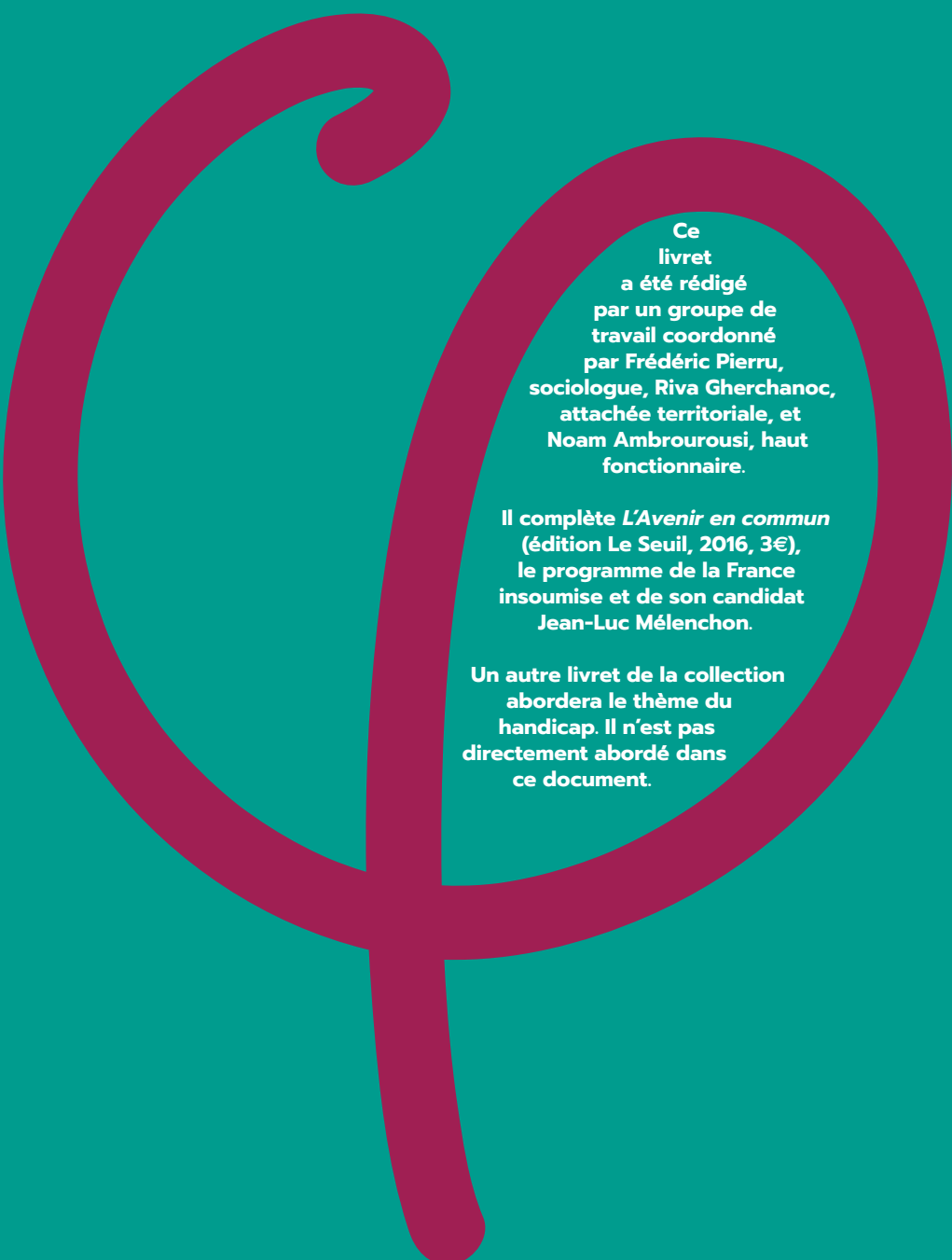


 L'AVENIR *M. Landon*
EN COMMUN 2017



LA SANTÉ
NOTRE BIEN
COMMUN



**Ce
livret
a été rédigé
par un groupe de
travail coordonné
par Frédéric Pierru,
sociologue, Riva Gherchanoc,
attachée territoriale, et
Noam Ambrourosi, haut
fonctionnaire.**

