

SOIGNER LE SYSTÈME DE SANTÉ POUR NOTRE BIEN COMMUN

Les livrets thématiques
de l'Avenir en commun



édition 2022

13

santé



L'UNION POPULAIRE

SOMMAIRE :

	Notre constat : la libéralisation contre la santé	2
	Notre projet : rendre au peuple son système de santé	7
	Nos propositions : une santé accessible, publique et gratuite	9
	1. Priorité à la prévention	10
	2. Un système de soins complet et de qualité	11
	3. Des médicaments et produits de santé au service de l'intérêt général	15
	4. Un système de santé 100 % solidaire	16
	5. Un système de santé démocratique	18
	6. L'État garant de l'organisation face aux pandémies	19
	7. Pour des données de santé protégées	20

Ce livret a été rédigé par un groupe de travail coordonné par Karim Khelifaoui, médecin généraliste et régulateur au SAMU, et Sabrina Ali Benali, médecin généraliste et auteure de La révolte d'une interne.

Il complète l'Avenir en commun (édition Le Seuil, 2021, 3 €), le programme pour l'Union populaire et son candidat Jean-Luc Mélenchon.

I

**NOTRE CONSTAT :
LA LIBÉRALISATION
CONTRE LA SANTÉ**

Notre système de soins subit depuis trente ans les conséquences des politiques libérales et austéritaires.

Les soignant·es, en ville comme à l'hôpital, ne cessent d'alerter sur la dégradation de leurs conditions d'exercice, la casse de nos hôpitaux publics et les dangers ainsi encourus pour les patient·es. Des mouvements sociaux inédits dans le secteur de la santé ont émergé dans tout le pays sans jamais être entendus des gouvernements successifs. La pandémie de coronavirus a fait éclater au grand jour la crise annoncée de notre système de soin.

La France est caractérisée par des inégalités sociales de santé parmi les plus hautes en Europe (13 années d'écart d'espérance de vie entre les plus riches et les plus pauvres). Notre taux de mortalité prématurée est très élevé. Les causes environnementales de cancers se multiplient et le taux de renoncement aux soins pour raisons financières ou éloignement géographique est en augmentation constante.

La France n'a plus de politique de santé, car elle a été réduite à sa seule dimension budgétaire. On ne parle de la Sécurité sociale que pour dramatiser un soi-disant « *trou de la Sécu* ». Celui-ci sert à justifier **une privatisation croissante de notre système de protection sociale : la prise en charge par la branche maladie de la Sécurité sociale n'a cessé de reculer pour passer sous les 70 % pour nombre de soins courants** (hors affections de longue durée et hospitalisations). Dans ces conditions, il est souvent impossible d'accéder aux soins sans disposer d'une « *complémentaire santé* », de plus en plus coûteuse et foncièrement inégalitaire.

Cette privatisation rampante est plus coûteuse par son double financement des mêmes soins et générant des frais de gestion parmi les plus élevés des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Elle est aussi inefficace. L'exemple des États-Unis d'Amérique, dont le système de santé est majoritairement privé, le démontre. En 2018, les dépenses de santé y atteignent 17,8 % du PIB (11,3 % en France). Pour autant, l'espérance de vie y est moins grande, les inégalités de santé plus élevées, et des millions de gens se ruinent et hypothèquent leur domicile pour se soigner. **Privatiser la santé est donc plus cher, inégalitaire et improductif !**

Sans réflexion stratégique ni vue de long terme, le seul objectif des libéraux à été de faire des économies, notamment via l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui constitue une enveloppe fermée annuelle fixée à l'avance. Celui-ci est



© Adobe Stock

depuis sa création inférieur aux besoins réels de dépenses de santé, étranglant chaque année un peu plus les établissements.

