

LE PROGRAMME SANTE DU P.S.U.

Le texte que le P.S.U. publie aujourd'hui est le résultat du travail collectif de très nombreux camarades du parti.

Une commission nationale « Santé » travaille depuis 1962 sur ces problèmes particulièrement importants. Des week-ends d'études eurent lieu à La Rochette et à Lille. De nombreux contacts furent noués avec des militants d'organisations de malades, avec des syndicalistes, des étudiants et des spécialistes de la Sécurité Sociale.

La Commission régionale du Nord et de nombreux camarades de province

ont apporté une importante contribution à la rédaction d'un texte qui fut remis souvent sur le chantier.

Texte qui arrive à point au moment où le problème des « conventions » accuse le « malaise » croissant de la médecine.

Il ne se contente pas de critiquer la politique actuelle et de proposer de vagues réformes de détail, mais il propose des solutions d'ensemble.

Véritable « contre-plan », il définit les objectifs fondamentaux d'un Service

public de la Santé et précise les étapes et les moyens de sa réalisation, sans oublier les objectifs immédiats qui peuvent constituer une excellente plateforme pour l'action.

Dès maintenant, il doit constituer un instrument de travail en vue de provoquer un large débat dans l'opinion publique et avec les organisations intéressées à la santé, débat que nous espérons constructif et susceptible d'améliorer encore nos propositions.

Henri Longeot.

Le droit à la protection de la santé est un droit fondamental. Il comporte trois aspects complémentaires. C'est d'abord le droit à être couvert par une protection collective de la santé publique. Ensuite, c'est le droit de recevoir des soins individuels en cas de maladie, aussi rapidement et aussi parfaitement que possible. Enfin, c'est le droit de pro-

fiter d'une rééducation fonctionnelle appropriée.

En outre, le droit à la protection de la santé est inséparable du droit à un « revenu de remplacement », en cas de maladie, invalidité, infirmité ou vieillesse, et du droit à un reclassement professionnel en cas de nécessité.

b) Mais les besoins sanitaires de la population française ne demeurent pas seulement insatisfaits au niveau individuel, ils le sont encore bien plus au niveau collectif. La situation des hôpitaux publics est tragique, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif.

Les plans d'équipement sanitaire ne sont pas réalisés. L'Etat ne respecte pas ses propres directives. Des retards considérables s'accumulent, et le nombre de lits n'a guère varié depuis dix ans, les créations compensant à peine les suppressions ou les transformations. Depuis les débuts de la V<sup>e</sup> République, la création des cliniques privées est soumise à autorisation ministérielle. Mais l'institution d'une coordination des établissements de soins n'a pas abouti à une meilleure répartition de l'équipement hospitalier sur le territoire national.

Appliquée par des services administratifs n'ayant aucun souci de la planification, elle a seulement créé des « rentes de situation » au profit des cliniques existantes, même vétustes, n'opposant aucune résistance au « capitalisme sanitaire » et permettant le développement d'une « spéculation sanitaire » (cessions onéreuses d'autorisations ministérielles). Quant au contrôle des Pouvoirs publics sur les établissements privés, en particulier les maternités, il est très nettement insuffisant.

Le personnel médical des hôpitaux publics est à la fois trop peu nombreux et trop peu présent. Il est aussi beaucoup trop irresponsable. Mais c'est surtout le personnel paramédical qui fait le plus cruellement défaut. En particulier, il existe une pénurie dramatique d'infirmières qualifiées.

Les conditions d'hébergement sont trop souvent lamentables. Dans des locaux trop souvent vétustes et inadéquats, dans des salles trop souvent immenses et surpeuplées, le malade, mal accueilli et soigné à la hâte, se sent isolé, perdu, diminué. Les consultations externes sont trop souvent organisées dans des conditions d'inconfort et de rapidité qui défont le bon sens et l'humanité. Enfin, dans la mesure où les ambulances manquent et où les services de garde sont plus ou moins bien assurés, l'hôpital public n'assure pas sa mission.

En outre, les hospices de vieillards, comme les hôpitaux psychiatriques, sont trop souvent restés des lieux de ségrégation de type concentrationnaire.

Enfin l'installation et le fonctionnement de nombreux dispensaires sont défectueux ; certains sont de véritables « usines à soins ».

Or des services pilotes montrent que l'hôpital public (ou la clinique mutualiste), à la double condition de bénéficier des moyens nécessaires et de disposer d'un personnel de valeur, peuvent présenter des réalisations remarquables, tant sur le plan technique que sur le plan humain.

En troisième lieu la multiplicité des réseaux de protection de la santé et leur incoordination, ainsi que le caractère concurrentiel des cabinets médicaux entre eux, d'une part, et des différents types de médecine entre eux, d'autre part, entraînent du gaspillage, une désorientation des malades, une moindre efficacité de la prévention et des soins.

La prévention des maladies physi-

ques et des accidents du travail est d'ailleurs profondément négligée dans notre système capitaliste, exclusivement soucieux de « rentabilité ». Cette insuffisance est considérablement aggravée par l'absence d'éducation sanitaire de la population.

Bref, la population française est loin d'être protégée dans sa santé, comme elle pourrait et comme elle voudrait l'être. En effet, comme en témoigne l'augmentation de la part des budgets familiaux réservée aux dépenses de santé, les individus accordent une importance prioritaire au maintien et au rétablissement de leur intégrité physique

I. - Examen critique de la situation actuelle

Malgré la création et le développement de la Sécurité Sociale, conquête importante des travailleurs, d'ailleurs sans cesse menacée, le droit à la protection de la santé n'est pas encore vraiment réalisé et risque de l'être moins encore dans un avenir proche.

