



Pour un projet alternatif du système de santé

Introduction : du soin à la santé

Le système de distribution des soins en France est dans une crise profonde, complexe et ancienne. Les tentatives des différents gouvernements pour diminuer les dépenses de soins sont inefficaces et productrices d'inégalités de santé. La « réforme » de l'Assurance maladie d'août 2004 vise à augmenter le financement des dépenses publiques de santé par le secteur des assurances privées, détruisant ainsi le système d'assurance solidaire. Chaque corps de métier s'enfoncé dans la crise, l'hôpital est l'objet de restructurations qui génèrent plus de problèmes qu'elles n'en résolvent, la médecine libérale se heurte à une réforme qui complexifie l'exercice professionnel et change la nature du métier de soignant tout en restreignant l'accès aux soins.

Nous sommes donc amenés à reposer la question du modèle de pensée qui confond le soin et la santé et, en imposant le tout médical, ne parvient pas à faire face aux défis de la société : bouleversements démographiques avec le vieillissement de la population, économiques avec la dérégulation des échanges internationaux qui aggrave la crise, sociaux avec un accroissement des inégalités de toutes sortes, technologiques également.

Confrontés à cette situation, les différents acteurs du système de distribution des soins, et les citoyens usagers du système, ont besoin de produire une pensée globale, cohérente, et porteuse de valeurs qui permettent de trouver des solutions satisfaisantes pour répondre aux problèmes de santé exprimés par la population. Ces problèmes sont le plus souvent complexes, incluant des problèmes sociaux, environnementaux et psychologiques que les soignants ne peuvent résoudre en restant isolés.

Après le diagnostic de la crise, il faut oser innover. Pendant que des commissions produisent des rapports destinés aux armoires du ministère de la Santé, des acteurs professionnels de terrain, des usagers, inventent de nouveaux savoir-faire, de nouveaux concepts, de nouvelles pratiques. Par leurs réflexions et leurs expérimentations, ils montrent que l'on peut :

- passer du soin à la santé,
- passer de la gestion du risque maladie à la gestion du risque pour la santé,
- prendre en compte l'impact des facteurs environnementaux, de la pathologie au travail, de l'exclusion sociale dans la genèse des maladies et ainsi chercher des moyens d'intervenir en amont de la maladie,
- mettre en place un système de santé au service des populations, qui soit un service public, défendant les valeurs de solidarité et non de concurrence individuelle.

L'accès aux soins pour tous est une priorité, la lutte contre les inégalités fait partie du projet de santé et les transformations de l'exercice professionnel en sont les moyens.

Le SMG propose ce document pour débattre, avec tous ceux qui, acteurs du soin et usagers, se sentent concernés par la construction d'un système de santé inscrit dans un mouvement de progrès social.

Ce document de travail comprend deux grands chapitres :

- *Les métiers du soin : nous n'avons pu être propositionnels qu'au niveau du métier de généraliste, celui de la majorité d'entre nous ; les chapitres sur les exercices des autres professionnels du soin sont à écrire.*
- *L'organisation du système de santé où le chapitre plus spécifique sur l'hôpital reste à écrire.*

I- Les métiers du soin

A. Les exercices professionnels

1. L'exercice professionnel du médecin généraliste

a. Contenu de l'exercice professionnel

L'exercice actuel du médecin généraliste et de beaucoup de professionnels du soin, est structuré autour de « l'acte », y font exception l'option « médecin référent » et les réseaux de soins et de santé qui reconnaissent les activités de coordination des soins, de prévention et de formation :

Nous revendiquons :

- de pouvoir pratiquer un exercice qui ne soit pas uniquement curatif :

Les actions de prévention et d'éducation à la santé qui s'adressent à la collectivité doivent être définies, en fonction des réalités de santé locales, entre l'Assurance maladie et les professionnels. Pour cela, le professionnel bénéficiera d'un temps et d'une rémunération spécifique.

- et à terme, pour ceux qui en feront le choix, une autre structuration de l'activité :

Un travail en équipe de soignants sera organisé dans des « maisons de santé de proximité » qui regroupent en un même lieu différentes catégories de soignants ou dans une « équipe de santé de proximité » si les soignants exercent dans des lieux différents.

