

LE MANIFESTE DES SOIGNANTS

Monsieur le Président de la République

Depuis des mois, des années, bien avant votre élection c'est vrai, de très nombreux professionnels ont exprimé leurs inquiétudes quant à l'évolution extrêmement préoccupante du système de santé ... sans réponse à la hauteur des problèmes soulevés.

Et ce que nous craignons tous est advenu : un cataclysme. L'épidémie de COVID s'est abattue sur la nation plaçant l'hôpital public fragile, démuni, désossé, en première ligne. « Nous sommes en guerre » comme vous l'avez répété et après le blitzkrieg de la première vague d'assaut, voici venir le temps des tranchées. Il faut tenir, mais les combattants épuisés vont désertir si le « plan massif » que vous avez annoncé, Monsieur le Président, n'est pas à la hauteur des enjeux.

Les collègues des EHPAD ont alerté depuis plusieurs années sur le manque de personnels et le manque de moyens. Aujourd'hui ce sont les résidents, nos aînés, et les personnels des EHPAD qui ont payé et payent encore le plus lourd tribut à cette pandémie.

Après eux, les psychiatres ont expliqué que leurs moyens n'étaient plus à la hauteur des besoins croissants de notre population. Les personnels médicaux et paramédicaux, en nombre, ont été amenés à désertir les services de psychiatrie de l'Hôpital Public. Certains en sont même venus l'année dernière à se mettre en grève de la faim pour défendre leur spécialité au service de nos concitoyens. Les effets de la pandémie à COVID arrivent sur la psychiatrie. Les enfants et les adultes habituellement suivis ou récemment fragilisés par ces semaines de confinement et ce stress généralisé vont avoir besoin de ces soignants spécialisés.

Nos collègues des urgences s'y sont alors mis. Depuis plus d'un an maintenant. Certains, l'été dernier, se sont même fait porter pâles pour espérer être entendus. Aucun geste à la hauteur des enjeux. Et ils ont été en première ligne lorsque la vague est arrivée jusqu'à l'hôpital après avoir submergé nos collègues de ville, médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens. La prime ne suffira pas à reconnaître leur travail et leur professionnalisme.

Alors, les autres médecins de toute spécialité, de tout type d'exercice, de tout bord politique et tous les autres personnels de l'Hôpital Public, administratifs, ingénieurs, secrétaires, techniciens, brancardiers, se sont à leur tour mobilisés pour défendre l'Hôpital Public. Résultat : une toute petite rallonge budgétaire et de petites primes pour une petite minorité des personnels.

Alors des services, des hôpitaux entiers ont arrêté la facturation à la Sécurité sociale pour démontrer à leur administration l'absurdité d'un système ne justifiant les soins que s'ils sont « rentables ». Toujours rien. Aucun geste réel pour arrêter cette destruction programmée.

Alors, 1300 chefs de service sont même allés jusqu'à démissionner de leur fonction administrative en tout début d'année. Du jamais vu. Comme si de rien n'était, les directeurs ont refusé de prendre acte de ces démissions, seule réponse à ce mouvement inédit.

Et ça y est, il faut remettre le système en route. Les affaires reprennent comme on dit. Les directions reviennent expliquer aux soignants exténués comment refaire marcher l'hôpital comme une entreprise commerciale.

Au début du mois de mars, juste avant la vague de COVID, voyant le drame arriver, le Conseil Economique Social et Environnemental, la 3^e assemblée de la République s'est saisi en urgence des difficultés de l'Hôpital Public. Il a voté à l'unanimité une résolution le 11 mars 2020 qu'il a nommée « Le droit à la santé pour tous » : 147 membres du CESE ont voté pour, 2 contre, 1 s'est abstenu. Le CESE transmettra dans quelques semaines un avis au parlement et à votre gouvernement, Monsieur le Président. Nous sommes impatients. Nous espérons que lui, au moins, vous l'écouteriez.