1) Inégalité devant la maladie et insatisfaction partielle des besoins

a) Une partie de la population n'est pas couverte par la Sécurité Sociale.

D'autre part, l'importance du ticket modérateur et l'avance nécessaire des frais médicaux et pharmaceutiques freinent la consommation médicale. La population de certains départements est pénalisée par l'absence de convention. Le défaut de ces conventions empêche également les personnes dont les ressources sont modestes d'avoir recours à certains praticiens qualifiés. Certaines catégories sociales s'adressent beaucoup trop rarement au médecin (femmes seules, personnes âgées, petits salariés) ou vivent dans des conditions qui favorisent l'écllosion de la maladie (ainsi, la mortalité par tuberculose, qui reste en France une des plus élevées d'Europe, frappe surtout les classes laborieuses). L'injustice sociale entraîne une inégalité devant la maladie.

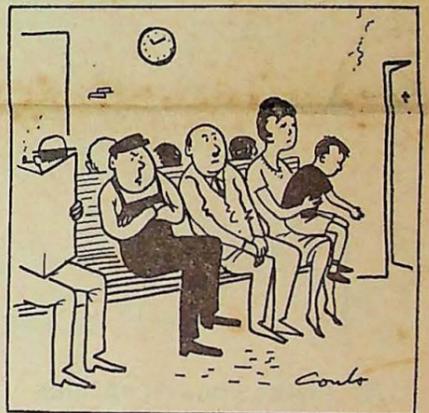
Par ailleurs, des groupes importants tels que les enfants débiles ou les inadaptés sont presque systématiquement négligés.

Enfin, le corps médical est mal réparti, sur le plan géographique, comme sur le plan professionnel. Les médecins sont proportionnellement plus nombreux à Paris qu'en province, sur la Côte d'Azur que dans les régions montagneuses, dans les villes qu'à la campagne. Le recrutement des médecins de médecine générale commence à diminuer car ils sont défavorisés par rapport aux spécialistes. Les spécialistes eux-mêmes sont répartis en fonction du pouvoir d'achat et de l'éducation des malades plus qu'en fonction des besoins de la population.

En tout état de cause, le corps médical est insuffisant en nombre par rapport au développement de la population. (La France est au 22<sup>e</sup> rang mondial pour la densité médicale). La situation va devenir critique dans un proche avenir. En effet, alors que la consommation médicale augmente sans cesse, le nombre des étudiants en médecine n'augmente que faiblement. Trop peu nombreux, les médecins exercent en outre dans de mauvaises conditions. Surmenés, isolés, ils ne peuvent pas se tenir au courant des progrès de la médecine, ou utiliser toutes les possibilités techniques ou scientifiques. Les soins sont morcelés, la pratique individuelle se révèle inadaptée aux besoins des malades comme à une vie normale des médecins. L'équipement des cabinets est insuffisant.



Le droit à une rééducation fonctionnelle.



Les attentes infinies dans les salles surpeuplées des hôpitaux vétustes et des dispensaires — véritables « usines à soins » — sont un défi au bon sens et à l'humanité.

et psychique. Or l'infrastructure médicale et hospitalière ne permet plus de faire face dans de bonnes conditions à la croissance rapide la consommation et des besoins.