Une partie du temps médical sera consacrée :

- à une appréhension de la relation soignant-soigné prenant en compte le patient dans sa globalité,
- à établir la continuité des soins, avec permanence des soins et repos compensateur,
- au travail en lien avec d'autres soignants, acteurs sociaux et administration de l'Assurance santé,
- à un travail épidémiologique de repérage local des problématiques de santé,
- à la formation par le travail en équipe, et la mobilité professionnelle,
- à une formation indépendante, en particulier vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique,
- à la participation à la formation initiale et à la recherche en médecine générale.

b. Conditions de travail du médecin généraliste

Les horaires de travail doivent être ceux définis par le Code du travail (35 heures à 39 heures sans dépasser 12 heures d'affilée). En cas de travail nocturne, un repos compensateur est nécessaire.

L'application de ces conditions de travail rend nécessaire un aménagement du territoire pour assurer à la fois la qualité de vie des professionnels et l'indispensable continuité et permanence des soins.

c. Modes de rémunération du médecin généraliste

En fonction du temps de travail, et globalisée

Le métier de soignant doit avoir une rémunération définie, tenant compte du temps de travail, avec des seuils interdisant des durées de travail excessif. Une base de rémunération pourrait être celle du personnel hospitalier, en organisant ce travail pour prendre en compte la permanence des soins, ainsi que les temps d'échange en groupe et en réseau. L'éventail des revenus de l'ensemble des soignants sera resserré, limitant les disparités. Cela sous-entend un aménagement du territoire : les besoins en personnel seront définis par quartier, commune, canton, département, région... Le paiement à l'acte deviendrait un mode de rémunération marginal.

D'autre part, les rémunérations des soignants doivent être indépendantes des dépenses induites par la prescription, et financées par des lignes budgétaires différentes.

Formes intermédiaires de revenus :

Les revenus des soignants travaillant en ambulatoire évolueront du paiement à l'acte à une rémunération salariale, sur une base de volontariat.

Les modalités proposées seraient :

- **le salariat**, avec un revenu défini en fonction de la durée de travail hebdomadaire, sur les bases de la législation française du droit du travail;
- **la capitation modulée**, calquée sur la rémunération des médecins référents, qui a fait ses preuves ;
- **le forfait de soins ou salariat à temps partiel** pour ceux restant payés à l'acte (transitoirement) ou à la capitation, pour des activités complémentaires à l'hôpital ou dans des réseaux.

Ces différents types de rémunération prennent en compte la formation continue sur le temps de travail, et

permettent de mettre au point des objectifs de santé publique définis localement. Ils comprennent les activités associatives, syndicales et d'enseignement.

B. Protection sociale des soignants

En cas de salariat, le régime de protection sociale est celui de l'ensemble des salariés, tant au niveau de la protection sociale que de la retraite, tel qu'il est prévu dans la législation du travail en France.

En cas de pratique libérale (capitation ou semi-salariat), une amélioration de la situation des soignants institue le maintien des ressources solidaires :

- prise en compte des indemnités journalières comme pour les salariés par le régime obligatoire, sans recours aux assurances privées ;
- congés maternité et parentaux comme pour les salariés ;
- système de retraite par répartition, solidaire.

C. Formation continue et initiale, recherche

Les métiers du soin exigent une constante adaptation aux mouvements et au brassage des cultures, aux avancées des connaissances et des techniques médicales, ainsi qu'aux perturbations de la santé privée et publique induites par les conditions de vie et de travail de la population. Ils ne peuvent donc se limiter aux aspects strictement médicaux, mais doivent se nourrir des connaissances des sciences humaines sans lesquelles une grande partie du problème leur échapperait. Les soignants se doivent à eux-mêmes, ainsi qu'à la population qui leur fait confiance, de se tenir informés en toute indépendance par tous les moyens à leur portée. La formation doit être dégagée de tout objectif autre que la connaissance des problèmes et des moyens d'y faire face dans l'intérêt des patients. Elle doit donc être libre de tout lien avec les firmes pharmaceutiques.

