

## 1 La santé comme projet de société

2 La santé peut se définir comme le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et  
3 sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une  
4 manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie<sup>1</sup>. Elle résulte d'une  
5 interaction constante entre l'individu et son milieu.

6 L'état de santé global continue de s'améliorer en France, bien que d'importantes inégalités  
7 géographiques, socioéconomiques et environnementales persistent. Toutefois, l'accent n'est pas  
8 suffisamment mis sur la promotion de la santé<sup>2</sup>, la prévention des maladies, les facteurs de risques  
9 comportementaux, ainsi que la préservation de notre environnement.

10 **Le cœur de notre projet est la promotion de la santé qui repose sur une prévention universelle et**  
11 **globale, par les risques, par les populations, par les milieux de vie et par les territoires.** Il ne s'agit pas  
12 d'opposer la prévention aux soins, tous deux nécessaires et complémentaires, mais de renforcer la  
13 légitimité de la première comme processus politique et social qui combine d'une part des mesures  
14 visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, et d'autre part des actions ayant pour  
15 objectif de changer la situation sociale, environnementale et économique<sup>3</sup>.

16

17 **A.** La santé se construit et se préserve tout au long de la vie ..... 2

18 **B.** La santé de chacun passe par la santé de tous ..... 2

19 **C.** Notre santé passe par la santé de notre environnement ..... 3

20 **D.** Notre santé passe par un système de soins plus démocratique ..... 4

21 **E.** Notre santé passe par la bonne santé de notre protection sociale ..... 5

22 **F.** Notre santé passe par des territoires résilients ..... 7

23 **G.** Notre santé passe par la bonne santé des acteurs du sanitaire, du social, du médico-social..... 7

24 **H.** Notre santé passe par une recherche publique ambitieuse ..... 8

25 **I.** Notre santé passera par une politique nationale de santé publique interministérielle..... 9

26

27

28

<sup>1</sup> <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2> <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

<sup>2</sup> « La promotion de la santé est le processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants et, par conséquent, de l'améliorer » (OMS, chartes d'Ottawa et de Bangkok).

<sup>3</sup> « Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ? » [Linda Cambon, François Alla, Franck Chauvin](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=160)  
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=160>

## 29 A. La santé se construit et se préserve tout au long de la vie

30 En réponse aux discours stigmatisant les conduites et modes de vie à risques, nous proposons une  
 31 société émancipatrice qui donne à chacun·e les moyens de comprendre et d’agir à l’échelon individuel  
 32 ou collectif pour promouvoir la santé. Les compétences personnelles et sociales et la littératie<sup>4</sup> en santé  
 33 doivent être développées, vulgarisées et diffusées par tous les canaux possibles afin de permettre à  
 34 chacun de s’intégrer, de s’adapter, plus globalement d’avoir le sentiment de contrôler sa vie. Ces  
 35 ressources qui permettent aux individus de faire face aux défis de la vie quotidienne peuvent s’acquérir  
 36 et se développer tout au long de la vie.

37 Les inégalités de recours à la prévention et aux soins, ainsi qu’à l’information, contribuent à la plus  
 38 grande fréquence des problèmes de santé, mais aussi à leur retentissement plus important “en bas de  
 39 l’échelle sociale”. De la naissance aux grands âges, les problèmes de santé évoluent, les inégalités  
 40 demeurent. A tous les âges doivent être organisées des démarches transversales visant à allier  
 41 dépistage, information, éducation. Celles-ci s’appuient sur les valeurs de solidarité, d’équité, de respect  
 42 des choix et des libertés individuelles, et de la reconnaissance des savoirs, attitudes et représentations.  
 43 Le développement d’une démarche préventive doit prendre en compte les possibles situations de  
 44 vulnérabilité, quelle qu’en soit la nature, tout en permettant à chacun d’exprimer ses choix et de  
 45 proposer des actions transverses en fonction de ses capacités (familiale, sociale, psychologique,  
 46 médicale..).

