



# RDV 2022

**UNE POLITIQUE  
GLOBALE DE SANTÉ  
AU SERVICE D'UNE  
SOCIÉTÉ DU SOIN**

Il aura fallu une pandémie mondiale, plus de deux millions de morts, la menace d'un drame plus grand encore, pour faire passer la vie avant toute autre préoccupation. La crise nous a ramenés à l'essentiel et à notre commune humanité. Elle a confirmé que la santé était pour les Français une priorité, qu'ils avaient un attachement viscéral à l'État providence, aux services publics et qu'ils entendent qu'ils soient défendus à toute force. Elle a aussi mis en lumière nos vulnérabilités, la précarité de nos sociétés et de nos modèles de développement, la violence des inégalités, sociales et de santé, l'intrication de l'humain et de la nature.

Toute grande crise offre l'occasion d'un bilan, d'un débat collectif sur nos choix de société et surtout d'un sursaut.

Depuis plus de dix ans, les hôpitaux publics soignent toujours plus, la population française augmente, elle vieillit, et les progrès de la médecine, fort heureusement, permettent la prise en charge de nouvelles pathologies. En dépit de la promesse du tournant ambulatoire, de la mise en place des GHT ou des discours sur la réduction des actes non pertinents, la demande ne diminue pas, elle progresse, et les soins délivrés sont en augmentation constante en dépit d'un Ondam (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) toujours très contraint. Depuis 2008, l'hôpital public, les personnels hospitaliers et les assurés sociaux ont consenti des efforts considérables contribuant au redressement des comptes sociaux et au remboursement de la dette de la Sécurité sociale. Mais concrètement aussi, les coûts ont été maîtrisés grâce au gel du point d'indice limitant l'augmentation du coût du travail et par un accroissement de la productivité du travail. Les effectifs, en l'espèce, ont augmenté bien moins rapidement que la production de soins, contribuant à un accroissement de la charge de travail par soignant. En dix ans, les effectifs ont augmenté d'à peine plus de 2 % quand, dans le même temps, les soins dispensés ont augmenté de près de 15 %. Pour être clair, les personnels de santé ont supporté l'essentiel des efforts demandés. Quant à la création, en 2016, de l'agence nationale de santé publique qui devait impulser un changement d'échelle de la santé publique dans notre pays, les coupes budgétaires des années 2017 à 2020 en ont compromis l'émergence. C'est dans ce contexte, et après 18 mois d'une grève à laquelle le gouvernement était demeuré sourd, grève des urgences d'abord, des hôpitaux dans leur ensemble ensuite, qu'a éclaté la pandémie.

Si la France et les Français ont pu compter sur le dévouement et la mobilisation sans faille, et à tout dire hors du commun, des aides-soignants, des infirmières, des médecins et de

tous les personnels hospitaliers, la pandémie n'en aura pas moins surgi dans un contexte de crise grave de l'hôpital. La pandémie aura ainsi montré, à celles et ceux qui ne les voyaient pas encore, les limites d'un Ondam corseté et d'un pilotage des politiques de santé au prisme de la seule contrainte budgétaire ; les limites et les dérives d'une tarification à l'activité entraînant indistinctement activités médicales et chirurgicales dans une logique marchande, et l'hôpital dans son entier dans une culture d'entreprise qui n'est pas celle du service public. En même temps que s'organisait la réponse à la pandémie, se faisait jour la pesanteur des organisations managériales, parfois sur-administrées, d'une gouvernance ne laissant que trop peu de place aux soignants et aux patients, la vacuité aussi de tâches administratives et de « codage » devenues étouffantes au point de faire perdre le sens du travail de soignant. Se mesuraient douloureusement aussi les conséquences des suppressions de lits en aval des urgences, des ratios 1/15 et autres indicateurs contribuant à diminuer le nombre des soignants au lit du patient. Nous avons sans aucun doute atteint une limite que la crise n'a fait que confirmer, nous ramenant à la nécessité de trouver le bon équilibre, celui du « juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité ».

