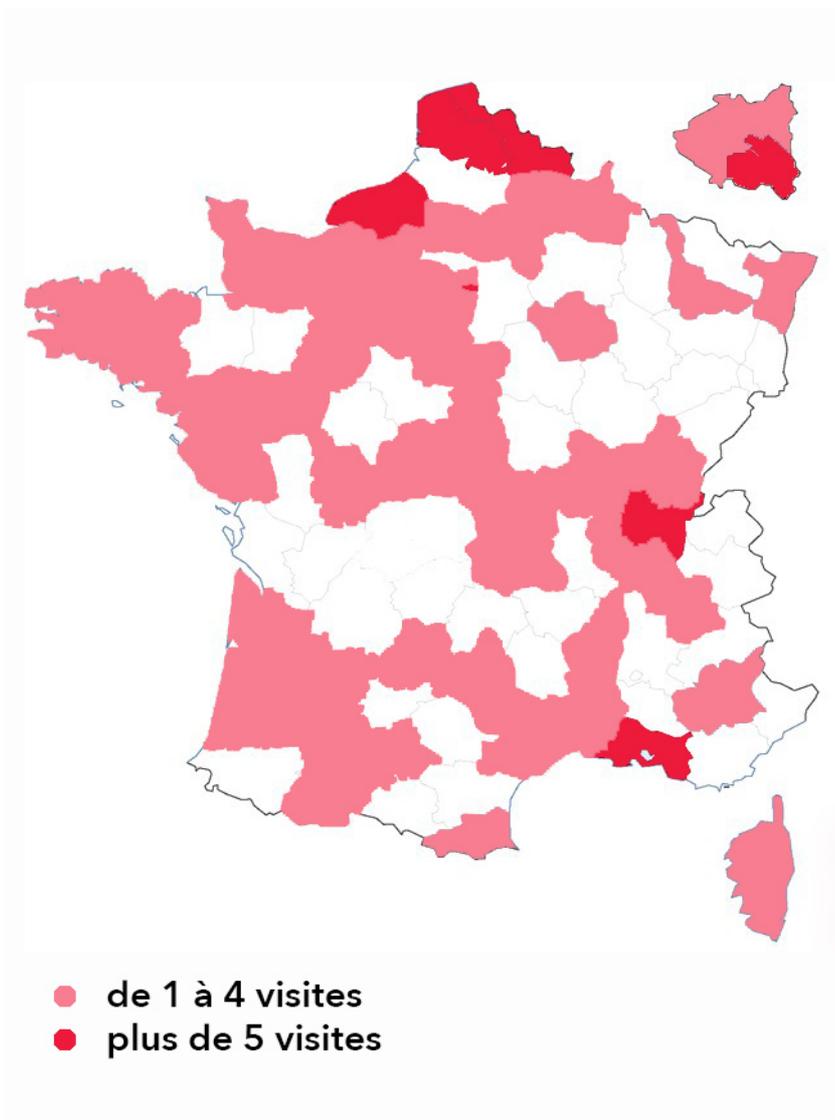


Fabriquons ensemble notre loi « Santé »



120

établissements visités

55

départements
couverts

15 visites prévues

notamment
en Guyane,
à la Martinique,
dans la Vienne...

Document de travail des parlementaires communistes

Quelques témoignages recueillis dans le cadre du Tour de France des hôpitaux et des Ehpad

Lors d'une rencontre dans le Nord, est rapportée l'histoire d'une patiente en fin de vie qui meurt sur un brancard après 8h d'attente sans avoir vu de médecin. Une infirmière se met à pleurer en expliquant que « *même dans la mort, il n'y a plus de dignité.* »

« *Il n'y a plus de corde humaniste ni même soignante sur laquelle tirer. C'est les chiffres, les chiffres et rien que les chiffres. Nous n'avons aucune prise sur la direction, ils ne font rien.* »

« *Nous ne faisons plus de qualité, mais de l'abattage.* »

« *On angoisse à l'idée de faire un week-end. Ou alors quand on est en week-end, on angoisse à l'idée que le téléphone ne sonne et que l'on soit obligés d'y retourner.* »

« *On nous demande de la production, peu importe la qualité du soin. J'ai l'impression d'être à la chaîne chez Toyota.* »