L'ensemble de ces politiques a entraîné des effets désastreux :

- **Des difficultés d'accès aux soins croissantes**
 - ▶ **Délais de rendez-vous allongés, pénuries de spécialistes, déserts médicaux.** Le nombre de médecins généralistes a diminué de 9 % entre 2010 et 2020 tandis que la demande de soins augmentait.
 - ▶ **Fermetures d'établissements hospitaliers, suppression de lits. Manque de soignant-es et agent-es techniques et administratif-ves** conduisant à l'épuisement du personnel restant et entraînant la multiplication des arrêts maladies et des démissions. Aucun changement de politique n'a été initié durant la pandémie de Covid-19. L'hémorragie est telle qu'à ce jour 20 % des lits d'hôpitaux sont fermés faute de personnel et près de 180 000 infirmier-es ont changé de métier.
 - ▶ **Plus d'une personne sur trois a déjà renoncé à des soins par manque d'argent.** Le déremboursement de médicaments, l'augmentation des prix des complémentaires santé, l'absence de régulation des prix de certains produits de santé, le ticket modérateur et les dépassements d'honoraires de certain-es praticien-nes rendent la santé inabordable pour nombre de concitoyen-nes.
- **La dégradation des organismes de prévention et d'accès aux soins primaires renchérit les frais de traitements, lorsqu'il est trop tard.** Tous ces secteurs de soins : protection maternelle et infantile (PMI), médecine scolaire, médecine du travail, centres de prévention et de santé publique (CPSP) et permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ne peuvent plus assurer leurs missions.

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES URGENCES DANS LA TOURMENTE

La médecine de ville souffre d'une surcharge d'activité dans un contexte de diminution constante de la densité médicale. La fausse suppression du *numerus clausus* en 2019, sans anticipation des capacités d'accueil et de formation des facultés et hôpitaux universitaires, n'est qu'un plan de communication. Les généralistes croulent sous le nombre de demandes, dont une part croissante est plus administrative que médicale. Les délais de consultation du médecin traitant ne cessent de s'allonger malgré l'énergie déployée par ceux-ci. Le paiement à l'acte incite les médecins à conduire des consultations plus courtes et prescriptrices, au détriment de l'éducation à la santé et de la prévention.

Ces barrières, en sus du manque de structures d'accueil médico-sociales, conduisent de nombreux-ses patient-es à recourir aux urgences ou aux structures de soins non programmés. Or, les urgences des hôpitaux publics sont sous pression budgétaire et se voient sommées, du fait de la mise en place de la tarification à l'activité et de l'application des techniques de gestion du secteur privé, de devenir des entreprises et de « faire du chiffre », aux dépens des conditions de travail des soignant-es et de la qualité des soins délivrés aux patient-es.

Tout ce qui ne relève pas de la technique (prévention, éducation thérapeutique, médico-social) y est marginalisé et fragilisé. C'est la mission sociale et de santé publique de l'hôpital qui est atteinte. En aval, il n'existe pas assez de lits d'hospitalisation générale, de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie, d'EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) entraînant le fameux encombrement des services d'urgences.

Résultat des réformes : tous les acteurs du système de soins souffrent et chaque compartiment cherche à transférer ses coûts sur les autres afin de ne pas voir sa propre enveloppe budgétaire diminuée. Les plus jeunes professionnel-les ne veulent plus de l'exercice libéral individuel en ville, devenu quasi sacrificiel. L'épuisement des étudiant-es et du personnel soignant entraîne un fléchissement de l'attractivité. La solidarité des équipes de soins est mise à mal par les modes de management inspirés du privé. Les patient-es voient, au final, l'accès et la qualité des soins se dégrader.

- **Les firmes pharmaceutiques continuent, elles, de s'enrichir !** Les cinq principales industries du secteur ont dépassé les 241 milliards d'euros de revenus en 2019. Les dividendes annuels versés aux actionnaires se comptent en dizaines de milliards. Avec la production de vaccins contre le Covid-19, les industriels en lice réalisent plus de 1 000 dollars de bénéfice par seconde tandis que 70 % de la population des pays pauvres n'y ont toujours pas accès.

Le capitalisme et le productivisme nous ont fait entrer dans l'ère des zoonoses dont la pandémie de Covid-19 n'est qu'un début. **Les enjeux sanitaires sont immenses et les menaces se multiplient.** 47 000 décès par an sont associés à la pollution de l'air. L'usage généralisé des pesticides et l'absence de restriction des perturbateurs endocriniens sont le prix du productivisme le plus aveugle.