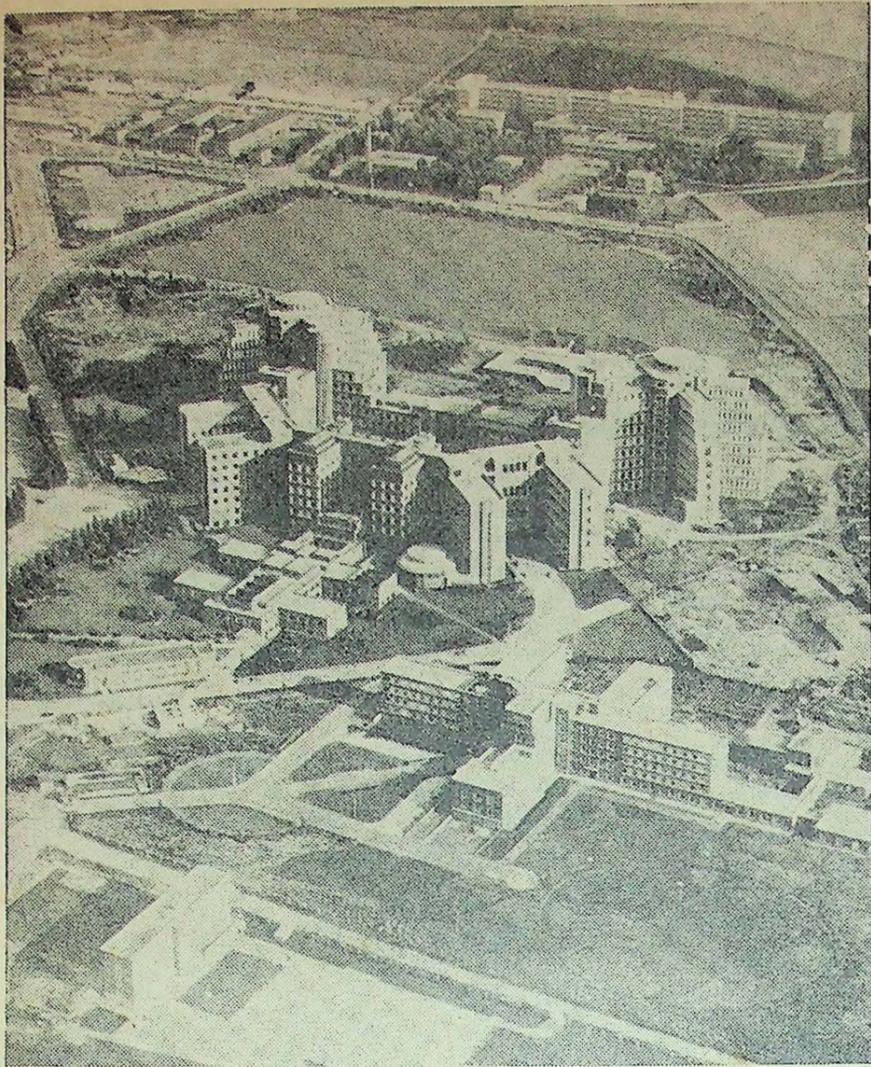
2) Menaces du Pouvoir gaulliste

Cette situation inquiétante risque encore d'être aggravée par la politique gaulliste.

Le néo-capitalisme veut réduire le coût du budget sanitaire de la nation et introduire la notion de rentabilité dans la médecine, soumettre la protection de la santé des individus à la loi du profit.

La technocratie gaulliste veut limiter le prix de la santé, alors que la santé n'a pas de prix. Dans un rapport récent, le Haut Comité Médical a voulu introduire une distinction antisociale et inhumaine entre les malades « récupérables » et les malades « irrécupérables » pour la production. La Haute Administration dénonce la « surconsommation médicale » alors qu'il existe en réalité le plus souvent une « sous-consommation médicale ».

En même temps, on assiste au développement d'un capitalisme sanitaire, encouragé par les Pouvoirs publics. De nombreuses cliniques et de nombreux centres de soins sont créés par des groupements financiers. Les capitaux, à la quête de débouchés fructueux, s'investissent dans la médecine comme dans l'immobilier... ou ailleurs ! Ici, le profit est obtenu grâce aux cotisations des assurés sociaux ! En fait, le développement des dé-



Les plans d'équipement ne sont pas réalisés. Ci-dessus : la « Cité Hospitalière » de Lille, premier centre hospitalier universitaire de France (prototype unique pendant dix ans !) également cité universitaire et école d'infirmières.

Les dépenses de santé est inéluctable : augmentation de la population inactive, jeune et âgée ; augmentation du coût des thérapeutiques avec les progrès de la science, augmentation du nombre des agents médicaux avec l'utilisation de techniques complexes. LA VIE REVIENT PLUS CHER QUE LA MORT. C'est pourquoi ce développement est également souhaitable. L'augmentation du niveau de vie entraîne une augmentation plus rapide des dépenses de santé que des autres dépenses et il vaut mieux pour une collectivité consacrer des sommes importantes à la protection de la santé

et de ses membres qu'à l'alcool, au tabac, au tiercé... ou à la force de frappe !

Il serait également vain de penser qu'une diminution des revenus des médecins serait de nature à dégager les ressources financières nécessitées par la réalisation du droit à la protection de la santé.

En effet, les honoraires médicaux représentent une part relativement faible des prestations en nature servies par la Sécurité Sociale, les deux principaux postes de dépenses étant constitués par les frais pharmaceutiques et les frais d'hospitalisation (1).

## II. - Principes d'orientation et d'action

### A) Bases fondamentales

1) La médecine que le P.S.U. préconise, ce n'est ni la médecine traditionnelle, dite libérale, « médecine de papa », qui est dépassée par l'évolution générale, ni une médecine pseudo-sociale, médecine au rabais, de type militaire, bureaucratique, anonyme et rapide, qui ne correspond pas au désir des Français.

De même que l'entreprise publique d'aujourd'hui ne représente pas l'entreprise socialiste de demain, de même l'hôpital public d'aujourd'hui ne représente pas l'hôpital socialiste de demain.

La médecine socialiste pour laquelle lutte le P.S.U., c'est une médecine de qualité, scientifique et humaine, pour tout le monde ; c'est le droit à la santé dans la dignité — qui implique la liberté de choisir son médecin pour le malade, la liberté de prescription pour le médecin, la discrétion professionnelle dans l'intérêt du malade, mais qui exclut la « libre entente des honoraires », source d'un double secteur dans la médecine, pour les riches et pour les pauvres.

(1) En 1963 les prestations de l'Assurance Maladie se décomposaient de la manière suivante : 12 p. 100 pour les honoraires des médecins (y compris ceux des hôpitaux publics) et des auxiliaires médicaux ; 7 p. 100 pour les honoraires chirurgicaux (y compris ceux des hôpitaux publics) ; 21 p. 100 pour la pharmacie ; 31 p. 100 pour l'hospitalisation, etc..

La part revenant aux seules dépenses de la médecine pratique, calculée pour 1961, ne correspond qu'à 5 p. 100 de l'ensemble des prestations des Assurances Sociales.

Malgré les affirmations des défenseurs de la médecine libérale, ces garanties n'existent pas dans le cadre actuel car elles sont freinées par des considérations financières ; elles ne peuvent vraiment s'épanouir que dans le cadre d'une médecine socialiste.

Certes, le choix du médecin par le malade est souvent guidé par des considérations pratiques non scientifiques, mais il faudra toujours réserver au malade la possibilité de réserver un médecin et ce, à tout moment.

Certes, la liberté de prescription ne peut pas être licence ou anarchie, mais il faut préserver pour chaque médecin la responsabilité de la conduite du traitement et la possibilité d'adapter la nécessité scientifique aux conditions psychologiques et sociales de chaque malade.