« *J'ai appris à soigner avec des protocoles de bienveillance, j'ai appris à écouter, discuter. Aujourd'hui je suis maltraitant et je ne peux pas faire ce pourquoi j'ai été formé. Je me suis trompé de métier.* »

« *On n'ose pas regarder les patients et familles en face tellement les conditions d'accueil sont honteuses (familles debout, pas d'eau à disposition, pas de personnel pour les rassurer, la tension monte...), certains patients y laisseront peut-être leur peau dans la nuit...* »

« *Pour eux, ce sont des ratios, des chiffres, mais pas des êtres humains.* »

« *Nos anciens se sont battus pour nous, à nous maintenant de nous battre pour eux.* »

« *Tout le monde souffre, nous parce que nous ne faisons pas notre métier, et par voie de conséquence les patients aussi.* »

« *Ce n'est simple pour personne, tous les jours.* »

Les parlementaires communistes décrètent l'état d'urgence !

Le 10 janvier 2018, à l'invitation des parlementaires communistes, plus de cent personnes étaient réunies pour une rencontre autour du thème « Hôpital en danger, politique à refonder ».

Des dizaines et des dizaines de témoignages de souffrance terriblement poignants se sont succédés par un personnel hospitalier, qui à bout de souffle et à bout de bras, fait encore se tenir debout nos hôpitaux et EHPAD publics.

Face à cette détresse, les parlementaires communistes ont décidé de transformer ce temps fort en un « Tour de France des hôpitaux et des EHPAD ». Depuis un peu plus d'un an et dans le but d'être confrontés le plus possible à la réalité du terrain, ils se sont déplacés aux 4 coins de la France, ont visité 120 établissements, et rencontré des milliers de personnes : personnels, syndicalistes, usagers, membres des directions...

De ces visites, les échanges ont été tous plus riches les uns que les autres... mais force est de constater qu'un même écho raisonne ; celui de la souffrance et de l'impression de mettre en application une logique de devoir « toujours faire plus avec moins de moyens ». Toutes les personnes sont épuisées, éreintées par les politiques d'austérité successives qui règnent depuis de nombreuses années dans le monde hospitalier.

Toutes ces rencontres sont venues confirmer que le système de santé dans son ensemble, et plus particulièrement l'hôpital, est en crise et que son personnel a une réelle soif de parler et de se faire entendre. Ces derniers évoquent principalement le manque de moyens humains et matériels, ainsi que la perte de sens de leur travail.

Au-delà de cette souffrance, les parlementaires ont pu aussi mesurer toute la dignité des personnels, de l'aide-soignante au chef de service, qui mettent entre parenthèses leur vie familiale et personnelle pour faire face à l'impératif de la qualité des soins. Ils ont également constaté qu'elles et ils étaient force de propositions, mais que leurs témoignages n'étaient pas pris en compte pour refonder une politique de santé publique à la hauteur des besoins des populations dans notre pays.

Face au mal-être ambiant, le Gouvernement a présenté, en septembre dernier, un simulacre de réponse par le biais du plan « Ma santé 2022 », énième réforme qui ne répond absolument pas à la crise aiguë et urgente vécue de plein fouet par le monde hospitalier. Une déclinaison d'une partie de ce plan santé arrive maintenant à l'étude de l'Assemblée Nationale et du Sénat.

Les parlementaires communistes ne peuvent décemment se contenter de quelques mesures de réorganisation apportées dans ce projet de loi qui ne répondent pas à l'urgence de la crise hospitalière.

Aussi, parce qu'il est plus qu'urgent d'agir face à ce désarroi, les parlementaires communistes ont décidé de présenter une liste de 86 mesures, dont 37 mesures urgentes, qui permettraient de donner un véritable bol d'air au monde de la santé.

PLAN DES PROPOSITIONS

- I. Financer la santé et l'hôpital public
- II. Promouvoir le service public hospitalier et mettre fin à la concurrence entre établissements
- III. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre les déserts médicaux
- IV. Développer une politique de prévention à la hauteur des besoins
- V. Renforcer les EHPADS et le secteur médico-social
- VI. Défendre une psychiatrie humaine
- VII. Instaurer une véritable démocratie sanitaire
- VIII. Structurer une politique publique du médicament et des dispositifs médicaux

I. FINANCER LA SANTE ET L'HOPITAL PUBLIC

Le plan de transformation de notre système de santé prévu par le gouvernement est dépourvu d'ambitions, de moyens financiers et humains. Largement insuffisant, il ne règlera pas les nombreux défis d'accès aux soins, des déserts médicaux, de reconnaissance des personnels, d'ouverture de lits en aval des urgences, de création de centres de santé.