Pour faire face à la vague du COVID-19, l'Hôpital Public, malgré ces cris d'alerte jamais entendus, s'est organisé à la hâte, solidaire, collectif, efficace comme il l'est facilement quand on lui en donne les moyens pour réagir au mieux, sur tout le territoire tant dans le Nord-Est de la France, submergé, que dans le Sud, solidaire. Il a fallu courir après les lits, après les personnels, après le matériel, après les médicaments. Et ce n'est pas fini. Aujourd'hui, les réanimations se vident petit à petit, les services de rééducation débordent mais l'épidémie n'est pas terminée et les patients non COVID reviennent enfin, encore plus fragiles. L'hôpital n'en peut plus. L'exceptionnel de quelques semaines ne pourra pas tenir plusieurs mois.

Pourtant, tous les soirs les usagers nous remercient. Tous les matins, tous les midis, en garde, le week-end, ils cuisinent pour nous. Les enfants nous adressent des dessins de remerciements. Et nous sommes nous aussi profondément reconnaissants à tous nos concitoyens qui ont envie de prendre soin de nous à leur tour. Mais cela ne va pas suffire, Monsieur le Président. Ils vont devoir nous aider à vous montrer que vos paroles ne suffisent plus, qu'ils souhaitent eux aussi un Hôpital Public fort, véritable recours au milieu de son territoire, en connexion permanente avec les médecins libéraux, les structures privées, tous les collègues des soins primaires qui ont dû s'organiser pour faire face et qui montent désormais en première ligne.

Certainement pas « Quoi qu'il en coûte » selon vos propres termes mais seulement « Au juste coût », pour la santé de nos anciens, de nos enfants, de tous nos concitoyens.

« Vous avez pu compter sur nous » Monsieur le Président, montrez-nous que nous pouvons désormais compter sur vous. Mettez en œuvre le programme de santé des « jours heureux » proposés par les professionnels de santé!

LE PROGRAMME DE SANTÉ:

« Les jours heureux »

La pandémie du Covid 19 a agi comme une loupe grossissante sur notre système de santé. Elle a montré à toutes et à tous, à la fois ses faiblesses et ses richesses. Ses faiblesses, particulièrement le manque de moyens de l'hôpital public soumis depuis des années au couple infernal, rigueur budgétaire à courte vue et management d'entreprise commerciale, mais aussi le défaut de coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. De nombreux territoires sont devenus des déserts médicaux, la psychiatrie est paupérisée, la prévention délaissée. La richesse du système de santé est avant tout celle de ses ressources humaines. Dès lors que la gestion a été mise au service des équipes soignantes médicales et paramédicales et que tous les professionnels de santé se sont mobilisés en ville comme à l'hôpital, ce qui était jugé auparavant impossible est devenu soudainement faisable. L'impensable est devenu réalité. L'inertie bureaucratique administrative a laissé la place à la rapidité d'adaptation, la routine procédurale a été remplacée par la créativité individuelle et collective, la concurrence et le chacun pour soi ont été supplantés par la coopération altruiste, la recherche de l'activité rentable a disparu, faisant place au juste soin pour chaque patient avec un maximum d'efficacité pour la collectivité. Et ce, malgré le manque de dispositifs de protection et les pénuries de médicaments, et malgré le sentiment amer d'abandon des personnels hospitaliers qui se sont mobilisés depuis plusieurs mois pour réclamer un plan d'urgence pour l'Hôpital public. Les applaudissements aux fenêtres, tous les jours, à 20 heures, témoignaient du partage de ces valeurs par l'ensemble de la communauté nationale unie autour des soignants et des premiers de corvée. Puisse cette crise, nous faire quitter, les « eaux glacées du calcul égoïste » des jours d'avant, pour nous faire retrouver ensemble « les jours heureux ».

La prise en charge exemplaire de l'épidémie Covid-19, a montré que les personnels de santé de notre pays, malgré les difficultés, avaient gardé la foi dans leur métier et avaient les compétences requises pour répondre à une crise d'une extrême ampleur. Cette crise a démontré le rôle crucial d'un service public de santé et l'attachement de la Nation à ce service public. Sa refondation est aujourd'hui urgente avec pour principes :

- un accès universel et automatique à des soins de qualité, impliquant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Quand la différence de l'espérance de vie est de 13 ans entre les plus fortunés et les plus démunis et quand la densité médicale varie pratiquement du simple au double d'un département à l'autre, la Covid-19 nous rappelle notre commune humanité et notre communauté de destin justifiant notre solidarité.