Dans les inégalités sociales et de santé qu'elle aura révélées, en exposant plus durement au virus les populations et les territoires les plus fragiles et les plus pauvres, comme la Seine-Saint-Denis, la pandémie aura aussi mis à jour l'importance des soins de premier recours, tant sur le plan de la santé physique que de la santé mentale, priorité pourtant tant de fois reportée. La crise a fait apparaître l'absence d'un cadre de travail collectif dans chaque territoire qui aurait permis de mobiliser de manière coordonnée les élus, les professionnels, les établissements de santé et les institutions, comme l'ARS et l'Assurance Maladie pour construire des réponses adaptées. Elle aura ainsi souligné l'importance d'une bonne articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social, du travail en équipe pluridisciplinaire et la nécessité d'une gouvernance territoriale repensée, guidée par une logique de « besoins en santé » et plus seulement d'« offres de soins », prenant en compte les spécificités sociales, environnementales et démographiques des bassins de vie. Nous avons pu également constater que les ARS ont été conçues comme des structures de gestion de l'offre de soins, mais pas comme des structures de santé publique comme il le faudrait.

Dans la part d'injustice des contaminations, la crise aura montré que nous ne sommes pas égaux face à la maladie, que l'accès aux soins n'est pas garanti de la même manière d'un territoire à un autre, que les déserts médicaux

sont autant de pertes de chance pour les quartiers populaires comme pour les territoires ruraux. Elle nous aura rappelé que les conditions de vie ou l'environnement de travail pèsent sur les indicateurs de morbidité ainsi que sur les espérances de vie. Elle aura plaidé avec vigueur, enfin, pour un renouveau des politiques de santé publique et de prévention.

Dans la pénurie de médicaments, de masques ou de dispositif médicaux, dans une recherche française à la peine dans la course aux vaccins, la pandémie nous aura fait toucher du doigt ce que la désindustrialisation veut dire et la perte de souveraineté nous coûte.

Dans l'épreuve que fut pour les soignants, pour les résidents comme pour les familles, dans de nombreux Ehpad, cette pandémie qui frappe les plus âgés d'entre nous, la dimension anthropologique du vieillissement a pris une dimension nouvelle et le chantier de la dépendance une urgence plus grande encore...

Aujourd'hui, chacun le voit, l'urgence de sauver des vies se prolonge désormais dans l'urgence de changer de système. « *Prends soin de toi* » : derrière la civilité ordinaire en temps de Covid-19, un nouvel horizon se dessine, celui d'une société de bien-être se fixant pour objectif la pleine santé pour toutes et tous, et substituant des objectifs d'espérance de vie et de bien-être aux seuls classiques indicateurs de croissance et de richesse.

Cette perspective, prenant soin à la fois de l'être humain et de l'environnement dans une approche du type « *One Health* », est la seule qui puisse concilier transition écologique et prévention des crises sanitaires et des maladies. Les causes de la pandémie sont, en effet, au moins autant sociales que virales : elle est en partie le fruit des bouleversements induits sur la biosphère par notre civilisation, et ses conséquences sanitaires sont fortement aggravées par les comorbidités et donc par les inégalités.

C'est pourquoi nous défendons une politique globale de santé au service d'une société du soin, guidée par deux objectifs sur lesquels nous proposons d'asseoir nos choix et d'évaluer nos politiques publiques :

**Réduire l'écart d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier.**

**Accroître l'espérance de vie en bonne santé.**

En France, l'espérance de vie s'accroît, mais les inégalités sociales face à la mort demeurent.

Selon une étude de l'Insee parue en 2016, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les diplômés du supérieur et les non-diplômés est de 7,5 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes. Nous voulons agir pour réduire ces inégalités sociales et territoriales de santé.

Mais une longue vie n'est pas toujours une bonne vie. Dans l'Union européenne, la France est ainsi le pays où l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée pour les femmes ; mais elle ne pointe qu'au treizième rang si l'on considère leur espérance de vie en bonne santé. L'espérance de vie en bonne santé mesure la qualité de vie d'une société, nous voulons en faire notre boussole.

Mettre au cœur d'une politique de santé la question de l'espérance de vie en bonne santé et de la lutte contre les inégalités de santé conduit à franchir une nouvelle étape dans la transformation de la santé en sujet collectif de société. L'enjeu est bien de créer dans notre pays un système de santé publique comme nous avons un système de soins. Ce qui inclut d'autres approches : agriculture, urbanisme, éducation...