Dans les prochaines décennies, nous serons également confrontés à **l'augmentation des maladies chroniques** due au vieillissement de la population déjà engagé. Notre système de santé n'y est pas préparé. **Les personnes âgées isolées, abandonnées sur des brancards aux urgences ou dont les aidant-es sont épuisé-es en témoignent déjà.**

Dans ces conditions, deux faiblesses majeures de notre système doivent être résorbées :

- Le cloisonnement des politiques publiques, qui réduit la santé à la question de l'offre de soins et empêche toute cohérence entre politiques environnementales, sociales et sanitaires.
- Les carences historiques en matière de coordination, aggravées ces dernières années par la mise en concurrence délibérée des différents acteurs de l'offre de soins (ville/hôpital/clinique, médical/médico-social/social), empêchent une prise en charge globale et cohérente de la population.

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

Pourtant, les citoyen-nés et les professionnel-les du soin ne demandent qu'à s'impliquer : les Français-es sont profondément attaché-es à leur système de santé et à l'hôpital public qui sont des symboles de l'excellence française.

II

**NOTRE PROJET :
RENDRE AU PEUPLE
SON SYSTÈME DE SANTÉ**

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

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

- **Articuler autour de la santé les politiques économiques et sociales, environnementales** avec un rôle fondamental accordé à la prévention
- **Structurer un système de santé égalitaire et accessible à tou-tes**, qui suppose une égalité de l'offre de soins sur le territoire qui passe par un grand service public de santé et une prise en charge intégrale par l'assurance maladie des dépenses de santé prescrites
- **Démocratiser les politiques de santé** afin de permettre une réappropriation de ces questions par les citoyen-nes et de veiller à ce que ces politiques servent l'intérêt général plutôt que des intérêts particuliers
- **Mettre à disposition des moyens financiers à la hauteur de ces enjeux**



© Adobe Stock



**NOS PROPOSITIONS :
UNE SANTÉ ACCESSIBLE,
PUBLIQUE ET GRATUITE**

1. PRIORITÉ À LA PRÉVENTION

Il faut adopter une approche intégrée des politiques publiques et réorienter le système de santé vers la prévention. **La santé n'est pas réductible aux soins techniques mais doit prendre en compte les composantes physique, psychologique et sociale qui définissent un bon état de santé. Les inégalités sociales, le taux de pauvreté, la précarité, les conditions de travail, le système éducatif, les conditions d'alimentation ou la qualité du lien social influent de façon déterminante sur la santé.**

Un programme de santé cohérent doit être articulé avec des mesures sociales et environnementales qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population. C'est ce que propose l'Avenir en commun via notamment la promotion de l'agriculture écologique et paysanne, l'éradication de la pauvreté, la sécurisation des postes de travail ou encore la réduction des inégalités socio-économiques.

Dans le cadre du plan de prévention nous défendons donc les propositions suivantes :

- **Réduire les inégalités sociales de santé. Identifier les causes de « non-recours » aux droits sociaux et y remédier.** Nous mettrons en œuvre une prise en charge à 100 % des soins par l'assurance maladie en limitant les labyrinthes bureaucratiques (superposition de la sécurité sociale et des complémentaires) et en augmentant les capacités de permanence d'accueil, le recours aux soins sera grandement facilité. La protection maladie deviendra un droit universel et non une prestation d'assistance conditionnée à des seuils de revenus.
- **Élargir la médecine du travail** aux chômeur-ses et **faire enfin appliquer la loi sur les visites médicales**, obligatoires en entreprise tous les 5 ans (et plus fréquemment pour les postes dangereux)
- Faire du plan national santé environnement (PNSE) un moyen d'**éradiquer les maladies chroniques liées à la malbouffe et à l'exposition aux pollutions, notamment dans le cadre professionnel (pesticides, radioactivité, amiante, produits chimiques)**
 - ▶ Réévaluer l'ensemble des substances chimiques utilisées sur le territoire français. Nous refuserons les OGM et bannirons les pesticides nuisibles avec l'interdiction immédiate des plus dangereux (glyphosate, néonicotinoïdes, etc.)
 - ▶ Réglementer de manière bien plus stricte les pratiques de l'industrie agroalimentaire et restreindre davantage les seuils maximums de sel, de graisses et de sucres
 - ▶ Donner une place prépondérante à la santé environnementale dans les formations des études de santé
 - ▶ **Intensifier la lutte contre la consommation de tabac et d'alcool**, premiers facteurs de mortalité prématurée