Loin de sortir du carcan budgétaire dans lequel l'hôpital est enfermé, ce plan vient valider les effets des multiples cures d'austérité infligées depuis 20 ans au secteur public de santé. Les deux premiers budgets de la sécurité sociale du quinquennat prolongent la compression des dépenses d'assurance maladie avec un ONDAM fixé successivement à 2,3 % et 2,5 % quand les besoins en santé, aujourd'hui, nécessiteraient une progression annuelle de 4,5 % des dépenses de soins (5 milliards d'euros par an). Il en résulte des restrictions budgétaires drastiques pour le secteur hospitalier : 1,6 Mds d'euros en 2018, 900 millions en 2019.

Il est grand temps de sortir de cette logique de réduction des dépenses de santé, et de lancer un véritable plan d'urgence d'investissement pour une santé de qualité accessible à toutes et tous sur l'ensemble du territoire.

En priorité

- 1. Supprimer la taxe sur les salaires (+ 4 milliards d'euros) et exonération de TVA sur les achats et les investissements des hôpitaux**
- 2. Supprimer les allègements généraux de cotisations sociales sur les bas salaires (+ 23 milliards d'euros) et lutter contre la fraude patronale aux cotisations sociales (+ 10 milliards d'euros)**
- 3. Appliquer l'égalité salariale entre les femmes et les hommes (+ 34 milliards pour la sécurité sociale)**
- 4. Supprimer la pérennisation du CICE en réduction de cotisation patronale d'assurance maladie (+ 21 Milliards d'euros)**
- 5. Sortir de la tarification à l'activité pour aller vers un financement contractualisé pluriannuel en fonction de la population du bassin de vie et de la demande de soins.**
- 6. Financer l'assurance maladie en fonction de l'évolution réelle des besoins en santé avec la suppression des enveloppes fermées**

Puis dans un second temps

7. Mettre à contribution les revenus du capital (concentration de la CSG sur les revenus du capital et contribution de solidarité assise sur les dividendes) pour financer la Sécurité sociale
8. Rétablissement de la cotisation sociale comme principal mode de financement de la Sécurité sociale et extinction progressive de la CSG sur les salaires et les pensions
9. Instaurer une loi de programmation pluriannuelle pour l'hôpital public
10. Créer une Banque publique des hôpitaux pour désendetter les hôpitaux et les aider à investir

11. Mettre en place un audit citoyen de la dette des hôpitaux
12. Utiliser la puissance de création monétaire de la BCE pour financer les investissements dans la santé à travers un Fonds européen de développement des services publics

II. RENFORCER LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ET METTRE FIN A LA CONCURRENCE ENTRE ETABLISSEMENTS

Alors que les personnels se mobilisent partout en France pour dénoncer les conditions de travail et les conditions de prise en charge des patients, le service public hospitalier est malmené par les politiques de compression des dépenses sociales avec des conséquences dramatiques pour les personnels. Les dernières réformes de la santé (Loi Bachelot 2009, Loi Touraine 2016) ont fragilisé le système public de santé en promouvant une gestion calquée sur l'entreprise commerciale et les logiques de concurrence. Loin de répondre la crise de financement de l'hôpital public, ces réformes ont été guidées par la recherche d'efficacité du système de santé.

A l'inverse du projet de transformer l'hôpital en centre de rentabilité, nous avons au contraire besoin d'une toute autre ambition pour le service public hospitalier qui pourrait se résumer ainsi : l'humain d'abord.