- une prise en charge globale des patients, non seulement biomédicale mais aussi psychologique et sociale, grâce à un travail d'équipe et à une coordination des professionnels. Les progrès technologiques et l'intelligence artificielle permettront de développer une médecine de précision mais l'être humain, même séquencé et connecté, ne se réduira jamais à un tas de chiffres. La médecine de demain sera biotechnologique et individualisée, mais pour être une médecine de la personne elle devra être intégrée et relationnelle.
- l'exigence du juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité. Tout ce qui est nécessaire mais rien que ce qui est nécessaire, car tout acte superflu peut être dangereux et entraîne un surcoût pour la Sécurité sociale qui limite le remboursement d'autres soins indispensables.
- la primauté des intérêts de santé publique et de sécurité sanitaire, sur les intérêts économiques et financiers, et en particulier les intérêts des industriels de la santé.
- le libre choix du médecin par le patient, dans le cadre d'une graduation des soins allant des soins primaires de proximité aux centres de référence en passant par les soins spécialisés.
- l'indépendance des professionnels vis-à-vis de l'industrie comme de l'Etat, le respect de la confidentialité du colloque singulier, le droit à l'information et à la pratique de la décision médicale partagée entre le soignant et le soigné, la protection des données individuelles de santé.
- le développement de la prévention notamment par la promotion de l'activité physique et la lutte contre la « malbouffe » ainsi que par une politique environnementale contre les pollutions, les expositions professionnelles et le changement climatique.
- la participation des usagers au côté des professionnels et des gestionnaires à la « gouvernance » du système de santé, parallèlement à l'information et à la formation sur l'histoire de sa construction, son organisation et ses modes de financement.
- l'augmentation importante des moyens pour la recherche en sciences de la vie et en santé publique.

Avec ces principes, 5 services publics de santé doivent être développés, en rappelant que service public veut dire au service du public et lui appartenant collectivement, et non étatisation :

1/ Le service public de l'assurance maladie reposant sur la Sécurité sociale, financée par des cotisations, des taxes et des impôts progressifs portant sur l'ensemble des revenus, indépendamment des risques de santé personnels. Ainsi est réalisé la double solidarité des biens portants avec les patients et des plus riches avec les plus pauvres. Les recettes de la Sécurité sociale doivent être sanctuarisées. Il faut revenir sur l'abrogation de la loi Veil de 1994 qui obligeait l'État à compenser intégralement toute exonération de cotisation sociale. **Ce service prendra en charge à 100% un large panier de prévention, de soins et de services, dit « solidaire », validé médicalement et socialement accepté.** Le financement de l'Assurance

maladie sera déterminé chaque année à partir du calcul prévisionnel de l'augmentation des charges et des besoins. La direction de la Sécurité sociale inclura les professionnels et les usagers dans l'esprit des pères fondateurs de la Sécurité sociale : « bien commun » ne pouvant être ni privatisé ni étatisé, avec une gouvernance partagée entre toutes les parties prenantes.

2/ Le service public des soins et de la prévention permettra l'égalité d'accès aux soins sur tout le territoire au tarif remboursé par la Sécurité sociale. Son organisation sera graduée, allant des soins primaires assurés en premier par le médecin généraliste, l'infirmière et le pharmacien, jusqu'aux centres hospitaliers de références. Les « communautés professionnelles de territoire de santé » rassemblent l'ensemble des professionnels et des établissements de santé d'un territoire et favorisent l'exercice regroupé en équipe pluriprofessionnelle. Le développement du dossier médical partagé et la formation continue recertifiante de tous les professionnels permettront une amélioration de la qualité des soins et une réduction des prescriptions et des actes injustifiés. Un financement alternatif au paiement à l'acte ou à l'activité (T2A) par nature inflationniste, sera expérimenté avant d'être généralisé. **Les professionnels de santé auront des revenus ajustés sur la moyenne des pays de l'OCDE.** Ils assureront la permanence et la continuité des soins, des missions de dépistage et de prévention, des interventions pour le maintien au domicile des personnes âgées, en coopération avec le secteur médicosocial et social, des missions d'enseignement et de recherche. **Un service public unifié de santé de l'enfance et de la famille**, incorporant la PMI, les réseaux périnataux, la médecine scolaire, la médecine des adolescents, la pédopsychiatrie, jouera un rôle à la fois préventif et curatif.