**Il complète *L'Avenir en commun*
(édition Le Seuil, 2016, 3€),
le programme de la France
insoumise et de son candidat
Jean-Luc Mélenchon.**

**Un autre livret de la collection
abordera le thème du
handicap. Il n'est pas
directement abordé dans
ce document.**

LA SANTÉ

NOTRE BIEN COMMUN



Sommaire

1 • Notre constat : la libéralisation contre notre santé	5
2 • Notre projet : rendre au peuple son système de santé	11
3 • Nos propositions : une santé accessible, publique et gratuite	13
1. Priorité à la prévention	14
2. Un système de soins complet et de qualité	17
3. Des médicaments au service de l'intérêt général	20
4. Un système 100 % solidaire	23
5. Un système de santé démocratique	26

Notre constat : la libéralisation contre notre santé

Notre système de soins, reconnu comme un des plus efficaces du monde, subit depuis trente ans les conséquences des politiques de privatisation et de libéralisation.

Les politiques menées ces dernières années ont eu des conséquences sanitaires néfastes. La France est caractérisée par des inégalités sociales de santé parmi les plus hautes en Europe (six années d'écart d'espérance de vie entre un ouvrier et un cadre). Notre taux de mortalité prématurée est très élevé. L'espérance de vie en bonne santé diminue depuis 2006. Les cancers environnementaux se multiplient et le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est en augmentation constante.

La France n'a pas de politique de santé au sens fort, c'est-à-dire de politique affichant des valeurs et des priorités démocratiquement débattues. Pire, ce semblant de politique de santé **a été réduit à la seule dimension budgétaire**. On ne parle de la Sécurité sociale que dans le cadre de la dramaturgie du « trou de la Sécu ». Et le seul but est d'acclimater les esprits à des « réformes impératives », visant la réduction des dépenses *publiques* de santé et leur transfert vers le secteur privé. **Cette privatisation rampante profite d'abord aux intérêts privés**, comme les assureurs et l'industrie pharmaceutique. Elle est aussi **néfaste pour les structures de santé, leurs personnels et pour la santé de la population. En réalité, elle est particulièrement coûteuse**. L'exemple des États-Unis, dont le système de santé est majoritairement privé, devrait faire réfléchir. Les dépenses de santé représentent 17,1 % du PIB contre seulement 11,5 % en France et l'espérance de vie y est de 78.8 années (en baisse) contre 82.4 pour les Français. Les inégalités sociales de santé y sont encore plus élevées, les plus riches ont accès aux technologies de pointe alors que des millions de pauvres se ruinent pour combattre les cancers par exemple. **Privatiser la santé est à la fois inégalitaire et inefficace !**

Sans réflexion stratégique ni un regard sur le long terme, notre système de santé subit des cures d'austérité à répétition et aux effets désastreux pour la population :

- **Délais de rendez-vous scandaleusement longs, pénuries de spécialistes, etc. L'accès aux soins devient de plus en plus difficile** avec le développement des **déserts médicaux**. Le nombre de médecins généralistes a diminué de 8,4 % entre 2007 et 2016 et rien n'est fait ; en 2025, la France en aura perdu un quart. Mais cela ne concerne pas uniquement la médecine de ville, le secteur hospitalier fait aussi face à des fermetures d'établissements, à la suppression de lits et à une insuffisance des effectifs de personnels soignants.
- La multiplication des **dépassements d'honoraires qui rendent la santé de plus en plus inabordable**, à l'heure où trois personnes sur dix renoncent à se soigner par manque d'argent.
- **La dégradation d'organismes à la base de la prévention et d'accès aux soins primaires** comme la protection maternelle et infantile (PMI), la médecine scolaire ou la médecine du travail. **Ces trois structures relais doivent faire face à des suppressions de postes, qui causent l'affaiblissement de leurs moyens et de leurs missions**

- **La privatisation croissante de notre système de soins** : la prise en charge par la branche maladie de la Sécurité sociale n'a **cessé de reculer pour passer sous les 50 % en ce qui concerne les soins courants** (hors affections de longue durée et hospitalisation). Dans ces conditions, il est souvent impossible d'accéder aux soins sans disposer d'une « complémentaire santé », coûteuse et foncièrement inégalitaire.