La formation continue

La formation continue, c'est-à-dire actualisée en permanence, ainsi que la recherche, doivent permettre les échanges entre professionnels, médecins généralistes et spécialistes exerçant en ambulatoire et à l'hôpital, paramédicaux et intervenants sociaux. Les réseaux existants sont une base intéressante pour les pratiques, puis leur évolution, car ils peuvent mettre en synergie les différents moyens et regards professionnels sur un problème. Ces pratiques seront confrontées aux observations et analyses des citoyens, c'est ainsi que se bâtiront des projets adaptés aux réalités de terrain qui permettent de conduire une véritable politique de santé, et pas seulement une politique de dépenses liées aux maladies.

La création de passerelles entre les professions de santé passe par une reconnaissance de l'expérience et sa validation par des modules diplômants. Pour encourager les professionnels à se former, les modules validés seraient sanctionnés par des indices salariaux supplémentaires.

Des possibilités d'échanges de postes entre le secteur ambulatoire et l'hôpital (l'extérieur et l'institution) permettraient de déplacer le regard et de rendre la communication pertinente et égalitaire.

La formation continue est un moyen d'aider les soignants à ne pas s'épuiser, elle leur permet de respirer et d'échanger sur leur ressenti afin de mieux élaborer leurs stratégies de résistance à la fréquentation permanente des difficultés des populations qu'ils aident.

La formation continue doit être assurée, comme les autres dépenses de santé, sur les fonds de l'Assurance santé solidaire, garant de la validité et de l'indépendance des savoirs.

La formation initiale

La formation initiale et continue de professionnels de la santé doit répondre de manière efficace aux besoins de santé de la population. Pour cela, les formations ne doivent plus être seulement basées sur les connaissances scientifiques, mais transmettre aux praticiens les outils pour aider les citoyens à devenir acteurs de leur santé. Elles doivent se faire dans tous les lieux où se mènent la réflexion, le débat et l'action au niveau de la santé

Les différentes professions de santé pourraient avoir une première année d'études commune, au cours de laquelle les étudiants effectueront des stages auprès de professionnels de terrain leur permettant de construire un projet professionnel

Avant d'aborder les pathologies, on développera les questions humaines fondamentales, comme les notions autour des phénomènes physiologiques (la grossesse, la sexualité, les différents âges de la vie, la mort), la question de la santé comme enjeu collectif ou individuel et les risques liés à l'environnement

et aux conditions de travail et sociales.

Les étudiants définiront avec les enseignants et les praticiens maîtres de stage les objectifs de leur enseignement, avec les acquisitions à obtenir et les gestes à apprendre, ainsi que les lieux où les apprendre. L'enseignement par problématique tel qu'il est enseigné au Québec sera privilégié : il permet de donner en plus de la connaissance livresque l'aptitude au raisonnement médical enrichi du savoir-faire avec la complexité de la personne malade.

D. Le médicament

Le médicament est une réponse thérapeutique ou préventive parmi d'autres.

La politique du médicament doit être indépendante de l'industrie pharmaceutique et au service de la santé publique, contrôlée par des agences du médicament financées uniquement par les pouvoirs publics : Etat ou Union européenne.

Notre pays doit s'engager dans la mobilisation internationale pour que les pays qui n'ont pas les moyens de financer une politique de santé solidaire bénéficient de dérogations à la législation sur les brevets pour pouvoir produire ou importer des médicaments génériques.

Tout dossier de demande d'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) doit comporter des études comparatives en terme de valeur thérapeutique ajoutée par rapport aux médicaments déjà existant et ayant prouvé leur efficacité. Les médicaments doivent être commercialisés sous leur Dénomination Commune Internationale (DCI), et non sous leur nom de marque.

La publicité sur les médicaments doit être interdite.

La visite médicale de l'industrie pharmaceutique doit être supprimée, remplacée par la promotion des revues indépendantes et associatives et des stages de formation continue indépendante sur la thérapeutique.

Pour les pharmaciens volontaires, la part de l'activité passée en conseil et activités de prévention, d'aide et de contrôle des prescriptions en matière de médicaments et d'accessoires médicaux auprès des médecins et des usagers doit être rémunérée, sur la base de demi-journée(s) salariée(s) pour ce travail, ainsi que leur formation et la participation aux activités des réseaux de santé.