47 Sécurité alimentaire, revenus décents, accès aux services préventifs, organisation et prise en charge  
 48 d’activités physiques adaptées ou d’entraînements collectifs, lutte contre les logements insalubres,  
 49 encadrement des publicités (alcool, tabac, jeux de hasard et d’argent, alimentation...), lutte contre les  
 50 violences intrafamiliales, prévention et protection face aux expositions aux risques industriels ou  
 51 environnementaux, programmes d’intégration et de promotion de la diversité culturelle, contrôle des  
 52 coûts des biens essentiels, urbanisme favorable à la santé : la liste des domaines d’interventions  
 53 publiques possibles est loin d’être exhaustive.

54 Il nous faut ainsi changer de stratégie sur les addictions et les drogues. Nous portons la légalisation et  
 55 l’encadrement du cannabis dans des conditions permettant de lutter contre l’addiction.

56

## 57 B. La santé de chacun passe par la santé de tous

58 En 2021, plus de neuf millions de personnes vivaient sous le seuil de pauvreté monétaire en France (60  
 59 % du niveau de vie médian de la population) et le taux de non-recours à certaines prestations dépasse  
 60 30%. A l’inverse du discours fustigeant les abus et les fraudes, nous proposons une automatisation du  
 61 recours à la Complémentaire santé solidaire (CSS) dont le taux de non-recours est supérieur à 40%.  
 62 Axer une politique de résorption du déficit sur la lutte contre les abus s’oppose à l’absence totale de  
 63 lutte contre la croissance des déterminants des maladies.

64 Les personnes fragiles, les publics vulnérables doivent pouvoir être protégé·es, pris·es en charge et  
 65 accompagné·es selon leurs besoins et leurs souhaits. L’accessibilité aux services publics notamment  
 66 doit être garantie dans toutes les situations de handicaps, visibles ou non. De même, toutes et tous  
 67 doivent avoir accès à des aides à domicile de qualité sur l’ensemble du territoire. Les “soins de support”,  
 68 tels que les consultations de psychologues, de diététicien·nes, d’orthophonistes, doivent être valorisés

---

<sup>4</sup> La littératie en santé représente la capacité d’accéder à l’information, de la comprendre, de l’évaluer et de la communiquer.

69 et financés à leur juste valeur. Plus généralement, la protection sociale doit également couvrir les  
 70 “petits risques” comme les soins dentaires et optiques, actuellement pris en charge par les  
 71 complémentaires santé, de façon très inégalitaire.

72 Il est aujourd’hui scientifiquement prouvé que les milieux de vie sont des déterminants de santé, au  
 73 sens du bien-être et des capacités : le modèle d’éducation, la garde des enfants, les politiques de  
 74 logement et d’hébergement adaptées aux populations vulnérables, d’environnement, l’aménagement  
 75 urbain, la proximité avec la nature et le respect de celle-ci, la politique d’emploi, la cohésion sociale, le  
 76 voisinage, le traitement des questions de genre ou d’origine, etc. Dans chacun de ces environnements  
 77 se discutent les conditions matérielles, les ressources, la sécurité, les pratiques préventives et  
 78 bienfaites et la gouvernance qui constituent des facteurs importants influençant la santé. A titre  
 79 d’exemple, la proposition de loi « visant à reconnaître et protéger la santé menstruelle et  
 80 gynécologique dans le monde du travail » en instaurant un arrêt de travail pris en charge par la Sécurité  
 81 sociale permet de mieux prendre en compte la santé des femmes. C’est pourquoi, face à une société  
 82 qui aggrave les inégalités sociales en santé, nous proposons une société protectrice.