Enfin, le respect du secret professionnel s'appuie sur la double institution d'un carnet de santé, propriété personnelle de chaque individu et d'un dossier médical détenu par la maison médicale.

2) L'organisation médicale et sanitaire doivent avant tout concourir à prévenir la maladie (physique et psychique) avant même d'avoir à la guérir, ce qui implique notamment une liaison organique permanente entre l'organisation et la distribution de la prévention et des soins.

3) La santé est étroitement liée aux conditions de vie et à la politique sociale.

Il n'est pas de politique sanitaire concevable sans politique du logement, sans politique de l'urbanisme (transports, espaces verts, cadre de vie, etc.), sans politique de l'éducation (la lutte contre la maladie exige un niveau culturel minimum), sans politique de l'information, sans politique agricole (reconversion des vignobles), sans politique sociale (durée et législation du travail, travail féminin), sans politique des loisirs et des sports, sans une attention particulière apportée de manière non pas répressive mais rééducative à certains problèmes tels que la délinquance juvénile, la prostitution, la drogue, l'alcoolisme, l'avortement, etc.

4) Enfin, le coût financier de la protection de la santé doit être accepté par les Pouvoirs publics. Il n'est pas possible d'obtenir une médecine de qualité sans moyens financiers considérables.

Etant donné les causes inéluctables d'augmentation des dépenses de santé, le taux de croissance des « charges sociales » doit être supérieur au taux de croissance du revenu national.

De plus, un choix ne peut manquer de se poser, entre dépenses médico-sociales et autres dépenses (notamment, mais pas seulement, militaires) au sein du budget de l'Etat, de même qu'entre consom-

mation individuelle et consommation socialisée au sein du budget national (par exemple entre dépenses de santé et dépenses de jeux ou de boissons).

### B) La réalisation d'une médecine socialiste exige la poursuite des objectifs généraux suivants :

1) Socialisation des pôles de domination économique de la médecine (voir plus loin) et des établissements privés de soins et de repos.

2) Suppression progressive des structures commerciales et artisanales de la médecine et de la pharmacie : remplacement progressif du paiement à l'acte par une rémunération forfaitaire fixée dans le cadre de conventions nationales, régionales et locales. En fait, l'intérêt du malade, comme celui du médecin, demande que ce dernier ait un statut de cadre salarié.

3) Création d'un Service social de santé à gestion démocratique.

4) Gratuité des soins, médicaments et appareils sans mise de fonds préalable ;

5) Financement du système par une juste répartition des charges sur l'ensemble de la population.

## III. - Objectifs immédiats

La réalisation de ces objectifs généraux n'est pas possible sans de profondes réformes de structure, étant donné la complexité des problèmes soulevés et l'importance des intérêts mis en jeu.

Toutefois, l'urgence et l'acuité de ces problèmes nous imposent de participer à toutes les batailles actuelles défensives et offensives, car nous ne pouvons accepter même provisoirement ni régression, ni médiocrité dans la distribution et dans la qualité des soins.

C'est pourquoi le P.S.U. lutte dès maintenant :

- contre les restrictions des droits des assurés sociaux ;
- contre les discriminations entre les malades et les maladies ;
- contre toute atteinte à la protection de la santé et des individus et de la collectivité ;
- contre l'envahissement du capitalisme sanitaire.

Mais cette bataille défensive est liée à une bataille offensive pour :

● L'augmentation de la part du budget sanitaire dans le budget de l'Etat et dans le budget national ;

● L'augmentation de la capacité d'accueil et l'amélioration des conditions d'hébergement dans les hôpitaux publics ; la création rapide des Centres hospitaliers universitaires, notamment dans la région parisienne ; la multiplication des postes médicaux à plein temps et dans les conditions de travail valables ; la division des grands services ; la constitution d'équipes autour des chefs de service ; le développement de l'hospitalisation à domicile.

● L'amélioration du recrutement et des conditions de travail des infirmières et du personnel médical auxiliaire comportant :

- la nationalisation des écoles d'infirmières, d'assistantes sociales, d'auxiliaires médicaux et leur transformation en Instituts Universitaires de formation professionnelle avec gratuité des études et pré-salaire ;
- l'accès à la carrière d'infirmière par la formation professionnelle des adultes ;
- l'humanisation des conditions de travail du personnel hospitalier par une embauche massive permettant un allègement des horaires et des cadences et une alternance acceptable des jours de repos et des congés, par la création de nombreuses crèches, de garderies et de logements, par la possibilité d'un perfectionnement professionnel permanent.

● Le recrutement d'un personnel hautement qualifié sur le plan médical comme sur le plan administratif, pour la direction des établissements hospitaliers.

● La réforme des études médicales. La crise générale de l'Enseignement supérieur se traduit également dans l'Enseignement médical : formation inadaptée à l'exercice professionnel, unicité périmée du diplôme de médecin, féodalités hospitalières et universitaires, toute-puissance des « pa-

trons », prédominance de l'enseignement magistral sur l'enseignement pratique, etc.