- **Légaliser et encadrer par un monopole d'État la consommation, la production et la vente de cannabis à des fins récréatives dans des conditions permettant de lutter contre l'addiction**
- Affecter les recettes des taxes sur le cannabis à des **programmes de lutte contre les addictions**, notamment en milieu scolaire, et à une **politique de prévention, de réduction des risques et d'aide à la désintoxication**
- **Mettre fin à l'épidémie de VIH en France** par un grand plan national de dépistage et de traitement
- **Intégrer un volet santé dans l'étude d'impact préalable pour tout projet ou proposition de loi**
- Mieux prendre en charge les victimes de traumatismes et de violences dans l'enfance, afin de prévenir les nombreuses conséquences du psychotraumatisme (souffrance psychique, addictions, maladies chroniques, etc.)
- Engager un milliard d'euros contre les **violences faites aux femmes** et coordonner les actions de santé publique avec les acteurs de terrain
- **Faire de la santé publique une discipline majeure du cursus des futurs professionnel·les de santé et densifier le réseau de structures relais.** Les PMI et les Centres de Prévention et de Santé Publique (CPSP) verront leurs moyens renforcés tandis que les effectifs de médecins et infirmier·es du travail et scolaires seront significativement augmentés grâce à des recrutements ambitieux et à la revalorisation des rémunérations

2. UN SYSTÈME DE SOINS COMPLET ET DE QUALITÉ

Une réforme progressiste et globale de l'offre de soins s'impose. Il nous faut stopper la désertification médicale et relever le défi des maladies chroniques. **La coopération doit remplacer la concurrence** entre les différents compartiments de l'offre de soins.

Ceci suppose de :

- **Constituer un véritable service public de soins primaires organisé autour de centres de santé avec des professionnel·les salarié·es**
- **En finir avec la logique perverse de « l'hôpital-entreprise » et entreprendre une refonte ambitieuse du service public hospitalier articulé avec le service public de soins primaires au sein des territoires de vie** et financé à hauteur des besoins de la population et des nécessités du personnel
- **Réorganiser le secteur médico-social et le secteur psychiatrique**

Pour enrayer la désertification médicale, un plan national de court, moyen et long terme doit être mis en place. Nous proposons de :

- **Mailler le territoire de centres de santé pluri-professionnels.** Favoriser l'exercice des soins primaires en équipes (médecins, infirmier-es, kinésithérapeutes, diététicien-nes, médiateur-ices de santé, etc.) et leurs liens avec les hôpitaux publics de secteur. Ces centres seront aussi des lieux de formation privilégiés pour les étudiant-es se destinant à l'exercice des soins primaires.
- **Organiser des assises participatives de la médecine de proximité dans chaque région avec les acteur-ices concerné-es** (représentant-es des usager-es, médecins généralistes et spécialistes, régulation SAMU, infirmier-es libéral-es, internes de régions, service d'urgence de secteur, syndicats représentatifs, instances territoriales, etc.) afin de solutionner collectivement les problématiques de désertification médicale et d'accès aux soins.
 - ▶ Mettre en place une organisation qui permette que l'ensemble du personnel médical et paramédical (étudiant-es compris) puisse assurer l'accès à des soins courants de proximité pérennes sur tout le territoire
 - ▶ Lutter contre le surmenage des médecins généralistes : Organiser une régulation en amont des consultations de médecine générale permettant une meilleure orientation des patient-es et une décharge d'activité administrative
 - ▶ Mettre en place une rotation de permanence de soins en centre de santé grâce à la mise en place d'un quota horaire mensuel à effectuer en zone de désert médical régionale (généraliste et spécialiste). Ces vacations permettront de venir en aide aux confrères et consoeurs de ces localités et d'assurer un accès aux soins à tou-tes (quatre à douze heures mensuelles à définir selon les régions). L'organisation de ces vacations seront assurées collectivement au sein des assises régionales
 - ▶ Garantir les temps hebdomadaires de travail, les rémunérations, les remplacements et repos compensateurs des astreintes et gardes
 - ▶ Créer des postes salariés d'infirmier-e de pratique avancée dans les centres de santé locaux en lien avec les médecins vacataires
 - ▶ Intégrer explicitement les sages-femmes en tant que professionnel-les de soins primaires et ouvrir la prescription au nécessaire à leur exercice
- **Réouvrir progressivement des lits en fonction des capacités** avec l'objectif de garder un taux de lits vacants disponibles de 20 % pour pouvoir gérer sans tension les variations d'activité
- **Réouvrir graduellement des services d'urgences et maternités de proximité** afin d'assurer un service de santé public à moins de 30 minutes de chaque Français-e
- **Engager un plan de formation massif des professionnel-les de santé.** Augmenter les moyens alloués aux facultés de médecine et réformer la formation pratique pour rendre effectif la fin du *numerus clausus*. Réhabiliter la possibilité de redoublement pour l'entrée en faculté de médecine