En priorité

- 13. Instaurer un moratoire sur les fermetures de lits, de services et d'établissements de santé et sur leur regroupement via les GHT**
- 14. Évaluer les effets positifs et négatifs du virage ambulatoire.**
- 15. Arrêt des hybridations public/privé dans les établissements de santé**
- 16. Instaurer par la loi un seuil minimal d'offre publique de soins par territoire**
- 17. Créer 100 000 emplois pour l'hôpital public**
- 18. Définir l'hôpital de proximité comme un établissement doté d'un service d'urgences ouvert 24h/24h, d'une maternité de niveau 1, de services de médecine et de chirurgie, de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées, en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur**

Puis dans un second temps

19. Créer un vrai service public de soins primaires, organisée autour de centres de santé accompagnés d'un hôpital de proximité avec dans un territoire donné, une maternité, un CHU, hôpital de formation et d'excellence.
20. Développer des structures d'aval afin d'accueillir les patient.e.s
21. Titulariser l'ensemble des personnels contractuels
22. Intégrer le critère de la qualité des conditions de travail pour toute certification d'établissement
23. Revaloriser les rémunérations et les carrières des agents hospitaliers et des internes pour renforcer l'attractivité des carrières hospitalières. Revoir la grille de la fonction publique hospitalière
24. Mettre en place un plan d'investissement hospitalier dans l'immobilier, et les moyens techniques, numériques et médicaux
25. Introduire une clause de non concurrence entre le public et le privé afin d'éviter la fuite des compétences

26. Limiter la concurrence public/privé en révisant les autorisations d'activités des ARS accordées aux établissements de santé privés lucratifs
27. Changer les méthodes d'encadrement à l'hôpital qui entraînent un épuisement professionnel et un développement du mal être au travail avec une augmentation de nombre de suicides liés aux conditions de travail
28. Revoir les critères de qualité pour l'ouverture d'un établissement de santé qui sont actuellement déconnectés de la réalité des besoins de sécurité
29. Transformer le statut de la fonction publique hospitalière vers une fonction publique de santé qui englobe les personnels des hôpitaux et des centres de santé.

III. AMELIORER L'ACCES AUX SOINS ET LUTTER CONTRE LES DESERTS MEDICAUX

Les inégalités d'accès aux soins renforcent les inégalités sociales, en ville comme dans les campagnes. Les déserts médicaux ne cessent de se développer. Nous devons y répondre en utilisant trois leviers : la prise en charge de soins par la sécurité sociale, l'augmentation du nombre de professionnels de santé et la régulation de l'implantation des médecins.

D'une part, nous proposons de supprimer le numerus-clausus, et de dégager de nouveaux moyens au profit d'enseignements théorique et pratique. Le début des études doit être revu pour les démocratiser, pour ajouter au haut niveau d'exigence scientifique un haut niveau de sciences humaines : un premier cycle commun à l'ensemble des professions de santé pourrait être mis en débat.

Le contenu des études doit être revu afin de contribuer à ce que la médecine générale ne soit pas un choix par défaut et développer une approche plus globale que la juxtaposition de spécialités enseignées par des hyper-spécialistes. Des stages en soins primaires doivent permettre de découvrir la médecine ambulatoire avant le choix des spécialités.

D'autre part, nous proposons une série de mesures de régulation de l'implantation des médecins allant du conventionnement des professionnels s'installant dans les zones sous dotées jusqu'à l'interdiction de s'installer dans les zones sur-dotées en passant par l'obligation d'exercer deux années dans une zone sous-dotée en matière de professionnels de santé (généralistes et spécialistes).

L'ACCES FINANCIER AUX SOINS

En priorité

- 31. Remboursement à 100 % par la Sécurité sociale des soins pour les jeunes de moins de 25 ans avant une généralisation pour l'ensemble de la population.**
- 32. Remboursement à 100 % par la Sécurité sociale des vaccins prescrits**
- 33. Généraliser le tiers payant intégral dans les structures de santé pour éviter aux patient.e.s les avances de frais**
- 34. Prendre des mesures pour interdire progressivement les dépassements d'honoraires**
- 35. Supprimer les participations forfaitaires et franchises médicales**

Puis dans un second temps

36. Autoriser les sages-femmes à pratiquer des IVG instrumentales
37. Supprimer la clause de conscience pour l'IVG

LA FORMATION DES MEDECINS

En priorité

- 38. Réformer la formation des médecins pour démocratiser l'accès aux études médicales**
- 39. Remettre en cause le numerus clausus pour former des médecins supplémentaires/an (prioritairement des généralistes) et prévoir des financements dédiés aux facultés de médecine.**