83 Comme cela a été souligné dans le texte « Repenser le travail pour mieux vivre », il est essentiel de  
 84 préserver la santé au travail. C’est pourquoi, le système doit être renforcé avec des professionnels  
 85 qualifiés et des moyens dédiés à la prévention au plus près du terrain. L’avenir qui se dessine à travers  
 86 des interfaces techniques, aussi développées soient-elles, qui permettent de répondre à une obligation  
 87 légale ne remplacera pas les actions des professionnels de terrain et les contrôles sur l’effectivité des  
 88 résultats de la prévention.

89 Nous devons aussi permettre aux salarié.es abimé.es par le travail de se soigner et de se reconstruire,  
 90 nous le leur devons collectivement. Pour cela, il est nécessaire de reconnaître le syndrome  
 91 d’épuisement professionnel (burnout) comme maladie professionnelle, mais aussi d’autres affections  
 92 psychiques (stress post-traumatique, dépression réactionnelle ...) quand elles surviennent du fait du  
 93 travail et de ses conditions d’exercice.

94

### 95 C. Notre santé passe par la santé de notre environnement

96 La qualité de notre environnement a un impact immédiat sur notre santé. Le dérèglement climatique  
 97 affecte les corps lors des vagues de chaleur mais aussi via la perturbation des écosystèmes et  
 98 l’apparition de nouvelles zoonoses<sup>5</sup>. Les biens communs que sont l’air, l’eau, la mer, les sols et les sous-  
 99 sols doivent être protégés de la pollution. La biodiversité est indispensable à notre survie.

100 Nous proposons de renforcer les programmes de contrôle et de surveillance de l’environnement  
 101 (écosystèmes, biodiversité, contaminations...) et de la santé animale. De plus, nous portons  
 102 l’interdiction de nombreuses molécules de synthèse comme les pesticides, reconnus comme  
 103 cancérigènes probables par l’OMS, les polluants éternels (PFAS) et autres perturbateurs endocriniens.  
 104 Le concept One Health, c’est penser la santé à l’interface entre celle des animaux, des humains et de  
 105 leur environnement, à l’échelle locale, nationale et mondiale.

106 Au-delà de l’impact de l’environnement sur la santé, il faut également réfléchir à celui du système de  
 107 santé sur l’environnement : le système de soins français représente plus de 8 % des émissions de gaz à  
 108 effet de serre nationales (près de 50 millions de tonnes équivalent CO<sub>2</sub>) mais est également  
 109 responsable de la pollution de notre eau potable car nos centrales de traitement n’ont pas la capacité  
 110 de filtrer les résidus de médicaments. L’impact de l’offre de soins constitue environ 45 % de ces 50

---

<sup>5</sup> Maladies infectieuses des animaux vertébrés transmissibles à l’être humain

111 millions de tonnes. Les médicaments et les dispositifs médicaux engendrent les 55 % restants. Dès lors,  
 112 que penser de la politique du médicament, du recyclage ou de la destruction de certains outils de  
 113 santé ? Le médicament est en cause dans près d'un quart des admissions aux urgences<sup>6</sup>. Améliorer la  
 114 sûreté et la pertinence des prescriptions médicamenteuses est un enjeu majeur. Cet impact  
 115 environnemental est d'autant plus important à questionner que notre société est vieillissante : ceci  
 116 engendra une augmentation des prescriptions et des déplacements à travers les transports  
 117 sanitaires. Mais c'est essentiellement pour des raisons budgétaires que le gouvernement veut  
 118 généraliser le transport partagé, ce qui suscite l'inquiétude des associations de patients quant aux  
 119 délais d'attente. A l'opposé d'une société prédatrice et destructrice, nous proposons un projet politique  
 120 anticipateur, plus résilient, qui préserve la qualité de notre environnement.

121

#### 122 D. Notre santé passe par un système de soins plus démocratique

123 La responsabilité et la transparence du système de santé français se sont améliorées au cours de la  
 124 dernière décennie, à la suite d'événements indésirables majeurs qui ont mis en évidence des lacunes  
 125 dans la gouvernance des soins de santé. Les droits des patient-es ont été renforcés, mais il existe peu  
 126 d'informations pour les guider dans le système de santé et il-elles participent peu aux décisions  
 127 relatives à leur traitement.