- Généraliser les contrats d'études dans toutes les formations paramédicales (infirmier-es, aides-soignant-es, ambulancier-es, etc.) avec une rémunération au SMIC pendant la formation contre un engagement à servir dans un établissement ou dans un territoire pendant un certain nombre d'années
- **Permettre aux étudiant-es en médecine d'étudier dans des conditions correctes** jusqu'à la fin de leur internat grâce à une garantie d'autonomie de 1063 euros et reconnaître leur travail de stage.
- Organiser la participation active des étudiant-es tout au long de leur parcours aux différents projets de santé publique dont les assises de la médecine de proximité, en relation avec leur cursus et choix de spécialité (pour les internes)
- **Augmenter le recours au contrat d'engagement de service public (CESP)** pour les étudiant-es en médecine avec un objectif de 10 000 contrats conclus à la fin du quinquennat

Pour que l'hôpital public redevienne humain et attractif, la priorité est l'amélioration des conditions de travail pour tous les corps de métiers. Nous proposons donc de :

- **Revaloriser immédiatement les salaires et les carrières des soignant-es**
- Coordonner avec les mairies un nombre suffisant de logements à des loyers accessibles permettant au personnel hospitalier d'habiter proche de son lieu de travail
- Répondre immédiatement aux besoins de base en matériels et équipements du personnel soignant, administratif et technique
- Mettre en place un plan de rénovation du parc hospitalier français
- Engager un plan de recrutement pluriannuel pour avoir 100 000 soignant-es et médecins supplémentaires à l'hôpital, 300 000 dans le secteur médico-social et les EHPAD. Rendre obligatoire des ratios minimum de soignant-es par patient-es afin d'en finir avec la maltraitance institutionnelle
- **Titulariser l'ensemble des contractuel-les à l'hôpital et encourager la formation du personnel.** Organiser la polyvalence inter-services uniquement sur la base du volontariat
- Veiller à la stabilité des horaires de travail, reconnaître la pénibilité (travail de nuit et de weekend) et assurer le remplacement du personnel absent par un fonctionnement avec 120 % de l'effectif cible
- Réformer la gouvernance des hôpitaux afin d'assurer un fonctionnement collégial organisé autour des soins et du projet médical
- **Assurer une visite médicale annuelle (à minima) de tout le personnel de santé afin de prévenir les risques psycho sociaux**
- Sortir du tout T2A (tarification à l'activité) et de la politique du chiffre qui met les établissements hospitaliers en situation de conflits d'intérêt avec la Sécurité sociale. La T2A sera réservée aux actes techniques, standardisés et programmés tandis que les spécialités ayant à traiter des maladies générales seront financées par une dotation globale. Enfin, pour les soins palliatifs, nous reviendrons au prix de journée



- **Après revalorisation des rémunérations, mettre fin aux dépassements d'honoraires** dans une réforme plus profonde du financement
- Reconnaître la spécificité des pratiques professionnelles du médico-social et **renforcer sa dotation en moyens humains et financiers**. Le financement du médico-social sera réalisé à la dotation globale et non à l'activité

FAIRE DE LA SANTÉ MENTALE UNE DES PRIORITÉS DU PROCHAIN QUINQUENNAT :

20 % de la population souffre de troubles psychiques dans sa vie. La psychiatrie représente le premier poste de dépense de l'assurance maladie et la première cause d'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Les dispositifs de confinements et de couvre-feux durant la pandémie de Covid-19 ont fait exploser les troubles d'ordre psychiques alors que notre système de soins public a été très affaibli. La logique de la médicalisation à outrance de la « *santé mentale* » est un échec et la source de drames humains silencieux. Toutes les démarches de certification déshumanisent les processus de soins et doivent être supprimées. La psychiatrie de secteur doit avoir les moyens humains et financiers de fonctionner. Pour répondre à ces enjeux, nous proposons un plan national de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie avec le renforcement de ses moyens financiers et humains dans les services hospitaliers et extra-hospitaliers, la simplification des parcours de soins en santé mentale et l'augmentation du temps alloué à la psychiatrie dans les formations aux métiers du soin.