La pharmacovigilance doit être développée et ouverte aux usagers, avec possibilité de déclarer directement les effets secondaires néfastes des médicaments, et la publication régulière des résultats de ces constatations

Les patients (volontaires non rémunérés) participant à des essais cliniques seront organisés en associations pour contrôler les protocoles et la transparence des résultats et de l'information.

Chaque comité local pour la santé aura une « commission médicaments » composée d'habitants, de médecins et de pharmaciens, qui s'occupera de déclarer les effets indésirables des médicaments décelés par les usagers ou les professionnels

E. L'informatisation

Nous avons besoin d'un véritable « Dossier de Santé Partagé ». Il doit être la propriété de la personne. Il doit être le support de nouvelles pratiques coopératives de mise en commun des compétences sans hiérarchie et dans une approche qui articule les dimensions médicales et sociales du soin. Il doit améliorer la relation soignant/soigné, donner de la visibilité aux conditions de vie des personnes, notamment par la notification de l'ensemble des risques (en particulier professionnels) auxquels elles sont exposées. Et ainsi donner de la crédibilité à la démarche collective du soin.

Un outil à mettre en œuvre en respectant la confidentialité

L'informatisation des données médicales est complexe.

En 2006, le niveau d'informatisation dans les cabinets médicaux et dans les autres structures de soin est extrêmement hétérogène.

Les soignants ont besoin d'outils informatiques qui prennent en compte cet existant et qui puissent leur permettre d'améliorer la qualité des échanges médicaux, en fonction des nécessités concrètes de prise en charge de chacun de leur patient.

C'est d'une architecture informatique décentralisée, horizontale, dont ils ont besoin, leur permettant d'échanger de façon circonstanciée, avec la confidentialité, la sécurité requises et l'accord du patient, les données médicales pour la problématique de soin ou de santé à résoudre par le soignant consulté (ce que nous faisons déjà avec les supports papier ou le téléphone) ou de participer de façon prospective à des études épidémiologiques anonymisées.

Un tel déploiement de l'informatique nécessite l'abandon du caractère obligatoire des saisies informatiques, la mise en place d'outils informatiques standardisés, agréés et développés par les autorités publiques permettant cet échange horizontal entre les soignants au moment du soin de la personne.

Chaque professionnel du soin ou chaque structure de soin sera responsable de l'hébergement informatique des données médicales qu'il ou elle a constituées, avec les garanties de confidentialité et de sécurité exigées par la loi.

C'est seulement dans la situation d'un soin que ces données médicales pourront être rassemblées avec l'accord du patient.

II. L'organisation du système de soins et de santé

A. L'accès aux soins et à la santé

La santé est définie par l'OMS comme un bien-être physique, moral et social. Ce n'est pas une marchandise, mais un droit humain. Elle ne doit pas être source de profit, n'a pas de prix mais un coût nécessitant d'équilibrer recettes et dépenses, ce qui implique des choix politiques. Ce droit à la santé est le principe des ordonnances de 1945 inspirées par le conseil national de la résistance : la collectivité est responsable du bien-être de ses membres. Le principe du système de la Sécurité sociale solidaire est la généralisation de l'expérience mutualiste : chacun cotise selon ses moyens et se soigne selon ses besoins.

Pour garantir l'accès aux soins, la gratuité est une condition nécessaire, mais pas suffisante. Il faut aussi des équipements de santé adaptés aux réalités locales et prenant en charge les différents aspects de la santé.

L'Assurance santé unique sera alimentée par les cotisations prélevées sur les salaires, les revenus non salariés et les profits des entreprises, elle doit assurer chaque personne résidant sur le territoire, la Couverture Santé Universelle étant acquise par la simple résidence sur le territoire (sans condition de ressource ou de cotisations ou de statut de résidence). Elle doit prendre en charge à 100 %, avec tiers payant systématique, tous les frais médicaux nécessaires, dont les soins d'optique et dentaires, la nutrition et les dispositifs et accessoires médicaux, les transports ; ce qui suppose la suppression de tous les dépassements tarifaires et d'honoraires, en libéral comme à l'hôpital.