Le combat pour la pleine santé et la qualité de la vie se joue sur tous les fronts de la prévention. La santé ne peut plus être un sujet de spécialistes mais une grande question démocratique et citoyenne, plaçant le soin apporté à l'autre au cœur de la réflexion politique. Le malade, l'utilisateur du système de soin, le citoyen doivent aussi être mis au cœur de notre approche. Puisque nous devons affronter d'autres épidémies — et nous ne sommes pas encore sortis de celle de la Covid-19 — et des crises environnementales qui impactent directement la santé, nous devons mobiliser toute la société pour nous préparer solidairement.

C'est donc une véritable démocratie sanitaire que nous devons inventer, qui organise la délibération sur les grands choix de société à impact sanitaire en s'appuyant sur les principes de prévention et de précaution, protège les contre-pouvoirs et les lanceurs d'alerte, structure des choix collectifs dans les lieux de vie et les territoires, reconnaît aux citoyens des droits et un pouvoir d'intervention.

**La santé est la priorité des Français.**





# 1- PRÉVENTION TOUT AU LONG DE LA VIE

En dépit de l'impulsion et de l'ambition données en 2014 par la stratégie nationale de santé aux politiques de prévention et de réduction des risques, l'effort s'essouffle et force est de constater que notre approche de la santé demeure mal équilibrée. Elle est principalement curative et pas assez préventive, et sans doute trop exclusivement focalisée sur les enjeux du soin à une population vieillissante.

L'ambition d'un « état complet de bien-être physique, mental et social » pour toutes et tous, quels que soient son âge, sa condition ou son lieu de résidence, demeure largement insatisfaite et appelle une politique de santé publique renouvelée dans certains de ses aspects pour répondre aux grands enjeux du moment : les inégalités sociales de santé, aggravées parfois par des inégalités territoriales qui frappent certains quartiers défavorisés des grandes métropoles ou certains territoires ruraux, demeurent persistantes ; la santé mentale, parent pauvre des politiques de santé, est dans un état de dénuement criant et ne parvient plus à prendre correctement en charge les patients ; le poids des déterminants environnementaux sur la santé prend une dimension nouvelle, avec la résurgence de menaces infectieuses pandémiques, comme la Covid-19, tandis que persistent les risques professionnels de santé et que de nombreux dispositifs de prévention collective individualisée (PMI, santé scolaire, santé au travail) apparaissent comme notoirement insuffisants...

Nous souhaitons faire progresser l'ambition d'une politique de santé vraiment globale et donner à la prévention, dans toutes ses dimensions, ainsi qu'à la promotion de la santé, une centralité et une vigueur nouvelles, fondées sur des engagements pluriannuels et centrées sur un petit nombre de priorités. Nous souhaitons faire de la prévention un axe majeur des politiques publiques pour faire reculer les maladies évitables et les inégalités sociales de santé par la réduction des risques et par l'éducation.

Nous proposons que ces priorités de santé environnementale et comportementale visent principalement à la baisse de la prévalence de trois maladies : l'obésité, les cancers et notamment les cancers pédiatriques, et les maladies cardio-vasculaires.

## Faire reculer les maladies évitables en luttant contre leurs facteurs de risque

### A – Promouvoir la santé environnementale

Dans une acception large, l'OMS estime que 15 % de la mortalité serait liée en France à des causes environnementales souvent socialement déterminées et exposant les plus précaires de nos compatriotes (la pollution atmosphérique provoquant à elle seule 48 000 décès prématurés chaque année), tandis qu'un récent rapport du Sénat chiffre le coût de la pollution de l'air à plus de 100 milliards d'euros par an. Il y a là le cœur du paradoxe : on dépense pour réparer les conséquences des risques que nous n'avons pas su prévenir. La santé environnementale, au cœur des préoccupations des Françaises et des Français, consiste autant à prendre en compte l'impact des activités humaines sur l'environnement que ses conséquences, en retour, sur la santé humaine, soulignant en cela l'interdépendance des santés humaine, animale et végétale.