Le désarroi des étudiants s'explique par cette crise, par l'incertitude qui pèse sur leur avenir et par l'application anarchique de la réforme hospitalo-universitaire. Celle-ci constitue cependant, dans son principe, un élément de progrès et elle doit recevoir les moyens matériels et le nombre d'enseignants lui permettant de répondre vraiment à son but :

— les Facultés de médecine, organiquement liées aux autres établissements universitaires et aux centres hospitaliers régionaux, doivent offrir un enseignement différencié, conduisant soit à la recherche médicale, soit à l'exercice médical, soit à l'administration sanitaire ;

— les travaux en petits groupes dirigés par des assistants doivent être développés ;

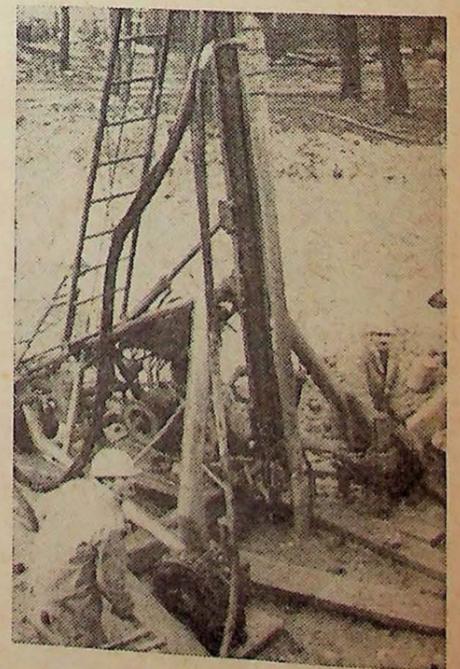
— des équivalences doivent être admises pour le corps enseignant entre titres médicaux et titres délivrés par d'autres établissements scientifiques ;

— la formation clinique des futurs praticiens doit être améliorée et tous doivent exercer des responsabilités hospitalières ;

— leur formation psychologique et leur encadrement doivent être renforcés afin que les malades soient traités avec le respect qui leur est dû ;

— ils doivent également recevoir une formation économique, sociologique et administrative ;

— leur expérience pratique doit être élargie, avant leur propre installation par un stage dans un Centre de santé ou dans une Mal-



La santé est liée aux conditions de travail...

son médicale habilitée à cet effet ;  
— enfin la démocratisation des études et l'allocation d'études doivent permettre d'élargir le recrutement à des catégories sociales auxquelles la médecine (ainsi d'ailleurs que la pharmacie et l'art dentaire) est jusqu'à présent pratiquement interdite, et d'augmenter le nombre des étudiants en fonction de l'augmentation de la consommation médicale prévue pour les années à venir ;

— de même des congés avec maintien du salaire doivent être accordés aux membres particulièrement qualifiés des professions para-médicales, qui désirent s'engager dans les études médicales ;  
— les écoles dentaires doivent être nationalisées et transformées



Le P.S.U. preconise une médecine qui ne soit ni « la médecine de papa » ni la médecine pseudo-sociale de type militaire !

en Instituts de spécialisation des Facultés de médecine.

● L'augmentation des crédits consacrés à la recherche scientifique, trop souvent abandonnée actuellement à l'initiative et à l'emprise des laboratoires privés.

● L'encouragement aux formules collectives d'exercice de la médecine, principalement dans les régions défavorisées et dans les grands ensembles urbains ; éventuellement avec l'aide des municipalités et de la Sécurité Sociale.

— Médecine de groupe, c'est-à-dire association de médecins d'une même discipline ;

— Médecine d'équipe, c'est-à-dire association de médecins de diverses spécialités ;

— Centre de santé, sans but lucratif, avec participation des médecins à la gestion.

● L'extension du système conventionnel et son amélioration par la satisfaction des revendications présentées en commun par les assurés sociaux et les médecins : statut du médecin conventionné ; reconnaissance d'une promotion interne fondée sur l'enseignement post-universitaire.

● La généralisation du tiers payant pour les médicaments, analyses, appareils et l'amélioration du remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques (le ticket modérateur du régime général doit être ramené à 10 p. 100 et totalement supprimé dans de nouveaux cas médicaux et sociaux : personnes âgées, familles nombreuses, mères seules, bas revenus).

● Le libre choix du praticien pour les ressortissants des régimes spéciaux.

● L'extension progressive de la Sécurité Sociale à l'ensemble de la po-

pulation et l'institution d'un véritable revenu de remplacement en cas d'incapacité physique ou psychique.

● Le développement, la revalorisation et la coordination de la prévention (hygiène scolaire, protection maternelle et infantile, hygiène mentale, lutte contre la tuberculose, accidents de la route, etc.) ; la création d'un organisme autonome de médecine du travail (actuellement entre les mains du patronat) ayant pouvoir d'animer efficacement la lutte contre les maladies professionnelles et les accidents du travail.

● La promotion de l'enfance inadaptée : développement d'un équipement spécialisé et recours aux placements familiaux ; création de consultations ambulatoires médicales, psychologiques et pédagogiques ; contrôle réel des Pouvoirs publics sur les Maisons d'enfants existantes, etc.

● Le maintien le plus prolongé possible des personnes âgées dans leur cadre habituel, grâce à une multiplication des aides familiales et des

foyers de quartier et la transformation des hospices de vieillards en maisons de retraites de dimensions humaines et suffisamment nombreuses pour satisfaire aux demandes.

● Développement considérable de la réadaptation fonctionnelle et du reclassement professionnel à tous les niveaux de la maladie et de l'hospitalisation.

● La liberté d'information et d'attitude sur la maternité volontaire (planning familial).

Mais cette bataille offensive, mobilisant ensemble travailleurs de la santé et usagers, doit elle-même déboucher sur des perspectives à plus long terme. La lutte pour les objectifs immédiats du programme santé fait partie intégrante de la lutte d'ensemble contre le régime ; elle aboutit à une remise en cause du système.

Elle ne peut que s'enchaîner avec les luttes pour un régime de transition vers le socialisme et la création d'un service social de santé.