Au sein du service public des soins, le service public hospitalier et les soins de suite et de réadaptation, reposent sur les équipes soignantes médicales et paramédicales. La gestion doit être placée au service du soin. Des quotas de personnels nécessaires pour garantir la sécurité des patients et assurer la qualité des soins, seront définis pour chaque unité de soins. L'adaptation des capacités d'hospitalisation doit permettre d'accueillir les malades hospitalisés en urgence de même que les patients atteints d'affections chroniques pris en charge directement dans les services où ils sont suivis.

La psychiatrie doit recevoir une attention particulière pour reconstruire un secteur ville hôpital rénové, grâce à un plan de rattrapage rendu indispensable par des années de sous dotation. La psychiatrie a besoin d'un système dédié pour assurer l'accueil, le diagnostic et le suivi des malades mentaux au plus près de leur lieu de vie et de leur entourage familial, en intégrant pleinement la dimension sociale de la prise en charge et en développant des liens avec le service public de la médecine de proximité car les patients souffrant de maladies mentales ont aussi plus de maladies somatiques.

La prise en charge des populations de très grande précarité nécessite la mise en place de dispositifs de médecine populationnelle, proactive, pour la prévention comme pour le soin,

ce qui implique notamment l'intégration de l'aide médicale d'Etat dans le régime général de l'Assurance maladie.

La « gouvernance » doit être revue à tous les niveaux, associant au pouvoir de décision les soignants et impliquant les usagers. Elle suppose une planification sanitaire reposant sur l'évaluation des besoins nationaux et régionaux et organisant la complémentarité (et non la concurrence) entre les établissements et entre les professionnels ainsi que la coordination avec le secteur médicosocial et social.

Cette planification est nécessaire pour assurer avec les collectivités territoriales, la répartition sur le territoire des centres et des activités (urgences, maternité, IVG, psychiatrie...)

3/ Le service de santé publique et de sécurité sanitaire doit reposer sur :

- un ministère de la santé unifié autour de la direction générale de la santé.
- les agences régionales de santé (ARS) réformées, travaillant avec les régions. Leur mission doit être la Santé publique et non la gestion budgétaire.
- les agences sanitaires chargées notamment de l'expertise, de la prévention et de la préparation et de la réponse aux crises sanitaires. **L'état des stocks stratégiques doit faire l'objet d'un rapport et d'un vote annuel du Parlement.**
- le développement d'un dossier médical partagé devrait aider à la constitution d'une base de données de médecine de ville (diagnostics, résultats d'examens complémentaires...) complétant les bases de données hospitalières et de la Sécurité sociale pour permettre des études de santé publique et d'évaluation des politiques de santé. Les bases de données doivent être sécurisées et rester gérées par des établissements publics et non par des entreprises privées.
- une politique de prévention des maladies chroniques luttant contre leurs déterminants sociaux et environnementaux y compris professionnels et développant une politique d'éducation à la santé adaptée aux populations. **Le budget de la prévention doit être porté à 10% des dépenses de santé.** La médecine du travail doit trouver sa place dans le service de santé publique et de sécurité sanitaire.

La sécurité sanitaire suppose une politique publique industrielle de la santé et du médicament comme l'a montré la crise du Covid-19. Un Établissement public doit permettre la production à prix coûtant, des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur passés dans le domaine public et des dispositifs médicaux nécessaires à la sécurité des patients et des soignants. Ceci suppose la relocalisation en France et en Europe de la production des principes actifs des médicaments indispensables et des matériels médicaux aujourd'hui fabriqués à plus de 80% en Chine et en Inde. **Les médicaments vitaux innovants devront avoir un prix public permettant un accès universel, au besoin en recourant à la licence d'office.** Tout monopole

concernant l'ensemble des moyens thérapeutiques contre les pandémies devrait être interdit. Il faut imposer aux industriels de la santé la transparence des coûts et agir de concert avec les autres pays européens. La notion de transparence vaut aussi pour l'ensemble des données de sécurité. Il faut réaliser systématiquement des études publiques indépendantes (financées par l'industrie) pour vérifier l'efficacité et la sécurité des médicaments, en vraie vie, notamment par l'utilisation de bases de données sécurisées gérées par un établissement public.