Nous proposons de mettre la santé environnementale, par nature systémique et transversale à toutes les politiques publiques, au premier rang de nos priorités. Et donc de reconsidérer, dans une forme de « revue de politiques publiques », nos politiques agricoles, du logement, des mobilités ou de la consommation à cette aune et à celle de la prise en compte du long terme en santé publique. Si la lutte contre les pollutions est l'étape la plus évidente en santé environnementale, celle-ci doit être complétée par la promotion des aménagements et comportements bénéfiques pour la santé, que ce soit en matière d'alimentation, mais aussi d'urbanisme.

Nous proposons, au titre des politiques de prévention, d'assigner à la santé environnementale trois grands objectifs principaux, dont nous proposons de débattre chaque année en amont des lois de finances :

- La promotion d'une alimentation saine et la prévention des comportements alimentaires à risque ;
- La réduction de l'exposition aux pollutions de l'air, de l'eau et du sol ;
- La promotion d'une culture partagée de la santé environnementale.

## PROPOSITIONS

- **Promouvoir une alimentation saine et durable et prévenir les comportements alimentaires à risque.**
- Promouvoir une agriculture saine et raisonnée qui se prive progressivement d'utiliser des intrants ou des produits phytosanitaires — c'est bon pour la santé de l'agriculteur comme pour celle du consommateur ;
- Généraliser le recours aux circuits courts, à l'agriculture raisonnée et au bio dans les cantines scolaires ;
- Instaurer un prix équivalent entre les produits issus de cette agriculture et ceux proposés par l'industrie agroalimentaire en instaurant une TVA réduite sur le bio pour permettre à toutes les familles d'éviter la malbouffe.

## Réduire l'exposition aux pollutions de l'air, de l'eau et du sol

- **Mettre la question de la santé au cœur des politiques d'urbanisme** pour éviter la création de zones d'habitation au bord des grands axes pollués — en gaz d'échappement comme en poussière de freins, bruits et autres : tous les grands projets d'urbanisme doivent contenir une EIS (évaluation d'impact en santé) préalable à leur adoption ;
- Engager une politique nationale pour la qualité et le goût de l'eau du robinet ;
- **Instaurer un « toxiscore » sur les produits alimentaires, l'habillement, les matériaux de construction et les biens de consommation, un étiquetage obligatoire qui informe sur la présence de substances toxiques ;**
- Faire du PNSE (plan national santé-environnemental) la référence aux multiples plans sectoriels (stratégie perturbateurs endocriniens, plan qualité de l'air, ...) qui doivent en reprendre et décliner concrètement les objectifs ;
- Exiger que les normes européennes sur la qualité de l'air soient alignées sur celles de l'OMS ;
- Réduire la place en ville des voitures utilisant des moteurs diesel et à explosion par une sortie progressive du véhicule thermique, la généralisation de la vignette Crit'Air dans toutes les villes de plus de 100 000 habitants.

## Promouvoir une culture partagée de la santé environnementale

- Développer et réorganiser la recherche en santé environnementale — en créant un organisme public sur le modèle ANRS/REACTing ;
- Créer un « Green Data Hub » qui collecte les données d'exposition et le croiser avec le « Health Data Hub » ;
- Défendre et développer l'approche systémique des liens entre santé et environnement dans la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques selon une logique « One Health » pilotée par une gouvernance de niveau interministériel rattachée au Premier ministre ;
- Mettre la santé environnementale au cœur de la promotion de la santé : élaborer des politiques publiques saines, créer des milieux de vie favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé ;
- Former les acteurs aux enjeux et aux démarches de santé environnementale (soignants, mais aussi tous les milieux professionnels directement concernés) ;
- Programmer une conférence nationale annuelle en santé environnementale qui pourrait être créée et impliquer toutes les parties prenantes, dont les associations et usagers. Sa déclinaison régionale serait systématisée.

## B - Une politique de pleine santé au travail.

La pleine santé, physique et mentale, au travail est la condition d'un travail qui émancipe, c'est également une dimension de la justice sociale. Nous assignons à cette politique de pleine santé au travail un triple objectif : connaître, prévenir et réparer.