Par contre, **les firmes pharmaceutiques, elles, s'enrichissent !** Les cinq principales industries pharmaceutiques ont dépassé les 200 milliards d'euros de revenus en 2015, pour des bénéfices de 47 milliards.

Pourtant les enjeux sanitaires sont gigantesques. Selon l'Organisation mondiale de la santé, dans le monde, 6,5 millions de décès par an (12 %) sont associés à la pollution de l'air. L'usage généralisé des pesticides et l'absence de restriction des perturbateurs endocriniens sont les conséquences du productivisme le plus aveugle.

En outre, dans les prochaines décennies, nous serons confrontés aux conséquences du vieillissement de la population et de la transition épidémiologique, **c'est-à-dire l'explosion des maladies chroniques comme le diabète ou les cancers. Notre système n'est pas préparé à faire face à ces pathologies**, qui nécessitent des prises en charge intégrées et axées sur la prévention et l'éducation thérapeutique.

Il y a urgence, la menace d'un krach sanitaire plane. Dans ces conditions deux défauts majeurs de notre système doivent faire l'objet de réponses déterminées :

- **Le cloisonnement des politiques publiques, qui réduit la santé à la question de l'offre de soins** et qui **empêche toute mise en cohérence entre politiques environnementales, sociales et sanitaires.** Se focaliser comme aujourd'hui sur l'offre de soins sans prendre en compte les déterminants principaux de l'état de santé de la population, que sont les conditions sociales et environnementales, c'est se condamner à l'échec.
- Les carences historiques en matière de coordination, aggravées ces dernières années par **la mise en concurrence délibérée des différents acteurs de l'offre de soins** (ville/hôpital/clinique, médical/médico-social/social), sont antinomiques de prises en charge globales et cohérentes de la population.

Enfin, notre système de santé souffre de son caractère bien peu démocratique.

Les leviers de décision ont été accaparés par un conglomérat composé de mandarins, de technocrates, d'experts et de représentants du secteur privé. Pourtant, les citoyens ne demandent qu'à s'impliquer : les Français sont profondément

attachés à leur système de santé et à l'hôpital public ; ils s'opposent à l'option de la privatisation. Le succès du film de Gilles Perret, *La Sociale*, montre que l'ensemble de la population refuse l'austérité et la privatisation qui lui sont imposées.

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES URGENCES DANS LA TOURMENTE

La médecine de ville est en proie à une dérégulation croissante. Outre les dépassements d'honoraires, la crispation sur la liberté d'installation est un facteur majeur des inégalités géographiques d'accès aux soins. Le paiement à l'acte incite les médecins à faire des consultations courtes et très prescriptrices.

À cause de ces barrières, de nombreux patients recourent aux urgences ou aux consultations externes des hôpitaux. Or, ces derniers sont sous pression budgétaire et se voient sommés, du fait de la mise en place de la tarification à l'activité et de l'application des techniques de gestion du secteur privé, de devenir des entreprises et de « faire du chiffre », aux dépens des conditions de travail des soignants et de la qualité des soins délivrés aux patients. Tout ce qui ne relève pas de la technique (prévention, éducation thérapeutique, médico-social) y est marginalisé et fragilisé. C'est la mission sociale et de santé publique de l'hôpital qui est atteinte. **En aval, il n'existe pas assez de lits en soins de suite et de réadaptation, en psychiatrie, en EHPAD [Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes].** Des patients qui ne devraient plus être dans les services de l'hôpital y demeurent car ils se trouvent sans alternative.

Résultat des réformes : tous les acteurs du système de soins souffrent et chaque compartiment cherche à transférer ses coûts sur les autres. Les plus jeunes professionnels ne veulent plus de l'exercice libéral individuel en ville. Le taux d'absentéisme des soignants s'envole à l'hôpital, dont l'attractivité décline. La solidarité des équipes de soins est mise à mal par les modes de management inspirés du privé. Les patients voient, au final, se dégrader l'accès et la qualité des soins.