## IV. - Un programme cohérent

### La transition vers le socialisme

1) Caractère de cette transition.

La transition vers le socialisme verra donc la constitution d'un service social de santé qui aura pour mission de mettre en œuvre la politique sanitaire et d'assurer la gestion du patrimoine sanitaire de la nation.

Mais la transition devra s'effectuer par étapes. La mise en œuvre d'une politique socialiste de la santé exige des choix économiques. Elle est donc liée à la planification démocratique.

À chaque étape de la croissance économique et du progrès social doit correspondre une étape dans la constitution du service social de santé. La médecine socialiste se développera en rapport avec le processus général de socialisation économique. Les étapes successives permettront d'éviter les tensions et les inadaptations.

2) Les étapes vers le socialisme.

Bien qu'il ne soit pas possible dès maintenant de prévoir tous les détails du déroulement chronologique exact, les premières étapes viseront à assurer l'infrastructure indispensable et l'équipement en hommes (médecins et personnel sanitaire) pour lesquels certains délais sont nécessaires, ainsi qu'à promouvoir les réformes qui seules permettront d'atteindre des points de non retour vers les structures du passé.

a) Réalisation ou parachèvement des mesures déjà réalisables immédiatement :

— Equipement hospitalier ;

— Extension de la Sécurité Sociale à l'ensemble de la population ;

— Réforme et démocratisation de l'enseignement médical ;

— Augmentation du nombre des médecins en fonction d'études prévisionnelles ;

— Formation et recrutement de personnel para-médical. Education sanitaire permettant à la population de tirer le meilleur parti de la nouvelle organisation. Elle sera l'œuvre des médecins, des assistantes sociales, des enseignants, etc.

b) Mise sur pied des structures démocratiques du Service social de santé qui aura dès lors pour mission d'animer les transformations, d'en contrôler la réalisation et de les prendre progressivement en charge.

c) Socialisation des pôles de domination économique de la médecine :

— Industrie pharmaceutique et pharmacie en gros ;

— Fabrication d'appareillage médical ;

— Editions médicales ;

— Sociétés capitalistes à activités sanitaires ;

— Etablissements thermaux.

d) Regroupement de tous les organismes de médecine publique (hôpitaux, dispensaires, Centres de diagnostic ou de soins, etc.), de quelques régimes qu'ils soient (hôpitaux d'Etat, établissements communaux, régimes miniers, etc.).

e) Socialisation et prise en charge par le service social de santé des cliniques et établissements privés.

f) Création de maisons médicales (de quartier, de communes, de canton) soit par affectation des anciens dispensaires ou des petites cliniques, soit par construction de nouveaux bâtiments.

Ultérieurement, les cabinets privés médicaux et para-médicaux seront à leur tour progressivement intégrés dans le Service social de santé ; les installations seront rachetées, le corps médical et les para-médicaux seront invités à entrer dans le Service social de santé.

Le financement du Service social de santé au cours de ces différentes étapes sera assuré par participation aux recettes de la Sécurité Sociale dont l'assiette des cotisations aura été transformée.

Ainsi coexisteront pendant un certain temps un secteur public et un secteur privé, également financés par la Sécurité Sociale. Mais il est évident que l'Etat devra aider au développement du Service social de santé, en particulier pour les investissements.

### Une solution socialiste : le Service social de santé

Le Service social de santé est un service public chargé de la protection de la santé de la nation, unifié, décentralisé, géré démocratiquement à tous les échelons par des conseils tripartites, responsables du personnel et de l'équipement sanitaire, assurant un fonctionnement coordonné des différentes activités médicales financés par l'impôt.

1) Structures :

A. — Il est unifié :

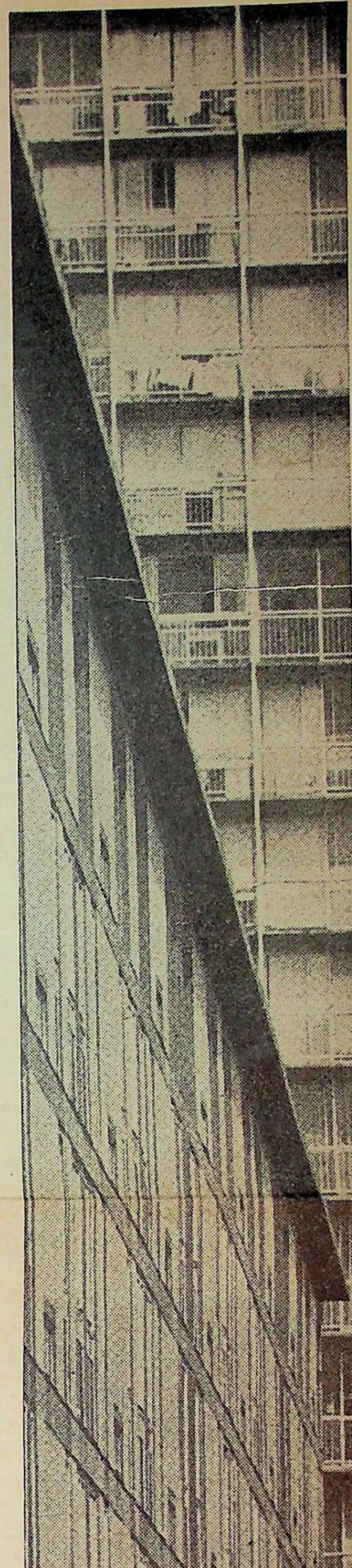
L'intégration progressive des structures anciennes permet une meilleure utilisation des établissements et du personnel en :

— Regroupant tous les établissements sanitaires (ex-privés, ex-publics, ex-généralistes et ex-spécialisés, etc.) ;

— Redistribuant rationnellement leurs missions ;

— Transformant les établissements hospitaliers qui sont actuellement des établissements publics à caractère communal en établissements publics à caractère national, faisant partie du Service social de santé ;

— Regroupant tout les personnels sanitaires (médicaux, para-médicaux, techniques, administratifs, etc.), des différentes branches (pré-



La santé est également liée aux conditions de vie.

vention et soins, médecine générale et spécialités, médecine pratique et hospitalière).