# PROPOSITIONS

- **Mieux connaître et identifier les risques et les maladies professionnels en renforçant la recherche en santé du travail, en santé environnementale, et les organismes de veille ;**
- Mieux prévenir les risques et maladies professionnels en garantissant un accès rapide et de qualité à un service public unifié de prévention et de santé au travail et un meilleur suivi des travailleurs vulnérables, ainsi qu'en développant une culture partagée de la prévention ;
- Reconstruire la filière de formation des médecins du travail en la rendant plus attractive afin de pouvoir augmenter les effectifs ;
- Augmenter le nombre d'inspecteurs du travail afin de mieux contrôler les conditions de travail ;
- Mieux reconnaître et réparer les risques et maladies professionnels, notamment en révisant le tableau des maladies professionnelles pour prendre notamment en compte les risques émergents et les polyexpositions, en abaissant le taux minimal d'incapacité permanente partielle (IPP) pour reconnaître les affections psychiques (burn out) et en rétablissant les critères de pénibilité.





## C – Prévenir les comportements à risque et pratiques addictives

Les addictions liées à la consommation répétée d'un produit (tabac, alcool, drogues...) ou à la pratique excessive d'un comportement (jeux, temps sur les réseaux sociaux...) ont des incidences importantes sur la santé.

Chaque année, près de 75 000 décès sont attribuables au tabagisme, soit environ 13 % des décès survenus en France. En moyenne, un fumeur régulier sur deux meurt des conséquences de son tabagisme. La lutte contre le tabagisme doit redevenir une priorité de nos politiques publiques, avec pour objectif de dissuader les plus jeunes de commencer à fumer, car l'arrêt du tabac chez les consommateurs dépendants s'avère beaucoup plus difficile.

L'alcool en France, pour sa part, est responsable de près de 41 000 décès par an. Si des améliorations ont pu être observées ces dernières années s'agissant des collégiens et lycéens, les niveaux de consommation d'alcool chez les jeunes restent très préoccupants : 8,4 % ont une consommation régulière (au moins 10 fois dans le mois) et 30 % des consommations d'alcool ont lieu en présence des parents.

Or, l'impact de cette consommation est un véritable problème de santé, le cerveau de l'adolescent, dans son processus inachevé de maturation, étant très vulnérable à la consommation d'alcool. Les politiques de prévention des risques dans ce domaine continuent à se heurter aux puissants groupes de pression venant des producteurs et industriels du vin et de l'alcool, ce qui n'est plus tolérable.

Une politique de prévention ambitieuse doit se donner comme objectif de freiner et de faire régresser toutes les consommations à risque et les addictions, avec une approche scientifique et non morale de ces problématiques, et avec des programmes progressifs sortant d'une vision binaire stérile (le tout-interdiction contre le tout-autorisation).

## PROPOSITIONS

- **Construire un plan de lutte contre le tabagisme avec l'objectif de parvenir en 10 ans à la première « génération sans tabac », en poursuivant la politique d'augmentation des prix, seule méthode éprouvée pour réduire les premières consommations des jeunes, et en étendant les interdictions de fumer aux lieux publics extérieurs ;**
- Faire appliquer réellement l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs et augmenter la transparence sur les conflits d'intérêts liés aux lobbys de l'alcool, et sur les groupes de pression dissimulés derrière des affichages pseudo-scientifiques ou pédagogiques (par exemple « initiation au goût » chez les enfants) ;
- Défendre l'interdiction de la publicité pour l'alcool sur Internet et dans les lieux de sport ;
- Revoir la politique des taxes sur les boissons alcoolisées pour éviter que certaines d'entre elles soient moins coûteuses que les boissons non alcoolisées ;
- Poursuivre le déploiement des salles de consommation à moindre risque ;
- Renforcer l'information sur les drogues, et notamment les nouveaux produits de synthèse, dans les établissements scolaires et dans les médias utilisés par les jeunes.

## D – Un grand plan de lutte contre les infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles (IST) — telles que le VIH, la chlamydia, la syphilis, le papillomavirus, le gonocoque... — sont un problème de santé publique qu'il ne faut en aucun cas négliger. Entre 2012 et 2016, les infections à chlamydia et à gonocoque ont été multipliées par 3 en métropole et en Outre-mer. Les jeunes de 15 à 24 ans sont particulièrement touchés, généralement par méconnaissance.