NON À « L'HÔPITAL ENTREPRISE ! »,

Sabrina Ali-Benali,

interne des hôpitaux de Paris

Nous les soignants, demandons seulement à pouvoir **travailler dans des conditions dignes, respectueuses de nos métiers et de nos patients.**

Les plans d'austérité successifs et les mesures prises dans tous les secteurs de santé dénaturent le rôle des soignants. Ceci nous empêche de pratiquer notre travail de prise en charge globale du patient, tant sur le plan somatique et psychique que sur le plan humain.

On ne peut pas réduire un patient à sa pathologie. **Une personne malade n'est pas une succession d'actes à tarifer** ; et non, on ne soigne pas forcément mieux en soignant plus vite.

Chaque malade est différent, par sa pathologie bien sûr, mais aussi par son âge, son vécu, son contexte socio-économique, son entourage familial, etc.

Une majorité de personnels soignants, tous métiers confondus, souffrent d'avoir parfois l'impression de maltraiter leurs patients, tant il devient difficile de pouvoir pratiquer une vraie prise en charge humaine, d'avoir la possibilité de passer du temps auprès du lit du malade.

Sans compter l'épuisement physique et moral des personnels médicaux et paramédicaux. Ce sont des métiers particuliers compte tenu de leur proximité directe avec la maladie, la mort, mais aussi, fort heureusement, avec quelques bonheurs humains. Ces professions doivent donc être protégées et les temps de repos nécessaires doivent être respectés afin que les soignants puissent assurer leur travail sans mettre en péril leur santé physique et mentale. Aujourd'hui, le manque d'effectif, la surcharge de travail et les impératifs de « rentabilité » imposés par ces logiques d'économies drastiques nuisent gravement à la santé des personnels soignants et à la prise en charge de nos patients.

**Notre projet :
rendre au
peuple son
système de
santé**

La refonte progressiste et démocratique de notre système de santé est une urgence. L'héritage du Conseil national de la résistance (CNR) a été l'objet d'attaques pernicieuses mais résolues depuis trente ans.

Il y a urgence à réaffirmer les principes d'égalité et de solidarité. Nous entendons donc procéder à **une révolution citoyenne de notre système de santé qui s'appuiera sur quatre piliers** :

- **La mise en cohérence des politiques économiques et sociales, environnementales et de santé** avec un rôle fondamental accordé à la prévention
- **La mise en place d'un système de santé égalitaire et accessible à tous**, qui suppose une égalité de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et une prise en charge intégrale des dépenses de santé par l'assurance maladie.
- **La démocratisation des politiques de santé** afin de permettre une réappropriation de ces questions par les citoyens et de veiller à ce que ces politiques servent l'intérêt général plutôt que des intérêts particuliers.
- **La mise à disposition de moyens financiers à la hauteur de ces enjeux.**

**Nos
propositions :
une santé
accessible,
publique et
gratuite**

1 Priorité à la prévention

Il convient d'adopter une approche intégrée des politiques publiques et de réorienter le système de santé vers la prévention. La prévention primaire cherche à agir d'abord sur la genèse environnementale des pathologies. **La santé n'est pas réductible à la médecine. Les inégalités sociales, le taux de pauvreté, la précarité, les conditions de travail, le système éducatif, les conditions d'alimentation ou la qualité du lien social influent de façon déterminante sur l'état de santé.** Il faut donc se fixer comme priorité de lutter contre ces maux, avant de traiter la question de l'offre de soins. Un programme de santé cohérent doit être articulé avec des mesures sociales et environnementales qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population. C'est ce que propose *L'Avenir en commun* : la promotion de l'agriculture écologique et paysanne, la réforme de l'école, la généralisation du bio et la gratuité dans les cantines scolaires, la garantie dignité, la Sécurité sociale du logement, l'éradication de la précarité, la réduction des inégalités de revenu et de patrimoine sont des mesures qui participent de façon décisive à l'amélioration de la santé et à la réduction des inégalités sociales de santé.