L'aménagement du territoire dans le domaine de la santé doit organiser une couverture de toutes les régions en nombre de soignants proportionnel au nombre d'habitants, et la création de maisons de santé de proximité dans tous les cantons ou quartiers, avec transports gratuits pour les personnes ayant besoin de s'y rendre pour raison de santé.

L'accès aux hôpitaux de proximité doit être facilité et les relations entre professionnels de l'hôpital et de l'extérieur renforcées par le travail en réseau et les échanges professionnels.

La prise en charge des problèmes psychiatriques et psychologiques sera organisée localement avec différents dispositifs d'alternative à l'hospitalisation (visites de professionnels à domicile, éducateurs de santé mentale, hôpitaux de jour et de nuit, accompagnateurs de vie...)

Le secret médical doit être respecté par l'absence de transmission des informations médicales et personnelles aux employeurs, aux contrôleurs, aux assureurs ou banquiers.

B. Passer du soin à la santé

Le système de santé doit être organisé autour de la prévention citoyenne, avec une approche médico-psycho-sociale. La priorité est donnée aux soins primaires (dispensation, organisation et financement). Les savoirs populaires sont valorisés et promus. L'éducation à la santé permet l'accompagnement des personnes

dans le but de « ne pas nuire », en évitant la stigmatisation des comportements, le contrôle, la surveillance, la standardisation de l'individu

1. Identification des risques environnementaux et du travail sur la santé

Un système d'identification et de lutte précoce contre les facteurs pathogènes liés au travail et à l'environnement est mis en place. La désinformation surestimant les facteurs génétiques à l'origine des maladies au détriment des facteurs pathologiques de l'environnement et du travail est combattue et inversée. Les populations les plus exposées aux travaux pénibles et fragilisées (travailleurs migrants...) font l'objet d'une vigilance particulière avec un accès aux soins et à l'information facilité.

Un réseau local et régional de veille sanitaire organise l'alerte et le recueil épidémiologique des données de santé concernant la population vivant et travaillant dans le bassin de vie : suivi des parcours professionnels, déclaration obligatoire des accidents du travail et des cancers, registres territorialisés des pathologies avec suivi dans le temps, banques de données, recueils de mémoire cumulative, individuelle et collective.

Chaque professionnel de santé doit pouvoir connaître les indicateurs de santé locaux, témoigner sur les inégalités sociales de santé et consacrer du temps à la recherche.

2. Agences de santé et développement d'une recherche de terrain

Des Agences locales de santé pluralistes et indépendantes sont mises en place localement. Une Agence nationale de prévention des risques de cancers évitables est créée, avec des missions éducatives et d'élimination des risques.

La recherche fondamentale en santé environnementale et au travail (toxicologie, épidémiologie) est développée sur le terrain. Le nombre de médecins du travail, ergonomes, inspecteurs du travail, acteurs médico-sociaux à l'école, professionnels de santé mentale et des sciences humaines est multiplié. De nouveaux métiers sont créés : cartographe du travail pour la description des postes, coordinateurs médico-sociaux, accompagnateurs de santé au travail...

Les Agences de santé exercent un contrôle sur les risques industriels et promeuvent des projets européens de suppression des produits dangereux pour la santé, avec décision d'exclusion au moindre soupçon (aliments sucrés facteurs d'obésité, OGM, pesticides). Elles sont à l'origine de mesures et de décisions pour la modification de la distribution des logements et des ressources (hausse des cotisations des employeurs pour la branche accidents du travail/maladies professionnelles). Elles participent aux décisions à propos de l'échelle des revenus, de la création d'emplois, des décisions concernant l'environnement, les transports et l'agriculture.