B. — IL EST DECENTRALISE :

Chaque échelon est régi par un « Conseil de santé » compétent pour le territoire correspondant.

● Le Conseil national de la santé. Il est chargé de la définition de la politique sanitaire nationale (dans le cadre des directives fixées démocratiquement par les organes politiques responsables) et du contrôle de son application sur l'étendue du territoire national ; il assure la gestion des établissements et institutions à caractère national ; il veille à la coordination à l'échelon national (personnel, établissements, équipements).

● Les Conseils régionaux et départementaux de santé ont les mêmes prérogatives sur l'étendue de leurs territoires respectifs et gèrent directement les Centres hospitaliers universitaires et les Centres hospitaliers.

● Les Conseils de district de santé, soit pour un arrondissement, soit

## Bulletin d'abonnement TRIBUNE SOCIALISTE

NOM .....

Adresse .....

### Désire s'abonner

Pour une durée de  
(Rayer les mentions inutiles.)

Soutien : à partir de ..... 70 F  
1 an ..... 35 F  
6 mois ..... 18 F

Signature :

54, boulevard Garibaldi, Paris-15<sup>e</sup>  
C.C.P. PARIS 5826-65

LES IMPRIMERIES LAMARTINE S.A.  
59-61, rue La Fayette  
Paris (9<sup>e</sup>)



...Il existe une pénurie dramatique de personnel paramédical.

dicalement transformé : chambres individuelles, diététique, visites et accueil des familles.

### B. — MAISONS MEDICALES :

- Elles doivent comporter :
- un équipement administratif (archives, secrétariat) ;
  - un équipement médical (avec radiologie et éventuellement laboratoire) ;
  - un personnel auxiliaire (infirmières, kinésithérapeutes, assistantes sociales, puéricultrices) ;
  - un équipement dentaire ;
  - une officine pharmaceutique.

### 3) Fonctionnement

#### A. — MEDECINE HOSPITALIERE

Sauf pour les Centres hospitaliers universitaires, axés sur l'Enseignement et la Recherche, médecins hospitaliers et praticiens des Maisons médicales font partie d'une même équipe, dans un secteur géographique donné, assurant ainsi une grande homogénéité entre les deux types de soins. Les médecins hospitaliers sont consultants à la Maison médicale et dans les cliniques primaires. Les praticiens des Maisons médicales assurement, dans la mesure des possibilités, des responsabilités hospitalières ; leur indépendance technique vis-à-vis du chef de service hospitalier est totale lorsqu'ils exercent à la Maison médicale.

La liberté du choix de l'hôpital par le malade est reconnue.

#### B. — MEDECINE PRATICIENNE

Le médecin praticien bénéficie de l'organisation matérielle du personnel para-médical et du secrétariat administratif de la Maison médicale, pour les consultations et de la clinique primaire pour l'hospitalisation.

Débarassé des tâches ingrates qui l'accablent actuellement, il retrouve le rôle prééminent qui doit lui revenir ; il peut faire la synthèse des avis des spécialistes et remplir pleinement son rôle de médecin de famille ; de plus il peut être un hygiéniste et un éducateur sanitaire dans le secteur où il exerce. Enfin, travaillant selon un horaire régulier et jouissant des moments de détente indispensables à la culture et à la vie familiale, le médecin peut compléter ses connaissances au fur et à mesure des progrès de la médecine, et s'il le souhaite, se spécialiser tardivement.

La liberté de prescription du médecin est entière (nous avons vu qu'il aura reçu une formation économique et sociale lui permettant de juger des incidences financières de ses actes).

Le secret professionnel est rigoureusement respecté.

La liberté de choix du médecin par le malade est possible :

- entre les médecins d'une même Maison médicale ;

- entre les Maisons médicales d'un même district.

De même en raison de la nécessité du travail en équipe, le médecin doit pouvoir choisir sa Maison médicale.

La rémunération de l'omnipraticien et du spécialiste est forfaitaire, mais elle est en rapport avec son crédit auprès des malades, ses titres universitaires et hospitaliers, ses travaux scientifiques, son ancienneté, sa participation à l'Enseignement post-universitaire.

géré avec une complète autonomie).

L'assurance maladie de la Sécurité Sociale a cessé progressivement de fournir les prestations en nature et a été remplacée par le Service social de santé.