Dans le cadre d'un plan de prévention des maladies liées à la pollution aux pesticides, à l'alimentation, à la consommation de drogues, à la souffrance au travail et au stress, nous défendons donc les propositions suivantes :

- **La réduction des inégalités sociales de santé**, laquelle suppose **d'identifier les causes des « non-recours » aux droits sociaux et d'y remédier**. La prise en charge à 100 % des soins par l'assurance maladie s'inscrit dans cette démarche : en supprimant les labyrinthes bureaucratiques des aides comme la CMU-C (Couverture maladie universelle et complémentaire) ou l'aide à l'achat d'une complémentaire santé, le recours aux soins sera grandement facilité. Comme le souhaitent les créateurs de la Sécurité sociale, **la protection maladie deviendra un droit universel** et non une prestation d'assistance conditionnée à des seuils de revenus.



© Shutterstock



- Sur le plan environnemental, une réévaluation complète de l'ensemble des substances chimiques utilisées sur le territoire français. **Nous refuserons les OGM et bannirons les pesticides nuisibles** en commençant par une interdiction immédiate des plus dangereux (glyphosate, néonicotinoïdes, etc.)
- **La lutte contre la consommation de tabac et d'alcool, premiers facteurs de mortalité prématurée, devra être intensifiée.**
- En matière d'alimentation et lutte contre l'obésité et la malbouffe, **il conviendra de faire respecter la signalétique en cinq couleurs et d'introduire des seuils maximums de sel, de graisses et sucres plus restrictifs** dans le secteur de la restauration collective, notamment scolaire.
- Un plan de lutte et de prévention contre les maladies sexuellement transmissibles et la promotion des politiques de santé sexuelle et reproductive, émancipatrices des personnes
- L'intégration pour tout projet ou proposition de loi, d'un **volet santé dans l'étude d'impact préalable.**
- **S'agissant de la prévention primaire**, la santé publique deviendra une discipline majeure du cursus des futurs professionnels de santé et le réseau de structures relais sera considérablement densifié : les Protections maternelles et infantiles (PMI) verront leurs moyens renforcés tandis que **les effectifs de médecins du travail et de médecins scolaires seront significativement augmentés** grâce à des recrutements ambitieux et à la revalorisation des rémunérations.

2 Un système de soins complet et de qualité

Une **réforme progressiste et globale de l'offre de soins** s'impose pour affronter efficacement le défi des maladies chroniques en intégrant les différents compartiments de l'offre de soins aujourd'hui cloisonnés de façon à ce que **la coopération remplace la concurrence**. Ceci suppose :

- de **constituer un véritable service public de soins primaires**.
- d'en **finir avec la logique perverse de « l'hôpital-entreprise » pour restaurer le service public hospitalier**, auquel doivent être donnés les moyens humains et financiers de fonctionner dans des conditions de travail respectueuses des soignants.
- **de réorganiser le secteur médico-social et le secteur psychiatrique**.

Nous défendons donc en particulier les propositions suivantes :

- **Le développement massif de centres de santé locaux et pluri-professionnels** en commençant par la construction de 2 000 centres. Cela encouragera l'exercice des soins primaires en équipes (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, diététiciens, médiateurs de santé, etc.) entretenant des liens étroits avec les hôpitaux publics. Les professionnels y seront salariés et ces centres pourront être organisés sous la forme juridique de sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC) ou d'établissements publics, et gérés, selon les lieux, par la Sécurité sociale, les établissements hospitaliers, les mutuelles du livre III du Code de la Mutualité ou les collectivités territoriales. **La prévention et la prise en charge des malades chroniques y seront des priorités**. Ces centres seront aussi des lieux de formation privilégiés pour les étudiants se destinant à l'exercice des soins primaires.
- **L'interdiction des dépassements d'honoraires** qui s'inscrira dans une réforme plus profonde visant à **réduire la place du paiement à l'acte**.