Puis dans un second temps

40. Augmenter (ou supprimer) les quotas pour les professions paramédicales : infirmiers, masseurs-kinés, orthophonistes, psychomotriciens, orthoptistes et audioprothésistes
41. Rénover la médecine ambulatoire avec un réseau territorial de centres de santé publics pour répondre au problème de la désertification médicale
42. Ouvrir chaque année à minima 82 postes d'internes en gynécologie médicale.
43. Créer un réel statut pour les praticiens à diplôme étranger PADHUE
44. Création d'un statut commun pour les médecins permettant des évolutions de carrière et la régulation des lieux d'exercice
45. Réduire le nombre de spécialités et donner aux universités la compétence de déterminer les spécialités à la place du Conseil de l'Ordre
46. Modifier la formation des infirmier.e.s de pratiques avancées avec une spécialité au niveau Master 1 et 2 reconnue dans la grille de salaires

LA REGULATION DE L'INSTALLATION DES MEDECINS

En priorité

- 47. Réguler l'installation des médecins généralistes et spécialistes au bénéfice des territoires sous dotés à travers la mise en place d'un conventionnement sélectif expérimental : refuser le conventionnement de tout nouveau médecin dans une zone déjà sur-dotée dans sa spécialité.**

Puis dans un second temps

48. Rendre obligatoire l'installation des docteurs de médecine désirant exercer leurs fonctions à titre libéral pour une durée au moins égale à 2 ans dans un territoire sous doté en mobilisant les contrats d'engagement de service public
49. Développer des accords internationaux pour répondre aux besoins de professionnels de santé, en planifiant sur plusieurs années les besoins.

IV. DEVELOPPER UNE POLITIQUE DE PREVENTION A LA HAUTEUR DES BESOINS

La France connaît des inégalités sociales et régionales, une mortalité prématurée plus élevée et une espérance de vie sans incapacité plus faible que dans d'autres pays de l'Union européenne. Dans ce contexte, la large diffusion d'une véritable culture de prévention constitue la pierre angulaire d'une nouvelle politique de santé. Le succès de la prévention repose sur une réelle implication des citoyennes, des citoyens et de la collectivité afin de garantir des conditions de vie et de travail « saines ».

La réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention doit être une priorité, c'est la raison pour laquelle nous proposons en priorité de développer les politiques publiques de prévention.

En priorité

50. Développer les politiques de prévention avec la mise en débat d'une grande loi de santé publique

51. Positionner la prévention et la promotion de la santé au cœur des actions de santé territoriale

Puis dans un second temps

52. Sortir les ressources financières consacrées à la prévention des contraintes imposées par l'ONDAM

53. Faire travailler l'hôpital en coordination avec les structures de santé au travail pour développer les démarches de prévention dans les territoires.

V. RENFORCER LES EHPADS ET LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL :

Le vieillissement de la population dans les années à venir renforcera les besoins en matière de structures et de personnels. Alors que, depuis des années, la problématique de la perte d'autonomie est présentée comme un défi, les gouvernements successifs se sont engagés sur ce chantier sans jamais aboutir. Le passage, d'ici à 2060, de 15 millions à 24 millions de personnes de plus de soixante ans et la multiplication par quatre, d'ici à 2050, du nombre de personnes âgées de plus de quatre-vingt-cinq ans sont pourtant de réels enjeux pour notre société. Le coût global de l'accompagnement de la perte d'autonomie va passer de 22 milliards d'euros en 2010 – assurance maladie incluse – à 30 milliards d'euros en 2025.

Pour notre part, nous estimons que le risque « dépendance » doit être intégré dans la branche maladie de la sécurité sociale et que le financement de la solidarité intergénérationnelle doit reposer essentiellement sur la mise à contribution des revenus financiers des entreprises.

Nous devons en priorité lancer un plan de recrutement de 100 000 emplois statutaires dans la filière gériatrique pour atteindre 1 salarié.e. par résident.e, et lancer un grand plan d'investissement pour la création et la modernisation des EHPADS publics et privés non lucratifs. Cette refondation doit également reposer, sur l'établissement d'une juste rémunération des services à domicile et une véritable amélioration de la situation, aujourd'hui précaire, des salarié.e.s du secteur, qui sont à 98 % des femmes et sont soumis à de dures conditions de travail.