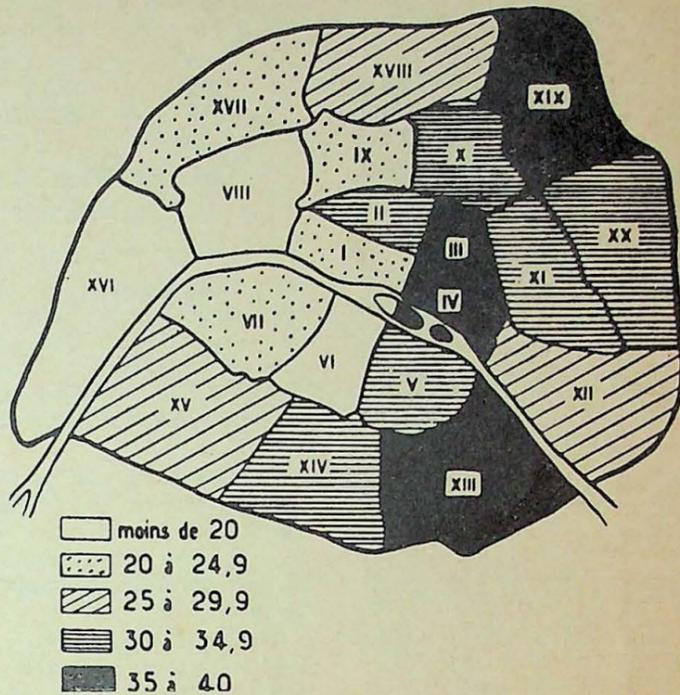
Il est créé un nouvel organisme social assurant les différents revenus de remplacement :

- indemnités journalières (maladie, accident de travail) ;
- Prestations familiales ;
- Chômage, vieillesse.

Il existe donc deux services pu-

### — MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE TOUTES FORMES. PARIS 1955-1958.

TAUX POUR 1.000 SUJETS DE TOUTS ÂGES.



La tuberculose frappe surtout les quartiers populaires.

La Maison médicale doit être le point de jonction à l'échelon local entre la médecine préventive et la médecine de soins, ainsi :

- le pédiatre est également responsable de l'hygiène scolaire ;

- un praticien qualifié dans le groupe doit contrôler la protection maternelle et infantile ;

- le psychiatre anime la prophylaxie mentale ;

- le phthisiologue est également chargé de diriger la lutte antituberculeuse ;

- dans toute la mesure compatible avec la technicité des problèmes et les conditions locales, un omnipraticien participe également à la médecine du travail ;

- le chirurgien-dentiste fait la prophylaxie des affections dentaires à l'école, etc.

#### 4) Financement :

La gratuité des soins, des médicaments et des appareillages est totale.

Le budget du Service social de santé est financé par l'impôt (et

blics parallèles gérés l'un et l'autre démocratiquement :

- le premier pour les prestations en nature ;

- le second pour les prestations en espèces.

### CONCLUSION

Cet ensemble progressif de mesures doit être pris non dans un sens coercitif, mais dans un sens dynamique en associant les usagers, les médecins et le personnel sanitaire à cette grande œuvre : l'organisation de la santé et en donnant à ces derniers les moyens d'y travailler.

Sa réalisation demandera la mobilisation de tous les groupements intéressés : professionnels et étudiants, agents hospitaliers, syndicats de travailleurs, organisations de malades, familiales et mutualistes, Sécurité Sociale, partis politiques se réclamant du socialisme.

De plus l'harmonisation des régimes sociaux européens prévue pour 1970 nous impose d'œuvrer en liaison avec les groupements correspondants des autres pays d'Europe.

Ainsi serait assurée la lutte contre l'inégalité sociale devant la maladie et la mort qui est un des aspects de la conquête du bonheur.

pour une commune (selon l'importance de la population) ont les prérogatives correspondantes et gèrent directement la ou les cliniques primaires de district.

Enfin les Maisons médicales, qui constituent l'échelon de base du Service social de santé, ont leur autonomie administrative et leur propre Conseil de gestion.

### C. — IL EST DEMOCRATIQUE :

Les Conseils de santé sont constitués à tous les échelons sur la base du tripartisme, assurant la représentation :

- de l'Etat ou des collectivités locales ;

- des usagers (Sécurité Sociale, mutualité, associations de malades pendant une certaine période, puis représentants élus) ;

- du personnel médical, paramédical, administratif, etc.

L'élection est faite au suffrage direct pour les Conseils de gestion des Maisons médicales, au suffrage indirect pour les échelons supérieurs.

### D. — INFRASTRUCTURE MEDICALE ET HOSPITALIERE

Elle est ainsi constituée :

- Institutions nationales spécialisées ;

- Centres hospitaliers universitaires (un ou plusieurs par région, selon l'importance de la population) ;

- Centres hospitaliers (un ou plusieurs par département) ;

- Cliniques primaires : elles sont urbaines (par quartier) ou rurales (par canton). Ce sont les anciennes cliniques privées ordinaires, les anciens hôpitaux publics ordinaires, les anciens hôpitaux ruraux ;

- Maisons médicales : de quartier, de commune, de canton.

### 2) Equipement :

#### A. — ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Une politique de construction hospitalière est poursuivie régulièrement, qui tend, dans le cadre du Plan national et des plans régionaux, à satisfaire les besoins quantitatifs et qualitatifs et à aménager au mieux l'espace géographique dans le domaine sanitaire ;

Une politique de formation des personnels hospitaliers est menée parallèlement. L'aspect psychologique et humain de la maladie fait l'objet d'une éducation systématique de tous ;

- L'équipement hôtelier est ra-



Un bureau d'accueil de la Sécurité sociale.

### BULLETIN D'ADHESION

Nom .....  
 Prenom .....  
 Adresse .....

déclare vouloir adhérer au Parti Socialiste Unifié et demande à être mis en contact avec la section la plus proche.

Bulletin à retourner au siège du P.S.U., 81, rue Mademoiselle, Paris (15<sup>e</sup>).

Chaque semaine  
**LISEZ**  
**TRIBUNE**  
**SOCIALISTE**  
 l'hebdomadaire du P.S.U.