3. Modifications juridiques et de gestion de la santé au travail

Ces modifications concourent à protéger la santé des citoyens et à promouvoir la transparence et la démocratie, elles concernent

- **Les médecins du travail** sont salariés du ministère de la santé, indépendants des employeurs. Les certificats de « non contre-indication » à l'exposition aux risques professionnels sont abrogés. La déclaration des risques encourus pour chaque poste de travail est obligatoire. L'avis d'aptitude devient un avis de suivi médical en rapport avec les risques du poste de travail. Le suivi professionnel et post-professionnel est obligatoire et gratuit, quel que soit le contrat du salarié et la régularité de ce suivi est fonction du risque au poste de travail.

- **Les entreprises** : les règlements sélectionnant les salariés selon des critères individuels probabilistes, basés sur des éléments génétiques ou comportementaux non validés scientifiquement et discriminatoires, sont abrogés, remplacés par des mesures de protection en fonction des risques du poste du travail. Les entreprises donneuses d'ordre externalisant les risques par la sous-traitance sont pénalisées, la notion juridique de faute inexcusable est renforcée, toute discrimination au travail (sexe, ethnie) est pénalisée et surveillée par des comités de salariés et de citoyens. Les mesures protectrices des intérêts ou « secrets » industriels sont révisées ou abrogées.

- **Les organismes chargés de la santé au travail** s'occupent non seulement de l'indemnisation, mais aussi de la prévention des risques au travail et comprennent des représentants des salariés et de la population locale. Les barèmes d'indemnisation des victimes du travail sont revalorisés.

- **Les citoyens** ont un devoir d'alerte et un droit à l'investigation, reconnu sous le principe de précaution. Il est ajouté au fonctionnement juridique des entreprises et des collectivités locales un « principe de confrontation » prévoyant la participation de la population, y compris dans les assemblées d'actionnaires des entreprises, pour s'exprimer sur les risques pour la santé, se confronter de manière transparente et

contradictoire, et créer le rapport de force nécessaire aux changements.

4. Une politique sociale et d'éducation populaire à la santé pour tous

Un système de santé pour tous est basé sur la reconnaissance et la réparation des maladies environnementales et professionnelles, et sur leur prévention. Il se donne les moyens d'anticiper et de prendre des mesures pour ne pas avoir à vivre des catastrophes sanitaires prévisibles (amiante, canicule, explosions d'usines chimiques ou nucléaires). La politique de santé publique doit être mise au centre des objectifs nationaux de santé. Des actions seront prises en amont de la maladie, intéressant les domaines industriels et environnementaux, indépendamment des enjeux financiers, en concertation avec les usagers du système de santé, afin d'imposer des choix sociaux et industriels préservant la santé de la population.

C. Le réseau de santé local

Les réseaux de santé ont inventé de nouvelles formes de coopération entre les différents acteurs situés sur l'itinéraire de la personne malade. Le réseau de santé est la forme aboutie du réseau de soin. Il permet de passer du soin de la personne pour une maladie à un accompagnement de la personne pour une problématique santé. Il intègre donc les paramètres sociaux, psychologiques, culturels, dans le projet thérapeutique. La personne malade devient, de par son expertise de sa maladie, acteur de sa santé. Dans un réseau de santé les coopérations sont non hiérarchiques, l'addition de la compétence de chacun contribue à produire l'efficacité de l'action. Pour exister le réseau construit ses propres outils ; formation interprofessionnelle, coordination médico-sociale, référentiel partagé.....

Les réseaux de santé sont dans la nouvelle organisation inscrits dans le système de santé publique par leur participation aux maisons de santé de proximité.

D. L'offre de soins de proximité : la Maison de Santé de Proximité.

L'offre de soins doit être adaptée aux besoins de santé exprimés dans la proximité du lieu de vie des populations. Cette offre de soins mobilise les savoir-faire des différents acteurs du soin, du social, associé à l'expertise de la personne malade. Ces différentes compétences peuvent s'exercer dans un même lieu afin de développer leur synergie. Ce lieu est la Maison de Santé de Proximité (MSP).

Les professionnels se constituent en coopérative de santé. La MSP offre des soins médicaux et paramédicaux, des actions de prévention médico-psycho-sociale, de l'éducation sanitaire. Cette action de santé publique s'organise avec les initiatives citoyennes portées par les associations de proximité.