- **La création d'un corps de médecins généralistes fonctionnaires** rémunérés pendant leurs études, afin de pallier l'insuffisance de médecins dans certaines zones
- **Le statut de service public sera réservé aux établissements publics, tandis que les établissements privés à but non lucratif pourront y être associés.**
- **La sortie du « tout T2A » (tarification à l'activité) et de la politique du chiffre** qui met les établissements hospitaliers en situation de conflits d'intérêt avec la Sécurité sociale. La T2A sera réservée aux actes techniques, standardisés et programmés tandis que les spécialités ayant à traiter des maladies chroniques seront financées par la dotation globale. Enfin, pour les soins palliatifs, il faut revenir au prix de journée.
- **Le recrutement 62 500 soignants et médecins à l'hôpital** afin que les personnels ne soient plus la variable d'ajustement budgétaire.
- **Le médico-social** doit cesser d'être un vide et médical et social servant de variable d'ajustement à ces deux secteurs. Au contraire, la reconnaissance de la spécificité des pratiques professionnelles qui le constituent et le **renforcement de sa dotation en moyens humains et financiers** permettront à ce secteur de relever le défi des maladies chroniques et du vieillissement. Le financement du médico-social sera réalisé à la dotation globale et non à l'activité.
- Lors de la fin de vie, la dignité des patients devra être respectée. **Le droit à décider de sa propre fin, y compris avec assistance, sera reconnu liberté fondamentale et inscrit dans la Constitution**

UN SECOND SOUFFLE POUR LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR

La logique répressive et de la médicalisation à outrance de la « santé mentale » est un échec et la source de drames humains silencieux. Toutes les démarches d'accréditation déshumanisent les processus de soins, et doivent être supprimées. Il convient de **renouer avec le pluralisme des innovations humanistes et progressistes** en sensibilisant les personnels dans le cadre de formations spécialisées. Nous construirons avec les professionnels des **filières de soins non segmentées**. La **psychiatrie de secteur**, notamment les centres médico-psychologiques, aura les **moyens humains et financiers** de fonctionner, à commencer en urgence par des **lits de psychiatrie**, dont le nombre a été drastiquement réduit ces vingt dernières années.

3 Des médicaments au service de l'intérêt général

La France se distingue par une consommation de médicaments parmi les plus élevées au monde (anxiolytiques et antibiotiques notamment). Cela provient de la prééminence du soin sur la prévention et des stratégies commerciales des laboratoires pharmaceutiques. Ainsi les prescriptions médicales contiennent-elles davantage de produits que dans les autres pays, avec notamment une part plus élevée de médicaments récents et coûteux, pas toujours plus efficaces que des produits plus anciens.

Cette situation ne profite qu'à l'industrie pharmaceutique et menace même la santé de la population en alimentant l'antibiorésistance (on consomme deux fois plus d'antibiotiques en France qu'en Allemagne) ou en autorisant la mise sur le marché de médicaments dangereux, prescrits pour des usages non prévus, comme dans le scandale du Médiator, Il est urgent **de remettre à plat un circuit du médicament aujourd'hui sous l'influence des laboratoires pharmaceutiques.**

Pour cela, nous proposons :

- La création **d'un pôle public du médicament chargé des activités de recherche (via des coopérations avec l'INSERM et le CNRS notamment) et de production de médicaments jugés essentiels.** Il s'appuiera notamment sur la pharmacie centrale des hôpitaux et la pharmacie centrale des armées. Ce pôle garantira l'indépendance de la recherche et de l'expertise dans le domaine du médicament tandis que la fabrication de médicaments par une entité publique permettra d'inverser le rapport de force entre la puissance publique et l'industrie pharmaceutique.



- La création d'un **dispositif de formation continue de qualité sur les produits de santé**, obligatoire pour l'ensemble des professionnels de santé. Parallèlement la publicité sur le médicament sera interdite ainsi que l'accès libre des visiteurs médicaux dans l'hôpital public.
- **La réorganisation des entités chargées de la régulation de la chaîne du médicament (ANSM et HAS¹) et de la fixation de leur prix (CEPS²)**, qui manquent de moyens et sont marquées par de multiples conflits d'intérêts. Des experts indépendants garantiront une évaluation transparente et rigoureuse des produits. L'accent sera aussi mis sur la surveillance en vie réelle des produits de santé, point faible de notre dispositif de sécurité sanitaire. La refondation du CEPS et l'existence d'une capacité publique de production de médicaments autoriseront une véritable négociation des prix. Le médicament n'a pas vocation à entretenir les taux de profits de l'industrie pharmaceutique.