128 A l'hôpital, pendant de nombreuses années, la concentration du pouvoir entre les mains d'individus sachant-es,  
 129 les médecins et en particulier les chef-fes de service, au détriment des patient-es, et des autres professionnel-les  
 130 de la santé, a abouti à des dérives et accru le rôle du secteur libéral dans les hôpitaux qui, à cette époque,  
 131 étaient financés par une dotation globale.

132 Puis, l'idéologie néolibérale s'est immiscée dans tous les secteurs de la société et a profondément  
 133 modifié l'organisation et l'administration des hôpitaux. Le pouvoir des médecins a laissé place à celui  
 134 des gestionnaires. On a commencé à parler de rentabilité, de financement à l'activité (T2A) dans les  
 135 hôpitaux. Le pouvoir a été transféré aux administratifs, aux manager-uses, qui se sont appuyé-es sur  
 136 des indicateurs. Le financement à l'activité a entraîné pour les soignant-es une perte du sens du travail,  
 137 du surmenage, des injonctions paradoxales et a ébranlé le secret professionnel. L'hôpital a été peu à  
 138 peu asphyxié.

139 Aujourd'hui, les patient-es demandent la reconnaissance de leur capacité, le pouvoir d'être enfin  
 140 entendu-es, de décider légitimement de leur vie. Depuis 2005, le conseil d'administration des  
 141 établissements publics de santé est composé de membres répartis en trois collèges : les  
 142 représentant-es des collectivités territoriales ; les représentant-es du personnel ; les personnalités  
 143 qualifiées et les représentant-es des usager-es.

144 Parallèlement, les réseaux sociaux ont fait émerger, pour le pire et le meilleur, des « influenceur-ses »  
 145 et la notation généralisée des services et des professionnel-les. La parole des expert-es scientifiques a  
 146 été écartée. On voit se dessiner les dérives de la démagogie, l'ébranlement du concept de données  
 147 personnelles au nom de la transparence. En réponse au paternalisme social, nous proposons un  
 148 pouvoir collaboratif, partagé, au nom de valeurs communes où chacun a sa place dans la décision.

149 Le système de santé et les acteurs qui le composent sont entrés dans la modernité. Dès lors, deux  
 150 dynamiques contraires se sont développées : la nécessaire réduction du temps de travail des  
 151 soignant-es en ville (il faut deux médecins pour reprendre la patientèle d'un médecin partant à la

---

<sup>6</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36038438/>

152 retraite) et une demande croissante de soins de la part des patient-es, de manière de plus en plus  
 153 urgente et exigeante. Il est donc primordial que le-la patient-e devienne acteur-trice de sa santé. Le  
 154 cercle de soins ne doit plus se concentrer autour du patient-e mais autour de la maladie avec la  
 155 participation du patient-e.

156 Nous proposons davantage d'implication des associations de patient-es et des patient-es expert-es dans  
 157 les politiques publiques de prévention et de santé, à tous les niveaux des instances de santé. Une  
 158 nouvelle gouvernance est à réinventer. Comme l'écrit Cynthia Fleury, *“Inscrire la démocratie dans un  
 159 régime de savoir(s) et non de pouvoir”*.

160

#### 161 E. Notre santé passe par la bonne santé de notre protection sociale

162 L'amélioration de l'efficacité du système de santé français est de plus en plus indispensable pour  
 163 répondre aux besoins de la population et assurer l'équité d'accès dans le contexte d'une population  
 164 vieillissante (les plus de 65 ans représenteront ¼ de la population française en 2050) et de défis  
 165 économiques et environnementaux croissants. Ces préoccupations relèvent de la solidarité, de la  
 166 redistribution financière et de l'efficacité du système de santé.