3. DES MÉDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTÉ AU SERVICE DE L'INTÉRÊT GÉNÉRAL

La France se distingue par une consommation de médicaments parmi les plus élevées au monde (anxiolytiques et antibiotiques notamment). Cela provient de la prééminence du soin sur la prévention et des stratégies commerciales des laboratoires pharmaceutiques. De plus, notre souveraineté pharmaceutique est mise à mal. Nous importons 80 % des médicaments remboursés et des filières industrielles disparaissent malgré leur importance stratégique, comme celles des bouteilles d'oxygène de Luxfer. Cette situation conduit fréquemment à des ruptures d'approvisionnement sur des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur.

La recherche pharmaceutique française a également été mise à mal. Lorsqu'une découverte est accomplie grâce aux financements publics, les parties de production, commercialisation et profits sont privatisées par la création de start-up et de brevets, souvent rachetés en bout de chaîne par des multinationales pharmaceutiques.

Malgré les dispositifs fiscaux dont il a bénéficié, le groupe Sanofi a multiplié les plans sociaux tandis qu'il versait 48,4 milliards d'euros de dividendes sur la période 2009-2018. La privatisation de la recherche et la réduction des crédits de budget aux structures publiques comme l'institut Pasteur ont participé de l'échec de la France à commercialiser un vaccin contre le Covid 19.

Pour sortir de l'influence des laboratoires pharmaceutiques, il faut changer le rapport de force en créant un **pôle public du médicament, première brique d'un pôle public des industries de santé**, pour s'assurer une indépendance et garantir la transparence à toutes les étapes du parcours du médicament et des produits de santé.

Il aura pour principales missions de :

- Assurer une relocalisation de la production de médicaments, principes actifs, réactifs, de dispositifs diagnostics et de matériels médicaux
- Garantir l'approvisionnement d'une réserve stratégique des médicaments dit « essentiels »
- Permettre la transparence sur les financements de la recherche et du développement
- Assurer le contrôle des prix de l'ensemble des produits de santé et de communiquer sur leurs coûts réels
- Mettre en place des conditionnalités aux aides perçues par les entreprises privées pour la recherche de vaccins et médicaments
- Créer une unité de recherche (via des coopérations les unités de recherche fondamentale pré existantes) et favoriser la création d'autres unités satellites au sein des établissements publics

Il sera nécessaire de réorganiser les entités chargées de la régulation et de la fixation du prix des médicaments. Les conflits ou liens d'intérêts privés en seront exclus. En cas de nécessité impérieuse, l'utilisation de licences d'office permettra à ce pôle de nous fournir à prix coûtant les médicaments et produits de santé essentiels.

Pour parvenir à cette indépendance vis-à-vis des lobbys pharmaceutiques, la publicité sur les médicaments et les visiteurs médicaux (hospitaliers ou ambulatoires) seront interdits. Une reconversion dans le public leur sera proposée.

Il faudra aussi revoir le système d'autorisation de mise sur le marché de dispositifs médicaux, afin d'en finir avec la certification par des organismes privés au niveau européen, qui a prouvé son inefficacité.

4. UN SYSTÈME DE SANTÉ 100 % SOLIDAIRE

Considérer les dépenses de santé comme un coût à comprimer est un contresens. L'austérité budgétaire dégrade l'état de santé de la population et coûte in fine plus cher à la collectivité. Il convient donc de **sanctuariser les moyens, d'assurer un financement solidaire de notre système de santé tel qu'était l'objectif initial de la création de la Sécurité sociale.**

Il faut garantir une prise en charge intégrale des prestations de soins et de prévention tout en veillant à éviter les dépenses inutiles (les assuré-es sociaux ont financé pendant des années un médicament toxique comme le Mediator).