Si les campagnes de prévention sur les IST dans les années 1980 ont permis de diminuer leur taux de transmission, une recrudescence est constatée depuis 25 ans, avec la réapparition de certaines infections comme la syphilis ainsi que la baisse d'utilisation des moyens de protection.

Une nette augmentation des IST est constatée depuis 2010 avec une épidémie de VIH toujours active. En France, près de 170 000 personnes vivent avec le VIH et environ 6 000 personnes, chaque année, apprennent leur séropositivité.

Les enquêtes démontrent que les nouvelles générations, malgré la multiplication des partenaires et des comportements à risque, se font peu dépister et délaissent l'utilisation des préservatifs.

La prévention régresse. Elle doit devenir un axe majeur des politiques publiques au travers d'un grand plan prévention 2022-2027. Dans l'arsenal des préventions, tous les dépistages et tous les traitements préventifs, et pas simplement le préservatif, doivent être sollicités et promus.

À l'instar d'un certain nombre de collectivités et d'organismes engagés, nous réaffirmons notre objectif de mettre fin à l'épidémie du VIH d'ici 2030.

## PROPOSITIONS

### Renforcer et développer les modalités de dépistage

- Développer à grande échelle les différents modes de dépistage (examens cliniques, prises de sang, analyses d'urine, tests rapides et autotest VIH, caravane du dépistage...);
- Développer l'offre de proximité dans les zones sous-denses — élargir l'accès aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), notamment en milieu rural et dans les TOM, mais aussi dans de nombreuses villes où il n'y a parfois qu'un centre pour toute l'agglomération ;
- Création d'aides fléchées et mise en place de partenariats avec les acteurs locaux des territoires (ARS, collectivités territoriales, associations, centres de santé sexuelle...);
- Amélioration des financements de prise en charge des traitements.

### Surveiller l'évolution épidémiologique

- Diagnostics régionaux — partenariat ARS/Région afin d'adapter les actions en fonction des besoins territoriaux.

## **Favoriser l'adoption de comportements responsables et préventifs**

- Promouvoir l'utilisation de tous les moyens de prévention : faciliter l'accès aux préservatifs (par le coût et la distribution) et ouvrir l'accès à la PrEP avec suivi (prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie). L'objectif étant de rendre possible la primo-prescription de la PrEP en dehors d'un milieu hospitalier (atmosphère de confiance avec le généraliste, le gynécologue...);
- Élargir l'accès aux autotests (pharmacies, centres médicaux, associations...);
- Développer l'accès aux traitements pré et post-exposition ;
- Adopter des fréquences de dépistage dans des lieux diversifiés et à proximité (ex : maisons de santé).

## **Informar la population**

- Information du grand public et de tous les publics cibles pour réduire les pratiques à risques ;
- Création de campagnes de communication différenciées (prévention-protection, pré-exposition, post- infection...);
- Favoriser davantage la sensibilisation et l'accompagnement via les associations et le travail de terrain.

## E - Développer le sport-santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande depuis de très nombreuses années la pratique de l'activité physique et sportive dans un but de santé, tant en prévention primaire (pour se maintenir en bonne santé) qu'en prévention secondaire et tertiaire (pour bénéficier des effets thérapeutiques non médicamenteux de l'activité physique dans le cas de certaines pathologies).

Or, cette recommandation est aujourd'hui peu suivie. Au niveau mondial, un adulte sur quatre manque d'exercice et plus de 80 % des adolescents n'ont pas une activité physique suffisante. Selon l'OMS, l'inactivité physique est responsable d'environ 10 % des décès en Europe ; et selon le bureau du sport professionnel et de l'économie du sport du ministère des Sports, le coût de la sédentarité s'élèverait à 17 milliards d'euros par an en France, dont 14 milliards pour les seules dépenses de santé. Dès le plus jeune âge, le surpoids, puis l'obésité, sont favorisés par la sédentarité et augmentent le risque de nombreuses complications à l'âge adulte.

Il ne peut donc y avoir de politique globale de santé sans volet spécifique pour développer le sport-santé qui est indispensable pour lutter efficacement contre les effets et le coût de la sédentarité, mais aussi de la perte d'autonomie.