167 Notre santé passe d'abord par la solidarité nationale et la justice sociale. Aujourd'hui la sécurité sociale  
 168 n'est pas universelle. Elle exclut, en raison de conditions d'activité et de résidence, une partie de la  
 169 population vivant en France. Les politiques de santé fragilisent la population en créant des restes à  
 170 charge (franchises d'ailleurs doublées depuis le 31 mars 2024 sur les médicaments, actes des auxiliaires  
 171 médicaux et transports sanitaires, participations forfaitaires, délais de carence) et le non-  
 172 remboursement “du petit risque”.

173 En 2021 est entré en vigueur le « 100% santé » qui prévoit la prise en charge à 100 % d'un panier de  
 174 soins par les complémentaires santé et l'assurance-maladie. Selon la Drees, cette réforme a permis de  
 175 diminuer les frais à la charge des patient-es sur les audioprothèses mais pas en optique ni en dentaire  
 176 alors que depuis octobre 2023 l'assurance-maladie ne prend plus en charge les soins dentaires qu'à  
 177 hauteur de 65 % ou 55 %, au lieu de 70 %.

178

179 Par ailleurs, le dispositif de prise en charge renforcé des patients en Affection de longue durée (ALD),  
 180 atteints de maladies chroniques, pourrait être remis en cause sous prétexte d'économies. D'une part,  
 181 ces patients pâtissent déjà de restes à charge presque deux fois supérieurs au reste de la population.  
 182 D'autre part, toute réduction du périmètre des maladies donnant lieu à ALD ou du niveau de prise en  
 183 charge conduirait inévitablement à dégrader leur situation de santé.

184 Ces inégalités sont aggravées par les assurances complémentaires coûteuses et inégalitaires alors  
 185 qu'elles s'avèrent moins efficaces économiquement que l'assurance maladie. En 1946, la sécurité  
 186 sociale a collectivisé le “risque santé” et généralisé la production non capitaliste de soins. Cependant,  
 187 elle a également solvabilisé la production capitaliste d'une partie des soins en permettant une  
 188 marchandisation et en autorisant les dépassements d'honoraires des professionnel-les de santé, en  
 189 soutenant les dérives mercantiles de l'industrie du médicament et en autorisant les dérives financières  
 190 des groupes d'établissements de soins (cliniques privées, EPHAD, laboratoires d'analyses médicales,  
 191 centres de santé, soins de suite...). La baisse des cotisations sociales et l'utilisation du budget de la  
 192 sécurité sociale comme réponse politique aux crises du capitalisme ont permis la construction politique  
 193 et médiatique du fameux “trou de la Sécu” qui empêche tout débat serein sur le financement de la

194 protection sociale au nom de la rigueur. Comme le dit Nicolas Da Silva<sup>7</sup>, « *il s'agit d'une manipulation*  
195 *idéologique qui imprime dans les discours le non-sens du prétendu déficit de la protection sociale* ».

196 La captation du financement socialisé de la Sécurité sociale par des acteurs privés est inefficace  
197 économiquement car elle conduit à fragiliser les systèmes de remboursement, inefficace socialement  
198 car elle détourne le financement socialisé au profit des actionnaires, et inefficace éthiquement car elle  
199 privilégie des actes ou des pathologies rentables.

200 Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), le remplacement "du prélèvement  
201 obligatoire privé" par un prélèvement obligatoire public engendrerait une économie de l'ordre de cinq  
202 milliards d'euros chaque année.

203 La santé est un droit fondamental reconnu par la Déclaration universelle des droits de l'homme de  
204 1948. Il ne peut y avoir de marché de la santé en raison d'asymétries d'informations entre soignant-es  
205 et patient-es ou d'externalités pour la population.

206 A l'instar de nombreuses associations et syndicats, nous proposons, un grand débat national sur les  
207 conditions de la construction d'une Assurance maladie obligatoire universelle, avec un taux de  
208 remboursement de 100% hors domination étatique et exploitation capitaliste. Celle-ci impliquerait  
209 une fusion de tous les régimes existants en un seul et une prise en charge totale des montants des frais  
210 de santé dans un périmètre étendu et défini selon les besoins des populations, sans condition de  
211 résidence ni de ressource.

