

Cinq services publics pour sauver la santé : le manifeste des soignants

Par [Les jours heureux, collectif de soignants médicaux et paramédicaux](#) — 24 mai 2020 à 19:31



Manifestation du personnel de l'hôpital Purpan, à Toulouse, le 11 mai devant leur établissement. Les syndicats CGT et SUD avaient appelé à la grève, accusant la direction de l'hôpital et le gouvernement de rester sourds aux revendications. Photos Ulrich Lebeuf. MYOP

«Libé» rend public le texte du collectif «les jours heureux», qui propose des solutions à destination de l'exécutif en vue d'une refonte sociale du système de santé.

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 de la rigueur budgétaire à courte vue et du 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».

À LIRE AUSSI [Soignants : «Monsieur le Président, montrez-nous qu'on peut compter sur vous»](#)

La prise en charge exemplaire de l'épidémie de 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 treize 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, le 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 gradation 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 aux côtés 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 de la recherche en sciences de la vie et en santé publique.

Avec ces principes, cinq 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/ L'assurance maladie, pour réaliser la double solidarité des biens portants avec les patients et des plus riches avec les plus pauvres

Il faut développer 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 réalisée 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'Etat 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 : un «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, pour permettre l'égalité d'accès aux soins sur tout le territoire au tarif remboursé par la Sécu

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 référence. 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 médico-social 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 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. 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.

À LIRE AUSSI [Des grands chantiers, un délai très court](#)

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 médico-social 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...).



(Photos Ulrich Lebeuf. MYOP)

3/ Le service de santé publique et de sécurité sanitaire, pour redonner confiance à la population dans le système

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, 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'exams 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.

À LIRE AUSSI [Un «Sécur de la santé» attendu de pied ferme](#)

Cette dernière 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'intérêts 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 : pour accompagner les soignants au long de leur apprentissage puis de leur carrière

Différentes filières universitaires et d'écoles d'ingénieurs permettront l'entrée dans les études de médecine avec une 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 pratique avancée dans différentes disciplines de spécialités. En attendant, il faut reconnaître et valoriser les acquis professionnels et ceux 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 ultérieurement une place particulière 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 recertification pour la totalité des médecins, doit être mise en œuvre en associant universités, hôpitaux publics, sociétés savantes et organismes professionnels au niveau local comme national. Cet effort considérable doit être intégralement financé par un fonds public bénéficiant de la règle du «1 pour 1» (pour 1 euro consacré à la promotion de leurs produits, les industriels doivent verser 1 euro au fonds public pour la formation post-universitaire) ou d'un pourcentage des dividendes versé aux actionnaires.

5/ Le service public de la recherche en santé : pour garantir le progrès

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 ces 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 revaloriser les salaires des chercheurs, ingénieurs et techniciens, mettre fin aux 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 % en dix ans, à euro constant). La complexification de la recherche implique de développer au sein des CHU des instituts de recherche pluridisciplinaires ayant une masse critique de chercheurs et de moyens. La recherche au sein des CHU doit impliquer l'université.

Six mesures d'urgence

La gratuité intégrale des dispositifs de protection, de dépistage et de soins liés au Covid-19.

L'augmentation du prochain budget de la santé (Ondam) autant que nécessaire pour répondre aux besoins en ville et à l'hôpital, et pour reconstruire la psychiatrie sinistrée.

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.

L'arrêt de la politique de fermeture de lits et l'annulation de leurs réductions programmées. Au contraire, il faut ouvrir le 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.

Le vote d'une loi de démocratie sanitaire formalisant l'association aux prises de décision 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 (tarification à l'activité) et révisera la «gouvernance d'entreprise» mise en place par la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires).

Pour le jour d'après

Outre les propositions du manifeste (*lire ci-contre*), le collectif pour les jours heureux en décline une dizaine d'autres. Extraits.

Financer de façon inaliénable la Sécurité sociale, par des cotisations, des taxes et impôts progressifs portant sur l'ensemble des revenus [...] ; définir un large «panier solidaire» de prévention, de soins et de services, pris en charge à 100 % [...].

Développer un service public de santé unifié de l'enfance et de la famille [...] ; construire un nouveau secteur psychiatrique ville-hôpital [...].

Augmenter le nombre de lits d'aval des urgences et de soins de suite. Définir des quotas de personnels [...] pour assurer la sécurité des patients et la qualité des soins [...].

Développer la cogestion entre administration et soignants. Limiter la T2A (tarification à l'activité) aux activités standardisées, programmées [...].

Revaloriser les carrières des professions de santé et de la recherche [...] ; mise en extinction [...] du secteur 2 [...] parallèlement à la revalorisation négociée du secteur 1. Mise en extinction progressive de l'activité privée à l'hôpital public [...].

Porter à 10 % des dépenses de santé le budget de la prévention [...].

Développer une politique publique industrielle du médicament [...] ; s'assurer de stocks de sécurité pour au moins six mois [...].

Refonder les études en santé en [...] incluant les formations paramédicales et en intégrant les sciences humaines [...].

Accroître le financement du service public de la recherche en sciences de la vie et en santé [...].

Signataires :

Ont participé à la rédaction collective du programme :

André Baruchel, Alain Beaupin, Hakim Bécheur, Christian Bensimon, Francis Berenbaum, François Bourdillon, Julie Bourmaleau, Michel Canis, Sophie Crozier, Stéphane Dauger, 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 Péliissolo, Jean-Charles Piette, Carine Rolland, François Salachas, Rémi Salomon, Alfred Spira, Pierre Suesser, Juliana Veras, Jean-Paul Vernant.