières.
- L'arrêt de la politique sécuritaire de la santé mentale

## E- La perte d'autonomie

La **perte d'autonomie** se définit par l'impossibilité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie courante, dans son environnement habituel, suite à des limites fonctionnelles. Elle peut s'expliquer par différentes causes, incluant notamment diverses pathologies, accidents, vulnérabilité sociale ou encore médicale.

**Le handicap** est défini en [France](#) par la [loi handicap du 11 février 2005](#) comme suit : «Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant"

La **dépendance** est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Aujourd'hui une tendance lourde de l'état de santé de la population est la réduction de la durée de vie en bonne santé. Cette aggravation est accentuée par la mauvaise prise en cause de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels qui peuvent mener à des pertes d'autonomie évidentes.

Le milieu du travail voit l'explosion des troubles musculosquelettiques (TMS), des cancers professionnels, de l'usure générale résultant de conditions de travail difficiles.

Parce que le coût humain et financier de la perte d'autonomie est finalement très élevé, il faut mettre en place, **dans le cadre du service public**, une véritable politique de prévention des risques qui s'y rapportent.

Spécifiquement, les attributions de la médecine du travail doivent être renforcées, avec un rôle accru dans les domaines de la prévention, de la reconnaissance des maladies professionnelles et de la réparation des préjudices subis par les personnes qui en sont atteintes.

La Coordination revendique pour les différentes catégories de personnes en perte d'autonomie :

- Un dispositif d'évaluation de l'existant, bassin par bassin, associant les autorités de santé, les personnels, les élus locaux et les usagers
- Un service public présent sur l'ensemble du territoire national,
- **Un financement à 100 % dans le cadre de la sécurité sociale,**
- Une répartition géographique équitable des structures, des personnels ainsi que des moyens techniques et financiers,
- Une adéquation des lieux de vie aux besoins des résidents hébergés
- un service de soin et d'accompagnement à domicile, social et médical public, soumis aux mêmes obligations et accessible aux mêmes conditions partout, qui ne sépare pas les gens selon leurs pathologies mais soit au contraire fondé sur une approche globale,
- des structures intermédiaires entre établissements d'accueil et maintien à domicile pour que l'accompagnement au domicile reste supportable dans la durée et pour que le suivi médical et la qualité des aides soient assurés dans la continuité.
- Un dispositif de formation et de soutien psychologique pour celles et ceux qui assurent la prise en charge d'une personne en perte d'autonomie.

#### **F- Maillage territorial, gradation des soins et complémentarité entre les établissements**

Cette organisation repose sur un maillage territorial en sites hospitaliers et structures sanitaires liées, et sur la gradation des soins tels qu'évoqués ci-dessus.

Elle implique une nécessaire complémentarité, de façon à assurer la continuité de la prise en charge des patients.

Elle implique la mise en place de réseaux de communication et d'échanges entre les professionnels des différents niveaux, dans le respect de la confidentialité des données médicales et sociales.

Elle sera régie par la signature de conventions établies entre des établissements qui le décident eux-mêmes en toute autonomie. La CN rappelle qu'elle est pour la réalisation de groupements, réseaux, conventions... seulement s'ils sont faits par les intéressés eux-mêmes, démocratiquement, en complémentarité, et sans absorption de l'un par l'autre

#### **G- Les Moyens pour les structures sanitaires et hôpitaux publics**

Pour que cette organisation réponde aux besoins démocratiquement définis, et assure des soins de qualité, les structures, à tous les niveaux, doivent disposer de moyens tant en matériels qu'en personnels formés et qualifiés, leur permettant d'assurer qualité, proximité et sécurité ; cette dotation prendra en compte l'activité, les spécificités, son attribution étant soumise à un contrôle démocratique.

Une réflexion doit être menée sur un mode de financement des hôpitaux publics, à partir d'un budget permettant de satisfaire les besoins.

Mais dans tous les cas, le financement des établissements par la tarification à l'activité, telle que pratiquée aujourd'hui, encourageant la sélection des patients et la suppression des activités non rentables, doit être supprimé.

Le financement des investissements immobiliers dans un souci d'équité territoriale nécessaire à la modernisation et au développement des établissements publics, pourrait être assuré par l'État ou autres collectivités publiques. Pour ce faire on doit pouvoir disposer d'un pôle public financier sous contrôle.

Pour aider les établissements piégés, le surcoût lié aux emprunts toxiques déjà contractés doit être annulé, en partenariat avec l'État.

Nous proposons la sortie des PPP-partenariats publics-privés qui représentent une lourde (et longue) charge pour les hôpitaux publics et une vraie perte d'autonomie.