La lutte contre l'occultation des conflits d'intérêt doit être étendue à tous les professionnels concernés (incluant les gestionnaires) et aux élus. Il est en effet indispensable de redonner confiance à la population dans le système de santé si l'on veut lutter efficacement contre les fake news et les faux lanceurs d'alerte, responsables d'une défiance injustifiée d'une partie de la population à l'égard de traitements efficaces comme les vaccins.

4/ Le service public de l'enseignement et de la formation continue. Différentes filières universitaires et des écoles d'ingénieurs permettront l'entrée dans les études de médecine avec un filière dédiée à la recherche parallèlement au cursus médical. Les formations paramédicales devront poursuivre leur universitarisation dans des facultés de santé avec des unités d'enseignement partagées avec les études de médecine et développer des cursus de de pratique avancée dans différentes disciplines de spécialités. En attendant, il faut reconnaître et valoriser les acquis professionnels et les acquis de l'expérience. La formation doit comprendre en alternance des périodes d'enseignement théorique et des stages cliniques à plein temps. Le programme de base doit être orienté vers la formation généraliste des professionnels. L'enseignement des sciences humaines et sociales doit être inclus dans le cursus général des premières années et trouver une place particulière ultérieurement selon les spécialités. Les médecins et les paramédicaux appelés à suivre des patients atteints de maladies chroniques doivent être formés ensemble à l'éducation thérapeutique des patients.

Il faut revoir la formation et la sélection des enseignants en santé

La formation post universitaire doit être totalement indépendante des industries de la santé. Une politique ambitieuse de formation médicale permanente incluant un processus de re-certification pour la totalité des médecins doit être mise en œuvre associant universités, hôpitaux publics, sociétés savantes, organismes professionnels au niveau local et national. Cet effort considérable doit être intégralement financé par un fond public bénéficiant de la règle du 1 pour 1 (pour un euro consacré à la promotion de leurs produits, les industriels doivent verser un euro au fond public pour la formation post universitaire) ou d'un pourcentage des dividendes versés aux actionnaires.

5/ Le service public de la recherche en santé repose essentiellement sur les CHU, les universités, l'INSERM et le CNRS. La recherche est le moteur des progrès en médecine et en santé. Tous ses aspects sont indispensables de la recherche fondamentale à la recherche en

santé publique et en sciences humaines et sociales, en passant par la recherche translationnelle et clinique . Ces moyens actuels sont très insuffisants pour assurer revaloriser les salaires des chercheurs, ingénieurs et techniciens, mettre fin à des statuts précaires anormalement prolongés, assurer le financement pérenne des projets de long terme. Le système de financement est complexe souvent illisible et aléatoire. Un effort continu de revalorisation et de simplification doit être entrepris (**avec l'objectif d'un accroissement du budget d'au moins 50% de plus en 10 ans à euro constant**). La complexification de la recherche implique de développer au sein des CHU des instituts de recherche pluridisciplinaire ayant une masse critique de chercheurs et de moyens. La recherche au sein des CHU doit impliquer l'Université.

Propositions pour le jour d'après :

1/ Définir dans la loi

- **les 5 services publics de santé** : assurance maladie, soins et prévention, sécurité sanitaire et santé publique, enseignement et formation continue, recherche.

-**la démocratisation de la gestion régionale** du système de santé par les agences régionales de santé (ARS) et les collectivités territoriales.

-**la place et les moyens de la démocratie sanitaire**, impliquant usagers et professionnels dans les décisions politiques et organisationnelles aux différents niveaux du système de santé.

2/ Financer de façon inaliénable la Sécurité sociale, par des cotisations, des taxes et impôts progressifs portant sur l'ensemble des revenus et fixer le budget annuel du système de santé à partir du calcul prévisionnel de l'augmentation des charges et des besoins.

Définir un panier large de prévention, de soins et de services, pris en charge à 100% par la Sécurité sociale (« le panier solidaire »).

Supprimer le doublon coûteux de la gestion des remboursements des soins à la fois par la Sécurité sociale et par les assurances privées complémentaires. Les assurances complémentaires deviendront des assurances supplémentaires prenant en charge ce qui relève de choix personnels et non de la solidarité nationale.