En priorité

- 54. Créer 100 000 emplois statutaires dans une filière gériatrique sur la base de 1 salarié/e par résident-e, prévu par le Plan Solidarité Grand-Âge, 7jours/7pour atteindre 300 000 en 2020**
- 55. Lancer un grand plan d'investissement pour la création et la modernisation des ÉHPAD publics et privés non lucratifs**
- 56. Lancer un grand plan de formation et de qualification pour les personnels (notamment pour la prise en charge des résident.e.s présentant des troubles cognitifs et psychiques spécifiques au vieillissement »)**
- 57. Augmenter la valeur du point des conventions collectives du secteur d'aide à domicile et ouvrir une négociation en vue d'une refonte des classifications avec un salaire d'entrée correspondant au SMIC majoré de 10 % et prenant en compte la valeur des diplômes nationaux dans chaque convention.**
- 58. Demander un moratoire sur l'application de la réforme sur la convergence tarifaire public/privé dans les EHPADS**

Puis dans un second temps

59. Adosser les EHPAD aux hôpitaux de proximité
60. Engager une réflexion sur la notion de « géronto-psychiatrie » qui n'existe pas dans la société
61. Instaurer des droits nouveaux pour les salariés-es des Ehpads dans l'intervention sur la gestion et des conditions de travail, ainsi que pour les résidents-es et les proches aidants

VI. DEFENDRE UNE PSYCHIATRIE HUMAINE

Alors que la ministre de la santé a annoncé une augmentation de l'enveloppe dédiée aux hôpitaux psychiatriques, le budget du secteur n'a cessé d'être rogné depuis des années, entraînant une dégradation de la continuité des soins et la cohésion des équipes.

Contrairement à la tendance actuelle qui voudrait que la psychiatrie soit exclusivement cantonnée au domaine médical, cette discipline devrait davantage mobiliser les travaux issus des sciences cognitives, mais également des sciences humaines, de la philosophie et de la psychanalyse, pour développer le soin relationnel.

Nous récusons toute politique d'homogénéisation des pratiques, qui détruit la cohérence des équipes et instrumentalise la parole des patients fige la capacité d'inventer à force d'injonctions paradoxales, dans la nasse de discours mortifères. Il s'agit pour nous de refonder et construire une discipline qui associe soin et respect des libertés individuelles et collectives.

Nous devons en finir avec l'augmentation continue du recours à l'isolement et à la contention, la contrainte doit cesser d'être la norme. Le droit des patient.e.s, hospitalisé.e.s ou non, est régulièrement ignoré, parfois volontairement bafoué. La psychiatrie et le secteur médico-social doivent pouvoir s'appuyer sur des équipes stables avec des personnels non interchangeables quel que soit leur statut. Ils doivent pouvoir bénéficier d'une assise solide qui autorise la parole et propose de véritables évolutions de carrière.

En priorité

- 62. Abroger la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge**
- 63. Rétablir le secteur psychiatrique et ses principes fondateurs**
- 64. Stopper les regroupements de CMP et CMPP en leur donnant les moyens humains et financiers de fonctionner ;**
- 65. Former davantage les professionnels pour éviter le recours à la contention et l'isolement, et à toute pratique coercitive.**

Puis dans un second temps

- 66. Revalorisation des statuts des psychologues et paramédicaux travaillant dans les CMP et CMPP ;
- 67. Instaurer un plan d'urgence pour la pédopsychiatrie ;
- 68. Revoir la formation initiale des infirmier.e.s travaillant dans des hôpitaux avec la mise en place d'un tronc commun pendant trois ans reconnu grade Licence et possibilité de spécialités bac +4 et bac +5 reconnues grade Master
- 69. Mettre en place, dans chaque service des urgences, une urgence psychiatrique (avec au moins psychiatre(s) et infirmier.e.s)

VII. INSTAURER UNE VERITABLE DEMOCRATIE SANITAIRE

Alors que les ARS décident unilatéralement les fermetures d'établissements de santé, il est urgent d'instaurer une véritable démocratie sanitaire. Nous pensons que nous devons partir des bassins de vie pour mettre en place des lieux de concertation comprenant pour le moins, élu-e-s, citoyen-ne-s, professionnels de santé, syndicalistes, pour travailler à la formulation des besoins en création de structures publiques sanitaires et médico-sociales de ville, travailler à un projet médical partagé, choisi et volontaire (centres de santé, soins de suite, soins à domicile...). L'objectif est d'aller vers un véritable service public de santé ambulatoire de proximité, organisé dans un maillage territorial de centres de santé.