212 Nous soutenons la réappropriation de la gestion de l'Assurance maladie par les bénéficiaires, quels que  
213 soient la nationalité et le temps passé sur le territoire, en sortant d'une gestion par l'État, par la mise  
214 en œuvre d'un véritable pouvoir populaire pour une démocratie sanitaire pérenne bâtie sur des  
215 principes d'éducation populaire. Le taux de cotisation serait national et les ressources réparties  
216 localement en fonction des besoins. Le débat devra porter aussi sur l'organisation de cette Assurance  
217 maladie en caisses locales fédérées au niveau national. Comment l'initiative locale pourrait permettre  
218 de s'adapter aux contraintes territoriales ? Comment garantir aussi la qualité des soins et des prises en  
219 charge partout dans le respect d'un cadre national tout en soutenant les initiatives locales  
220 indispensables.

221 Ainsi, l'universalité de cette Assurance maladie mettrait un terme à la stigmatisation des bénéficiaires  
222 de l'Aide médicale d'État (AME) alors que les propositions de suppression ou de limitation constituent  
223 un non-sens humanitaire, sanitaire, économique et social.

224 Parallèlement au nécessaire recentrage des missions de l'hôpital, les besoins en soins de la population  
225 nécessitent de repenser les modalités de financement de la médecine de ville, la vision uniquement  
226 qualitative du paiement à l'acte étant aujourd'hui dépassée. Les prises en charge complexes par les  
227 médecins doivent être davantage valorisées via les forfaits patientèle des médecins, l'ajout d'un bonus  
228 pour les patient-es suivi-es dans un parcours pluriprofessionnel, ainsi que pour les nouveaux-elles  
229 patient-es d'un-e médecin traitant-e dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

230

---

<sup>7</sup> Nicolas Da Silva, La bataille de la Sécu, Une histoire du système de santé, <https://lafabrique.fr/la-bataille-de-la-secu/>

## 231 F. Notre santé passe par des territoires résilients

232 30% des Français-es vivent dans un “désert médical”, en zone rurale ou dans des départements très  
 233 urbanisés comme la Seine Saint-Denis qui figure au premier rang des départements les plus touchés<sup>8</sup>.  
 234 Au-delà du système sanitaire et social, la carence organisée par l’État libéral de l’ensemble des services  
 235 publics participe à l’aggravation des inégalités géographiques d’accès aux soins, que ce soit du fait d’un  
 236 manque de structures d’éducation adaptées, de logements, de transports, de moyens de  
 237 télécommunications, etc.

238 De très nombreux déterminants sociaux de la santé sont à la main des élu-es locaux-ales.  
 239 L’aménagement urbain ou rural des lieux d’habitation, de travail ou de loisir, des établissements et  
 240 espaces publics, des infrastructures de transports et de communication doit être pensé en termes  
 241 d’impact sur la santé.

242 En réponse à l’aggravation des inégalités géographiques, nous proposons un véritable service public  
 243 territorial de santé reconnaissant les trois dimensions « Éducation », « Social » et « Sanitaire » comme  
 244 parties intégrantes de la santé, ce qui permettrait de développer une véritable politique de santé  
 245 publique de proximité basée sur la prévention et la promotion de la santé. Cela passerait  
 246 inévitablement par l’évolution des missions des Agences régionales de santé (ARS) et des Caisses  
 247 primaires d’assurance maladie (CPAM).

248 La lutte contre les déserts médicaux passera également par la création de centres de santé  
 249 pluridisciplinaires publics avec l’embauche de professionnels de santé salariés. Cela ne pourra se faire  
 250 sans l’augmentation des moyens des formations et des facultés de médecine pour permettre une  
 251 augmentation sensible du *numerus apertus*. Cette lutte passe aussi par la mobilisation de la médecine  
 252 libérale et hospitalière, des coopératives médicales, un conventionnement sélectif, et une obligation  
 253 temporaire d’installation.