La MSP est financée par un budget global abondé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, les collectivités locales et régionales et par l'Etat. Ce financement est conditionné par un cahier des charges qui définit les missions de la MSP. Les professionnels travaillant au sein de la MSP sont salariés.

La MSP exerce aussi une fonction de formation des professionnels, et conduit des travaux de recherche.

E. L'hôpital public

Ce chapitre est en cours d'écriture avec des soignants hospitaliers.

F. La démocratie participative en santé

Dans chaque quartier, les habitants peuvent se réunir dans un « **comité pour la santé** », pour parler des problèmes de santé locaux et décider de priorités à étudier ou sur lesquelles intervenir. Seraient présents à cette réunion un membre de « l'observatoire régional de santé », des professionnels de la maison de santé de proximité et des habitants relais, la réunion étant animée par un animateur non médecin. Pour chaque problème envisagé, l'observatoire mettrait, à la disposition du comité local, des chercheurs pour faire l'étude sur le terrain et se chargerait de coordonner les professionnels concernés et les actions à entreprendre.

Le réseau de santé s'occuperait de l'organisation de ces réunions.

Une « **conférence locale de santé** » se réunirait à périodicité plus espacée avec des représentants des différentes maisons de santé, des hôpitaux locaux, des médecins du travail et des médecins scolaires, de la municipalité, des réseaux de santé et des comités pour la santé, et tous les habitants intéressés. On y débattrait des problèmes soulevés par les comités locaux et des actions en cours ou en projet.

« **L'observatoire régional de santé** » aura pour fonction de recenser les problèmes de santé au niveau de la région, de faire des enquêtes épidémiologiques et de lancer des programmes de prévention et d'action dans le domaine de la santé, il accueillera dans ses réunions des représentants des comités locaux de santé, des maisons de santé de proximité et des réseaux de santé. Il sera sollicité après chaque conférence locale de santé, pour mettre en œuvre les moyens nécessaires à l'action concernant les problèmes de santé définis localement.

Chaque structure de santé (maison de santé de proximité, hôpital, maison de santé des femmes, service médical du travail, maison de retraite, réseau de santé...) accueillera dans ses réunions de gestion et ses réunions de travail des représentants des habitants, délégués par les comités locaux de santé du secteur correspondant. Ces représentants seront consultés au cours des débats, auront le droit de vote et seront tenus de rendre compte de ces réunions auprès de leur comité pour la santé d'origine. Ils seront rémunérés par leur employeur pour le temps passé à ces réunions, sur un « temps de délégation pour la santé » (comme les heures de délégation syndicale).

Chaque comité local pour la santé aura une « commission médicaments » (cf. paragraphe sur le médicament) et une « commission environnement » responsable d'alerter sur les risques locaux et de commander à l'observatoire régional de santé des recherches sur le terrain et la mise en œuvre d'actions.

Le travail de chaque comité local pour la santé et des conférences locales de santé fera l'objet de comptes-rendus publiés sur le site du réseau de santé local, ainsi que les annonces des dates et lieux des différentes réunions, qui seront aussi annoncées par affiches (et dans le journal municipal).

Pour participer aux activités du comité local pour la santé, il suffit de justifier de son statut d'habitant (en titre ou hébergé).

G. Rôle de l'assurance santé, des mutuelles et de l'Etat

L' Assurance maladie se transforme en Assurance santé. Elle cesse de gérer le risque maladie pour gérer « le capital santé » des assurés. Les assurances complémentaires cessent de faire du remboursement maladie, pour s'occuper de la prévention et de l'éducation sanitaire des citoyens.

L' Assurance santé couvre la totalité des dépenses de santé. Le financement de l' Assurance santé est assuré par les prélèvements sociaux sur le salaire et les profits financiers. L'action conduite dans le champ de la prévention et l'éducation constitue le gisement d'économies qui permet d'équilibrer les comptes de l'Assurance santé. Celle-ci est dirigée par les partenaires sociaux, les principes fondateurs de la sécurité sociale sont réactualisés.

L'Etat intervient comme coordinateur de la santé publique. Il définit la politique de santé publique, la met en œuvre. Cette action de l'Etat est décentralisée au niveau de la région qui adapte la politique nationale aux réalités régionales.