1 ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; HAS : Haute autorité de santé.

2 CEPS : Comité économique des produits de santé.

4 Un système 100 % solidaire

Considérer les dépenses de santé comme un coût à comprimer est un contre-sens. Cela se traduit par une austérité budgétaire qui dégrade l'état de santé de la population, comme l'a montré la catastrophe sanitaire grecque, et qui coûte *in fine* plus cher à la collectivité. Il convient donc **de sanctuariser les moyens, d'assurer un financement solidaire de notre système de santé et de garantir une prise en charge intégrale des prestations de soins et de prévention tout en veillant à éviter les dépenses inutiles** (les assurés sociaux ont financé pendant des années un médicament toxique comme le Médiator). **Inflexibles sur les principes de solidarité et d'égalité, nous le serons aussi concernant la bonne utilisation de la dépense publique, en particulier pour des raisons de sécurité et de qualité des soins.**

Une telle approche passera par :

- **Instaurer le « 100 % Sécu » en remboursant à 100 % les soins de santé prescrits, dont les soins et appareils dentaires, optiques et auditifs et faire baisser les tarifs des lunettes et appareils auditifs.** Cette prise en charge intégrale des dépenses de soins par l'Assurance maladie impliquera que les usagers n'aurent plus un euro à sortir pour se soigner.
- **La suppression de l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM)** et l'affectation à l'Assurance maladie de ressources propres indépendantes du budget de l'État, via une CSG progressive rénovée, la suppression de nombreuses niches sociales aujourd'hui compensées par l'État et, la transformation en cotisations sociales des primes aujourd'hui versées aux complémentaires santé.

- **La lutte contre les dépenses inutiles** en définissant démocratiquement un périmètre de la solidarité de tous les biens et services médicaux dont l'utilité médicale est reconnue. Des pays comme la Suède établissent des listes de médicaments jugés essentiels, des associations comme Princeps ou Prescrire effectuent ce type de recensement.
- Une renégociation des prix exorbitants exigés par certains laboratoires pharmaceutiques et certaines catégories de professionnels (optique, dentaire, audioprothèse, etc.).

LE « 100 % SÉCU », UNE MESURE SOLIDAIRE, EFFICACE ET SIMPLE À FINANCER

Rembourser 100 % des soins prescrits est à notre portée. Le passage au 100 % Sécu, c'est la garantie d'une prise en charge intégrale par l'Assurance maladie des dépenses de santé. Une telle mesure est :

- **Solidaire** : le financement et le niveau de couverture des complémentaires sont inégalitaires (cotisations qui peuvent dépendre de l'âge, niveaux de prise en charge très disparates selon les contrats, contrats très coûteux pour les retraités et les indépendants) alors que l'Assurance maladie propose le même niveau de couverture pour tous et est financée par des cotisations sociales et la CSG, proportionnelles aux salaires.
- **Efficace** : cette mesure permettra de supprimer les 7 Mds € de frais de gestion qui ne contribuent en rien à la santé de la population. C'est aussi une mesure qui simplifiera la vie des usagers.
- **Simple à financer** : la transformation des primes versées aux complémentaires en cotisations sociales, les économies réalisées sur les frais de gestion, la suppression des dépassements d'honoraires et la régulation de prix aujourd'hui excessifs (médicaments, optique, dentaire), permettent de financer aisément cette mesure.

Le 100 % Sécu ne se traduira par aucun licenciement :

Les salariés des complémentaires dont les activités sont concernées par le « 100 % Sécu » se verront proposer une intégration au sein de l'Assurance maladie.

Les mutuelles pourront réorienter leurs autres salariés et leurs réserves financières vers les mutuelles dites du Livre III (les centres de santé mutualistes, par exemple), au lieu d'être enclines à les sacrifier, comme actuellement.