254

## 255 G. Notre santé passe par la bonne santé des acteur·trices du sanitaire, du social, du 256 médico-social

257 Parmi les défis à relever, citons la pérennisation du personnel de santé, en particulier la garantie d’un  
 258 nombre suffisant de professionnel·les dans les zones médicalement mal desservies, telles que les  
 259 communautés rurales ou les quartiers populaires, l’amélioration de leurs conditions de travail, de leur  
 260 rémunération et de leurs perspectives de carrière, notamment pour les infirmier·es, afin de favoriser  
 261 leur maintien en poste et leur recrutement.

262 La souffrance au travail des professionnel·les, coïncé·es entre augmentation de l’activité, rythmes de  
 263 travail épuisants, interactions parfois violentes avec les usagers et usagères, et sentiment de travail  
 264 empêché du fait du manque de temps et de moyens, est insupportable. Rappelons que le soin relève  
 265 d’une mission de services public au cœur de laquelle les aspects humains demeurent fondamentaux et  
 266 doivent donc être préservés avec du temps dédié à chacun·e selon ses besoins et attentes. Déserts  
 267 médicaux, fermetures de lits et d’établissements par pénurie de personnel, arrêts maladie, démissions,  
 268 dégradation de l’accueil et des soins, voire maltraitance, sont le fruit d’une gestion “managériale”  
 269 centrée sur des indicateurs désincarnés. La qualité des soins suppose des équipes comprenant des  
 270 professionnel·les formé·es et suffisamment nombreux·ses, agissant de façon coordonnée avec celles  
 271 et ceux qui interviennent en amont et en aval dans le parcours de soin des personnes. Nous proposons

---

<sup>8</sup> Etude de 2021 de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques) du ministère de la santé.



272 de reconstruire un environnement de travail digne pour tou-tes les acteur-trices du sanitaire, du social,  
 273 du médico-social et une rémunération à la hauteur des services rendus afin de redonner du sens et de  
 274 l'attractivité à ces métiers. Le financement des études dès la première année, sous condition d'exercice  
 275 public, permettrait d'ouvrir ces filières à certain-es étudiant-es en situation précaire qui craignent de  
 276 s'engager dans des études longues.

277 Tout cela doit nous permettre de redonner aux hôpitaux les moyens d'assurer des soins de qualité dans  
 278 le respect des patient-es. En plus de la réouverture de services d'urgence, de maternités et d'EHPAD  
 279 publics assurant un service de santé de proximité pour chaque Français-e, il nous faut proposer une  
 280 réponse alternative aux urgences hospitalières à travers le développement des maisons médicales de  
 281 garde et de plans locaux d'articulation et de coopération des hôpitaux avec tous les professionnels de  
 282 santé (médecine de ville, infirmiers, kinésithérapeutes etc.).

283 Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques nécessitent de  
 284 repenser l'organisation de notre modèle sanitaire. Depuis la création des Communautés  
 285 professionnelles territoriales de santé (CPTS) en 2016 et le plan 2000 MSP en 2022, puis 4000 MSP en  
 286 2027, l'objectif est clair : favoriser la coordination des soins entre les professionnel-les de santé. Dans  
 287 la continuité de ces actions, il est essentiel de familiariser les professionnel-les dès leur cycle de  
 288 formation sur les avantages du travail en équipe à travers la mise en place de micro-stages et de cours  
 289 spécifiques.

290

#### 291 H. Notre santé passe par une recherche publique ambitieuse

292 En réponse à la demande sociale d'innovation, nous proposons de promouvoir la recherche publique  
 293 comme l'annexe sur l'Enseignement supérieur et la recherche du texte « L'Education au cœur de la  
 294 société écosocialiste » l'a préconisé.