Une vraie démocratie en santé nécessite de redonner toute leur place et la parole aux professionnel-le-s hospitaliers, aux représentants des salarié-e-s et des citoyen-ne-s usagers, aux élu-e-s pour redéfinir ensemble les bonnes pratiques, la finalité et les moyens de la continuité des soins, les coopérations et coordinations pleinement choisies et assumées. Permettre aux personnels médical et paramédical d'intervenir dans l'organisation du travail et supprimer l'organisation en pôles hiérarchiques pour laisser la place au travail d'équipe. Comme pour tout.e salarié.e, les personnels hospitaliers doivent avoir des droits nouveaux.

En priorité

- 70. Suspendre les Groupements hospitaliers de territoire et les évaluer au regard de leurs conséquences sur l'offre publique de soins et les conditions de travail de personnels**
- 71. Remplacer les conseils de surveillance par des conseils d'administration**
- 72. Instaurer un droit de veto pour les élu.e.s, les usagers, et les personnels de chaque territoire sur les décisions de l'Agence régionale de santé (ARS) en matière de fermeture de services ou d'établissements de santé**

Puis dans un second temps

73. Contrôler et évaluer les ARS de santé par un organe indépendant du ministère de la santé sous la forme par exemple d'une conférence régionale des citoyen.ne.s, des élu.e.s locaux, des syndicats, des actrices et des acteurs de la santé
74. Modifier la gouvernance des hôpitaux et de la conférence régionale de santé avec une représentation plus importante des représentant-e-s des agents, des élu-e-s et des patient-e-s
75. Réinstaurer les élections des administrateurs des caisses de la Sécurité sociale
76. Les Commissions Médicales d'Établissement (CME) doivent retrouver leurs prérogatives exécutives et décisionnelles
77. Les Comités techniques d'établissement doivent également gagner des prérogatives décisionnelles sur la marche générale de l'établissement

VIII. INSTAURER UNE POLITIQUE PUBLIQUE DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX

La multiplication des scandales sanitaires et des pénuries de médicaments, rendent urgent l'instauration d'un Pôle public du médicament et de la recherche.

Il faut sortir de la logique de marchandisation des soins de santé et des médicaments dominés par le consumérisme des produits pharmaceutiques. Les autorités publiques doivent garantir l'accessibilité universelle aux soins de santé et aux médicaments. Cela implique d'engager des mesures fortes de régulation sous l'égide de la puissance publique et de dégager des moyens nouveaux au profit de la recherche.

Les pouvoirs publics doivent disposer des moyens industriels pour garantir que les médicaments essentiels soient disponibles, économiquement abordables, de bonne qualité et bien utilisés.

L'organisation de la recherche et du développement doit se soumettre à l'intérêt général sous maîtrise citoyenne. Les coopérations internationales doivent être encouragées et les financements publics fournis à la hauteur nécessaire et la législation internationale en matière de propriété intellectuelle et industrielle appliquée aux médicaments, doit être révisée sur la base de la primauté de la santé publique.

La politique publique du médicament impose de créer un « Conseil National du Médicament » où démocratiquement, s'élaboreraient la formulation des besoins de santé en priorités de besoins en médicaments pour les différents acteurs de la chaîne du médicament et les orientations et décisions en toute transparence ainsi que le contrôle de leur mise en œuvre et les arbitrages.

En priorité

- 78. Mettre en place un Pôle public du médicament et des dispositifs médicaux au service d'une relocalisation de la fabrication, du développement de la recherche, de la gestion publique des stocks, et d'une régulation des prix**
- 79. Utiliser l'Agence Générale des Équipements et Produits de Santé pour lutter immédiatement contre les ruptures de stocks des médicaments**
- 80. Mettre en place une obligation de révision annuelle des prix des médicaments sous l'égide de la puissance publique**
- 81. Pénurie de médicaments : limiter les exportations de médicaments vers d'autres pays européens par les grossistes-répartiteurs**

Puis dans un second temps

82. Créer un Conseil national du médicament qui délibère sur les orientations en matière de politique du médicament
83. Renégocier le prix des médicaments achetés par les pharmacies centrales
84. Développer des accords internationaux pour lutter contre les ruptures de stocks ?
85. Abroger les brevets sur les médicaments
86. Recourir à la licence d'office pour dépasser les barrières de brevets des médicaments