Là où le secteur privé est en situation de monopole, nous exigeons que dès maintenant, lui soit imposé les règles de base qui pour nous doivent régir le service public sanitaire, à savoir la fin progressive de tous les restes à charge et de tous les dépassements d'honoraires.

Les établissements publics doivent être correctement dotés pour éviter de les forcer à charger des formes de financement éthiquement et socialement inadmissibles. Il faut interdire les dépassements d'honoraires, les coûts supplémentaires (parkings, hôtellerie...) et autres forfaits ou taxes qui ont tendance aujourd'hui à se généraliser.

Pour ajouter de la cohérence à l'ensemble, toutes les structures hospitalières doivent disposer d'un système informatique unique, et de bénéficier des mêmes outils.

### **III - DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

Face au problème de démographie médicale (manque de professionnel-le-s, inégalité de répartition, déserts médicaux, multiplication des postes vacants...) nous proposons :

**a-Recensement des besoins par bassins de vie**, tant pour les généralistes que pour les spécialistes et les autres professionnel-le-s de santé.

**b- Suppression du numerus-clausus** et, parallèlement, **augmentation des moyens de prise en charge**, tant au CHU que sur le terrain, de tout ce qui touche à la formation.

**c-Mise en place d'une « obligation à servir » temporaire**, en contrepartie de la formation publique, assurant une répartition égalitaire en fonction des besoins des structures et des territoires, afin de remédier aux déserts actuels, qu'ils soient en zone

rurale, urbaine ou périurbaine, en médecine et soins de ville ou à l'hôpital. Une juste répartition doit permettre à l'hôpital de contrer l'extension des postes vacants, sans être obligé de faire appel aux trop coûteux intérimaires.

Pour les médecins, la CN comme des associations d'élus et d'autres institutions, est favorable à une nomination pour une période courte de 3 à 5 ans, les intéressé-e-s étant libres ensuite de choisir la région qui leur conviendrait le mieux.

**d-Développement de la formation initiale et continue des professionnel-le-s de santé :**

-nécessité d'incorporer à la formation une dimension citoyenne (ou de service public) comprenant les axes solidaires, l'aménagement du territoire, etc.

-obligation dans le cadre de la formation de diversifier les approches, ce qui nécessite la création plus large de structures d'accueils, de stages...

**e-Amélioration de l'intégration des professionnel-le-s à diplôme étranger** souhaitant exercer en France (validation du diplôme par le biais d'un examen et non plus d'un concours). On devrait leur proposer de bénéficier également de la formation citoyenne (évoquée ci-dessus).

**f- Envisager la transition** de la médecine générale libérale vers une médecine générale de type salariat.

## IV - LE MÉDICAMENT

Nous sommes pour :

-La création d'un **pôle public du médicament**, comprenant usager-e-s, professionnel-le-s, élu-e-s, administratifs et membres des entreprises concernées, devrait garantir l'indépendance et l'intensification de la recherche, la qualité et l'efficacité des produits, le faible coût, et garantir rapidement la libre diffusion des produits.

-**Instaurer un système de régulation indépendant** pour assurer la continuité de production et distribution des médicaments.

-**Le remboursement à 100% de tous les médicaments** prescrits dès lors qu'ils ont obtenu l'autorisation de mise sur le marché. **Seuls les produits validés et reconnus utiles par les autorités publiques compétentes**, pourront être diffusés dans le service public, sinon le remboursement de tous les médicaments n'est pas justifiable.

-**L'indépendance de la formation initiale et continue des professionnel-le-s de santé** vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et biomédicale.

## V - L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUTES ET TOUS

L'exigence d'un service public présent partout et efficace est une condition importante de l'accès aux soins pour toutes et tous, mais cela n'est pas suffisant.

Il ne doit plus y avoir d'obstacle financier aux soins, c'est pourquoi il faut :

-**Une protection sociale solidaire** ouverte à toute la population.

-La réaffirmation du principe « **chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins** ».

-**La prise en charge** de la prévention, des soins, de la perte d'autonomie à 100% par la sécurité sociale.

Cela passe par la **suppression progressive de tous les restes à charge et frais induis**, particulièrement :

- des franchises médicales, des forfaits et autres restes à charge.
- des dépassements d'honoraires.
- de l'activité privée à l'hôpital.

**Et en toute cohérence économique, sociale et écologique, cela s'accompagne du maintien obligatoire des structures de proximité**, afin de limiter les transferts et les déplacements qui prennent aujourd'hui une importance exponentielle, et qui pèsent de plus en plus sur les patients et leurs proches.