295 Le système de santé est aujourd'hui fortement numérisé dans le domaine de l'information (Mon espace  
 296 santé, logiciels métiers des médecins...) mais également pour les équipements (imagerie...) et les  
 297 modes d'interventions (procédures chirurgicales...). La santé connectée soulève des problématiques de  
 298 sécurité et de souveraineté, et plus globalement d'usage des données générées. Comment protéger ces  
 299 données et les récupérer en cas de catastrophe (piratage, absence d'électricité...) ? Il n'est pas question  
 300 de remettre en cause ces processus mais d'interroger leur accès en cas de problème.

301 L'intelligence artificielle est un domaine de recherche en pleine expansion et promis à un grand avenir.  
 302 Ses applications, qui concernent toutes les activités humaines, permettent notamment d'améliorer la  
 303 qualité des soins en favorisant une médecine davantage prédictive et personnalisée. Ainsi, de nombreux  
 304 outils ont été développés, qu'il s'agisse d'aide à la décision, de gestion des connaissances ou d'e-santé  
 305 par exemple. Cependant, pour être acceptables ou légitimes, ou bien être écartées car jugées non  
 306 pertinentes, les décisions des algorithmes doivent pouvoir être comprises, donc expliquées. La  
 307 recherche de biais, en particulier de biais discriminatoires, de distorsions ou disparités constitue une  
 308 préoccupation permanente dans un souci d'équité et d'éthique. Le développement d'outils pour lutter  
 309 contre les biais de l'IA paraît indispensable. Les coûts – financier mais également environnemental –  
 310 doivent également être justifiés par une réelle plus-value pour le-la médecin ou le-la patient-e.  
 311 Néanmoins, ces logiciels sont une source de progrès indéniable pour les patient-es et les  
 312 professionnel-les de santé. Nous proposons de renforcer la surveillance et la réglementation des  
 313 produits (algorithmes) et des processus (accès aux données, analyse) pour assurer des normes éthiques  
 314 et une allocation équitable des ressources.



315 I. Notre santé passera par une politique nationale de santé publique  
316 interministérielle

317 La diversité des déterminants de santé implique l'engagement d'acteur-trices nombreux-ses et  
318 divers-es. Or, l'action en santé publique est rarement matérialisée par des interventions portant sur des  
319 secteurs hors du champ strict de la santé. Les raisons sont multiples : l'ignorance de cette interrelation  
320 entre déterminants, la priorité donnée aux enjeux économiques et commerciaux ou l'absence  
321 d'expertise pour réaliser les études d'impacts en santé demandées par l'Organisation mondiale de la  
322 santé (OMS) à tous les niveaux de décision. La santé devient ainsi un marqueur des politiques  
323 publiques.

324 Les politiques publiques, sociales, économiques, environnementales, de sécurité doivent être guidées  
325 par une demande d'équité dans la répartition des ressources et des efforts pour favoriser les capacités  
326 dans le cadre d'un universalisme proportionné.

327 De nombreuses pistes peuvent être développées pour agir sur les déterminants sociaux de la santé  
328 comme le revenu universel, les monnaies locales qui favorisent les liens de proximités, la sécurité  
329 sociale de l'alimentation, le développement des transports en commun et des mobilités actives et  
330 inclusives etc... Le programme Mincome, expérimentation sociale de revenu de base inconditionnel et  
331 annuel, menée dans les villes de Winnipeg et Dauphin, au Canada dans les années 1970, a montré une  
332 baisse de fécondité chez les jeunes femmes, une baisse de la fréquentation des hôpitaux de 8,5% en  
333 même temps qu'une forte diminution des accidents liés au travail, ainsi que celle des admissions aux  
334 services hospitaliers d'urgences pour des accidents de la voie publique ou des violences domestiques.

335

336

337 Une population en bonne santé constitue la base d'une société dynamique, une société riche de tous  
338 ses membres, au sein de laquelle tous les individus peuvent exploiter leur plein potentiel et contribuer  
339 au développement collectif.