5 Un système de santé démocratique

La démocratie sociale d'après-guerre a été progressivement neutralisée à compter des années 1970 avant d'être purement et simplement enterrée. Le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) est quant à lui un exercice technocratique centré sur la seule dimension budgétaire, sans lien avec une politique de santé digne de ce nom. Depuis 2002, certains se gargarisent d'une « démocratie sanitaire » qui consiste pour l'essentiel à donner des strapontins aux porte-parole des patients et des « usagers ». Cette situation est inacceptable car **le progrès sanitaire et la démocratie marchent de concert**. Mais cette démocratie sociale doit être adaptée aux enjeux actuels. Il ne s'agit plus simplement de verser des indemnités journalières et de soigner, avec une pharmacopée limitée, des maladies aiguës. La transition épidémiologique, le défi de la santé environnementale, l'extension du souhait des populations d'être davantage associées à la décision publique supposent d'élargir le tour de table. La création d'une démocratie sanitaire réelle permettra d'amplifier la dynamique de remobilisation citoyenne que nous appelons de nos vœux dans le cadre de la future 6^e République. Il convient pour cela de revoir toute l'organisation des différentes instances de gouvernement de notre système de santé :

- La refonte des instances territoriales chargées de traiter des politiques de santé avec la **création de conseils sanitaires de quartier, d'unités territoriales de santé (UTS) et d'union départementales de santé (UDS)** qui se substitueront aux Agences régionales de santé (ARS). La région n'est pas un territoire pertinent en matière de santé : zone géographique trop étendue, politiques sociales et médico-sociales qui se définissent en grande partie à l'échelle du département. Ces différentes instances auront en charge l'ensemble des secteurs de l'offre de soins : ville, hôpital, médico-social, hôpital, prévention.

- À tous les maillons de cette chaîne, les **décisions seront prises par un collège** composé de citoyens (dont une partie pourra être tirée au sort), de représentants des professionnels de santé et de représentants des syndicats élus par la population, d'élus locaux, de représentants associatifs et de représentants de l'État et de l'Assurance maladie.
- **Les corps administratifs de la santé publique** (médecins-inspecteurs de santé publique, ingénieurs du génie sanitaire, inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, etc.), porteurs d'une expertise et d'un savoir-faire en matière de planification sanitaire et de mise en synergie des politiques sanitaires et sociales seront revalorisés.
- Le Parlement votera **une stratégie nationale de santé quinquennale** qui définira les grandes orientations de santé publique et évaluera les moyens financiers pour les réaliser. Le vote de cette stratégie nationale de santé sera ainsi l'occasion, tous les cinq ans, de débattre publiquement de la politique de santé.

LA SANTÉ

NOTRE BIEN COMMUN

Les livrets de la **France insoumise** complètent **L'Avenir en commun**, le programme de la France insoumise et de son candidat **Jean-Luc Mélenchon**.

L'Avenir en commun n'a de sens que si nous le construisons ensemble au cours d'un processus collectif de débats.

La collection des « Livrets de la France insoumise » offre cet espace d'échanges pour enrichir le programme en continu.

Les livrets abordent une variété de sujets qui donneront à la France son nouveau visage et l'inscriront différemment dans le monde. On peut gouverner autrement le pays si l'on se tourne vers le peuple.

Chaque livret expose les enjeux du sujet et dessine les perspectives d'une révolution citoyenne dont notre pays a tant besoin. Chaque livret présente aussi les mesures nécessaires pour y arriver. Le tout sera à chaque fois le fruit d'un travail collectif et coordonné.

Le programme *L'Avenir en commun* est élaboré sous la direction de Charlotte Girard, juriste et Jacques Généreux, économiste.

La collection des « Livrets de la France insoumise » est coordonnée par Laurent Levard, agroéconomiste et Danièle Obono, chercheuse en anthropologie sociale.

 **L'AVENIR** *Mélenchon 2017*
EN COMMUN

Retrouvez toutes les informations
sur le programme l'Avenir en commun
sur www.jlm2017.fr