3/ Organiser la gradation des soins et des interventions sanitaires (y compris de prévention) allant des équipes pluri-professionnelles de soins primaires, coordonnées en communautés professionnelles de territoire de santé, jusqu'aux centres hospitaliers de recours.

Développer un service public de santé unifié de l'enfance et de la famille jouant un rôle à la fois préventif et curatif.

Construire un nouveau secteur psychiatrique ville hôpital avec des liens avec le service de la médecine de proximité

4/ Adapter les capacités d'hospitalisation en augment le nombre de lits d'aval des urgences et de soins de suite. **Définir des quotas de personnels** nécessaires pour assurer la sécurité des patients et la qualité des soins dans les différentes unités des services hospitaliers.

5/ Financer l'hôpital selon les besoins en développant la cogestion entre administration et soignants. **Limiter la T2A aux activités standardisées, programmées. Mettre en œuvre un plan de rattrapage pour la psychiatrie.** Réduire le millefeuille administratif de la gouvernance de l'hôpital public.

Revoir le paiement à l'acte pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques, en permettant l'expérimentation de nouvelles formes de rémunération des soins primaires, notamment populationnelles.

6/ Revaloriser les carrières des professions de santé et de la recherche et les rémunérer au moins au niveau de la moyenne des pays de l'OCDE. Mise en extinction, pour les futurs générations de médecins, du secteur 2 avec dépassements d'honoraires, parallèlement à la revalorisation négociée du secteur 1. Mise en extinction progressive de l'activité privée à l'hôpital public parallèlement à l'intégration de l'ensemble des primes dans le calcul de la retraite.

7/ Planifier les réponses sanitaires aux besoins nationaux et régionaux avec une coordination entre les soins primaires et les soins de recours, ainsi qu'entre les différents établissements, publics, ESPIC et cliniques privées.

8/ Développer un dossier médical partagé et constituer une base de données de médecine de ville sécurisé et géré par un établissements public, parallèlement aux bases de données de l'hôpital et de la Sécurité sociale.

9/ Porter à 10% des dépenses de santé, le budget de la prévention, lutter contre les inégalités sociales de santé, développer une politique d'éducation à la santé.

10/ Développer une politique publique industrielle de santé et du médicament pour produire à prix coûtants, au niveau de la France et des pays européens, les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, passés dans le domaine public et des dispositifs médicaux nécessaires à la sécurité des citoyens, des patients et des soignants. **S'assurer de stocks de sécurité pour au moins 6 mois** et imposer un rapport et un vote annuel du Parlement sur l'état des stocks stratégiques. **Imposer un tarif public permettant l'accès universel aux médicaments innovants vitaux, au besoin en recourant à la licence d'office.** Rétablir la confiance en assurant la transparence et l'indépendance dans l'évaluation et la fixation des prix des médicaments et des dispositifs médicaux.

11/ Refonder les études en santé en transformant les facultés de médecine en facultés de santé, incluant les formations paramédicales et en intégrant les sciences humaines.

Revoir la formation post universitaire pour la rendre indépendante des industries de la santé.

12/ Accroître progressivement le financement du service public de la recherche en sciences de la vie et en santé, en simplifier radicalement le fonctionnement et développer la recherche en santé publique et revoir les carrières hospitalo-universitaires.

Parmi ces projets dont la réalisation doit être programmée, des mesures doivent être prises immédiatement pour que notre système de santé qui a fait face au premier assaut de la pandémie, puisse tenir dans la durée, et que le jour d'après ne soit pas le retour à l'anormal des jours d'avant :

- 1. La gratuité intégrale des dispositifs de protection, de dépistage et de soins liés au Covid-19.**
- 2. L'augmentation du prochain budget de la santé (ONDAM) autant que nécessaire pour répondre aux besoins en ville et à l'hôpital et reconstruire la psychiatrie sinistrée.**
- 3. La revalorisation des bas salaires des personnels travaillant à l'hôpital, en ville et en EHPAD, pour atteindre en trois ans le niveau moyen des revenus correspondants dans les pays de l'OCDE.**
- 4. L'arrêt de la politique de fermeture de lits et l'annulation de leurs réductions programmées mais, au contraire, l'ouverture du nombre de lits hospitaliers nécessaires pour répondre aux besoins, notamment pour l'aval des urgences et la réadaptation. L'embauche et la formation de personnels soignants pour assurer la sécurité et la qualité des soins.**
- 5. Le vote d'une loi de démocratie sanitaire formalisant l'association aux prises de décisions sur la santé des professionnels et des usagers et plaçant la gestion au service du soin et de**

la prévention. Cette loi limitera la place de la T2A et révisera la « gouvernance d'entreprise » mise en place par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST).