Inflexibles sur les principes de solidarité et d'égalité, nous le serons aussi concernant la bonne utilisation de la dépense publique, en particulier pour des raisons de sécurité et de qualité des soins. Une telle approche passera par :

- **Instaurer le « 100 % Sécu » en remboursant à 100 % tous les soins de santé prescrits, dont les soins et appareils dentaires, optiques et auditifs et faire baisser les tarifs des lunettes et appareils auditifs**
- **Supprimer l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).** Affecter à l'Assurance maladie des ressources propres indépendantes du budget de l'État
- **Lutter contre les dépenses inutiles** en définissant démocratiquement un périmètre de la solidarité de tous les biens et services médicaux dont l'utilité médicale est reconnue en renégociant les prix exorbitants exigés par certains laboratoires pharmaceutiques et certaines catégories de professionnel·les (optique, dentaire, audioprothèse, etc.)

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

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

- **Solidaire** : le financement et le niveau de couverture des complémentaires sont inégalitaires (cotisations qui peuvent dépendre de l'âge, niveaux de prise en charge très disparates selon les contrats, contrats très coûteux pour les retraité-es et les indépendant-es) alors que l'Assurance maladie propose le même niveau de couverture pour tou-ttes et est financée par des cotisations sociales et la CSG, liées aux revenus.
- **Économique** : cette mesure permettra d'économiser une grande partie des frais de gestion et dépenses marketing astronomiques des complémentaires, pour les diriger vers le remboursement des soins. C'est une mesure qui rapporte de l'argent à l'Assurance maladie.
- **Simple à financer** : la transformation des primes versées aux complémentaires en cotisations sociales, les économies réalisées sur les frais de gestion, la suppression des dépassements d'honoraires et la régulation de prix aujourd'hui excessifs, permettent de financer cette mesure.

Le 100 % Sécu ne se traduira par aucun licenciement :

- Les salarié-es des complémentaires dont les activités sont concernées par le « 100 % Sécu » se verront proposer une intégration au sein de l'Assurance maladie ou une reconversion professionnelle prise en charge financièrement
- Les mutuelles pourront réorienter leurs autres salarié-es et leurs réserves financières vers les mutuelles dites du Livre III (les centres de santé mutualistes, par exemple).

5. UN SYSTÈME DE SANTÉ DÉMOCRATIQUE

La démocratie sociale d'après-guerre a été progressivement neutralisée à compter des années 1970 avant d'être purement et simplement enterrée. L'entrée dans l'ère des pandémies, le défi de la santé environnementale et le souhait des populations d'être davantage associées à la décision publique supposent d'élargir le tour de table. La création d'une démocratie sanitaire réelle permettra d'amplifier la remobilisation citoyenne que nous appelons de nos vœux dans le cadre de la future 6e République.

Il convient pour cela de revoir toute l'organisation des différentes instances de gouvernement de notre système de santé :

- Opérer la refonte des instances territoriales chargées de traiter des politiques de santé avec la création d'**unités territoriales de santé (UTS) et d'union départementales de santé (UDS)** qui se substitueront aux Agences régionales de santé (ARS) ayant démontré leur inefficacité au cours de la pandémie. Ces différentes instances auront en charge l'ensemble des secteurs de l'offre de soins : ville, hôpital, médico-social, hôpital, prévention.
- À tous les maillons de cette chaîne, organiser les prises des **décisions par un collège** composé de citoyen-nes (dont une partie pourra être tirée au sort), de représentant-es des professionnel-les de santé et des syndicats élu-es par la population, d'élu-es locaux, de représentant-es d'associations et de représentant-es de l'État et de l'Assurance maladie
- **Revaloriser les corps administratifs de la santé publique**, porteurs d'une expertise et d'un savoir-faire en matière de planification sanitaire et de mise en synergie des politiques sanitaires et sociales
- Faire voter par le Parlement une **stratégie nationale de santé quinquennale** qui définira les grandes orientations de santé publique et évaluera les moyens financiers pour les réaliser. Le vote de cette stratégie nationale de santé sera ainsi l'occasion, tous les cinq ans, de débattre publiquement de la politique de santé

6. L'ÉTAT GARANT DE L'ORGANISATION FACE AUX PANDÉMIES

Début 2020, la pandémie de Covid-19 a frappé de plein fouet la France comme le reste du monde. D'autres répliques de même nature que cette pandémie sont à prévoir. Nous savons désormais combien **il est vital d'avoir un système de soins et de protection sociale sans faille pour absorber les vagues épidémiques** sans mise en péril de celui-ci (épuisement du personnel, déprogrammation de soins, souffrance psychique massive des usager-es, etc.)