Les mesures proposées sont pour certaines onéreuses et entraîneront une augmentation des dépenses de santé à la quelle concourent aussi l'allongement de la durée de vie et l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Des économies doivent et peuvent être faites notamment sur les frais de gestion, la pertinence des prescriptions et des actes, l'organisation graduée et coordonnée des soins. La lutte contre les prix excessifs des médicaments et des dispositifs médicaux innovants suppose une action concertée au niveau des pays européens et de l'OMS. Quoi qu'il en soit, il paraît indispensable que l'augmentation du coût de la santé, et en conséquence des recettes de la Sécurité sociale, fasse l'objet d'un débat démocratique pour que les décisions expriment le choix de la nation sur ses priorités de vie.

On participé à la rédaction collective du programme

André Baruchel, Alain Beaupin, Hakim Bécheur, Chistian Bensimon, Francis Berenbaum, François Bourdillon, Julie Bourmaleau, Michel Canis, Sophie Crozier, Stéphane Dager, Mady Denantes, Bruno Devergie, Alain Fischer, Alain Gaudric, Julien Gaudric, Anne Gervais, Yves Gervais, Nathalie Godard, André Grimaldi, Jean-Pierre Hugot, Hugo Huon, Paul Jacquin, Christophe Jolivet, Xavier Lecoutour, Evelyne Lenoble, Philippe Lévy, Anne Marie Magnier, Dominique Malgrange, Dominique Méda, Didier Ménard, Olivier Milleron, Isabelle Montet, Fabienne Orsi, Antoine Pélissolo, Jean-Charles Piette, Carine Rolland, François Salachas, Rémi Salomon, Alfred Spira, Pierre Suesser, Stéphane Velut, Juliana Veras, Jean-Paul Vernant.

En approuvent l'orientation en faveur du service public de santé avec ses 5 piliers et les propositions présentées : Pierre Amarenco, Fabrizio Andreelli, Isabelle Andreu, Jean Marc Baleyte, Thierry Baudet, Dominique Bégué, Hélène Bihan, Alexandre Blebtreu, Jean François Bergmann, Catherine Boileau, Olivier Bonnot, Philippe de Botton, Clara Bouché, Eric Bruckert,

Claire Carette, Simon Cattan, Eric Caumes, Lucy Chaillous, Philippe Chanson , Jean-Philippe Collet, Line Commery, Julie Cossierat, Barbara Coué, Patrice Darmont, Sophie Demeret, Isabelle Desguerre, Camille Deybach, Caroline Dubertret, Yves Dulac, Anne Dutour, Gilles Edan, Fabienne Eymard, Bertrand Fontaine, Philippe Fossati, Irène Frachon, Vincent Gajdos, Philippe Grimbert, Philippe Guerci, Christian Guy-Coichard, Julien Haroche, Agnès Hartemann, Axel Hoffmann, Jean-Pierre Hugot, Marie Line Jacquemont, Sandra Janson, Guillaume Jondeau, Jean Luc Jouve, Mathieu Lafaurie, Sandrine Lafille, Etienne Larger, Joelle Laugier, Céline Laville , Catherine Lubetski, Michèle Maestracci, Luc Mallet, Xavier Mariette, Christophe Marguet, Paulette Morin, Marie Rose Moro, Luc Mothon, Philippe Moulin, Alex Pariente, Thomas Papo, Fabien Paris, Alfred Penfornis, Antoinette Perlat, Florence Pinsard, Oriane Plumet, Marc Popelier, Bernard Pradines, Vincent Rigalleau, Jean-Pierre Riveline, Gilberte Robain, Benjamin Rohaut, Ronan Roussel, Philippe Rousselot, Nicole Smolski, Mélanie Tessier, José Timsit, Jacques Trévidic, Christophe Trivalle, Roland Tubiana, Laurent Vassal, Cécile Vigneau, Jacques Young.....