Le gouvernement actuel gère la pandémie à huis clos en conseil de défense de façon anti-démocratique et calamiteuse. Son impréparation a conduit à une série de mensonges et de contradictions, instillant la défiance dans la population. La discipline, nécessaire à une politique sanitaire efficace, nécessite de retrouver la confiance de la population par la mise en place de solutions intelligibles et cohérentes.

Afin de pouvoir vivre au temps de la pandémie permanente, nous proposons de :

- Établir un fonctionnement par roulement pour l'éducation, le travail, et les transports en cas de période épidémique dangereuse pour la santé publique
- Rendre gratuit l'accès aux masques
- Doter de purificateurs d'air équipés de filtre à très haute efficacité (THE) et de capteurs de CO₂ tous les lieux recevant du public « fermés »
- Appliquer des mesures sociales nécessaires pour dépister, tester et isoler : remboursement intégral des tests, organisation de campagnes de dépistage de masse, suppression du jour de carence lors d'un arrêt de travail et réquisitionnement de chambres d'hôtels pour isolement lorsque nécessaire
- Former des comités de sécurité sanitaire sur les lieux de travail
- Abroger les lois sur l'état d'urgence sanitaire et le passe sanitaire ou vaccinal
- Lever les brevets sur les médicaments, vaccins et les équipements nécessaires à une réponse sanitaire urgente et mondiale

7. POUR DES DONNÉES DE SANTÉ PROTÉGÉES

Les utilisations du numérique en santé sont désormais partout : applications de santé sur téléphone, sites de prises de rendez-vous, téléconsultations et intelligence artificielle. La crise du Covid-19 a été un important accélérateur de cette numérisation aux dépens de la sécurité de nos données de santé et de notre souveraineté numérique.

Pour empêcher la marchandisation de nos données de santé et lutter contre l'uberisation de la santé, nous proposons de :

- Suspendre tout transfert de données sur le *Health Data Hub*, qui doit regrouper l'ensemble des données de santé de la population française et qui a été confié par le gouvernement Macron à la société Microsoft
- Développer un service public de prise de rendez-vous en ligne et d'hébergeur de données de santé
- Sanctuariser les fichiers nationaux de l'Assurance maladie afin de rendre impossible toute marchandisation des données de santé ou d'atteintes à la vie privée
- Interdire la pratique d'une activité unique de téléconsultations ou de télé-expertise par certaines entreprises
- Affirmer l'importance de l'humain dans une relation de soin en fixant des règles claires sur la pratique de la téléconsultation et la robotisation des échanges afin d'en limiter au maximum leurs usages hors pandémie
- Mieux encadrer l'utilisation future des technologies de l'intelligence artificielle en santé : leurs algorithmes devront être transparents, explicités et consultables par toutes avec des tâches spécifiées et limitées



© Abbie Stock

L'Avenir en commun est le programme de Jean-Luc Mélenchon pour l'élection présidentielle de 2022. Il est le fruit d'un long processus d'élaboration qui implique des centaines de personnes et d'organisations syndicales, associatives et politiques.

Les **Livrets de l'Avenir en commun** sont des documents complémentaires et permettent d'aller plus loin dans le détail des propositions.

Ainsi, ils intègrent le fruit de réflexions nouvelles ou approfondies sur une quarantaine d'enjeux: de la planification écologique à l'espace en passant par le plein emploi et la condition animale.

Les livrets sont élaborés de manière collective, au sein de l'espace programme de la campagne coordonné par Clémence Guetté et Hadrien Toucel, grâce au travail des groupes thématiques ouverts à toutes celles et ceux qui souhaitent les rejoindre.

L'Avenir en commun, le programme, est vendu en librairie au prix de 3 euros (Éditions du Seuil) ou sur le site www.melenchon2022.fr/programme

Les livrets sont mis en ligne au fur et à mesure de leur publication sur le site www.melenchon2022.fr et existent en version imprimée sur commande.

Vous pouvez aussi scanner ce QR Code pour un accès rapide à des fiches « résumé » du programme :



Pour suivre Jean-Luc Mélenchon dans cette campagne, nous vous conseillons aussi son blog: www.melenchon.fr