À court et moyen termes, promouvoir le sport-santé permet également d'apporter des réponses aux conséquences des Covid longs et de relancer l'activité physique et sportive qui a été fortement pénalisée par les périodes de confinement et de couvre-feu.

# PROPOSITIONS

- **Faire du sport-santé et de la promotion de l'activité physique et sportive une grande cause nationale à l'issue de la crise sanitaire ;**
- Mettre en place le Pass'Sport pour les 18-25 ans (18-30 ans pour les personnes en situation de handicap) afin de leur apporter un soutien financier pour les inciter à (re)prendre une licence sportive ;
- Jumeler chaque Ehpad et chaque maison de retraite avec une association sportive locale et généraliser les activités physiques adaptées dans ces établissements ;
- Expérimenter un remboursement par la Sécurité sociale du sport sur ordonnance pour certaines affections de longue durée ;
- Faire des départements et des collectivités les pilotes en matière de structuration du sport-santé sur leur territoire, avec notamment un soutien financier de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.



# Développer massivement une culture de la prévention et l'éducation à la santé dans tous les cycles scolaires et universitaires

L'éducation à la santé à l'école est un enjeu prioritaire. Elle doit s'inscrire dans un cycle allant de la maternelle au lycée, puis à l'université. Mais les moyens de la médecine scolaire sont dérisoires : chaque élève disposerait d'un peu moins de 8 minutes de temps de médecin scolaire par année de scolarité. Une situation aggravée, selon un rapport de la Cour des comptes, par le fait qu'un tiers des postes de médecin seraient vacants dans l'Éducation nationale, faute d'attractivité et de perspectives. Par ailleurs, la formation des enseignants ne prend pas encore assez en compte les questions sanitaires, ce qui limite l'information et la sensibilisation auprès des élèves.

Nous connaissons également la situation catastrophique de la santé universitaire, véritable obstacle à une politique de prévention et d'accès aux soins pour les étudiants. La situation que connaît actuellement cette population, notamment au plan psychologique, doit nous alerter sur l'urgence de rebâtir un service de santé des étudiants à la hauteur des enjeux.

## PROPOSITIONS

### Revaloriser la médecine scolaire et l'éducation à la santé

- Informer (épidémies, hygiène, vaccins, connaître son corps, santé sexuelle, santé environnementale, malbouffe, addictions, santé mentale) en donnant aux enseignants le temps d'appliquer les programmes établis, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui ;
- Renforcer la formation des enseignants, notamment en école élémentaire ;
- Augmenter le nombre et les salaires des infirmier-es et des médecins scolaires pour répondre aux besoins de suivi des élèves et accroître l'attractivité des postes ;
- Accroître le nombre de psychologues scolaires.

### Développer la médecine universitaire

- Renforcer fortement les consultations et centres de santé universitaires, pour que chaque étudiant ait accès à des soins adaptés et entièrement pris en charge ;
- Mener des actions ciblées de prévention et d'information à destination des étudiants ;
- Augmenter fortement le nombre de psychologues universitaires.



## MESURE 3

# Faire de la santé mentale la grande cause du quinquennat

En dépit de l'impact humain, social et économique majeur des troubles psychiques dans la population, que la crise de la Covid-19 amplifie, l'offre de soins en santé mentale est, de l'avis de tous, insuffisante en France. Cette situation s'est fortement détériorée au cours des dernières années. La psychiatrie publique connaît une crise encore plus prononcée que le reste du système hospitalier, qui se traduit par de graves problèmes et inégalités d'accès aux soins, par des conditions de prise en charge souvent très dégradées, et par une souffrance des personnels pourtant remarquablement investis. Malgré de très nombreux rapports (14 en 20 ans) ayant fait le diagnostic d'un système à bout de souffle et des corrections à y apporter, aucune réforme à la hauteur des enjeux n'a été mise en œuvre, et la situation ne pourra qu'empirer si les mesures de long terme nécessaires ne sont pas prises.

Les coûts directs et indirects induits par les maladies mentales en France s'élèvent au total à 109 milliards d'euros tous les ans. Tout investissement permettant d'améliorer les soins, les plus précoces surtout, ne peut être que « rentable » sur le plan économique, en plus d'apporter des bénéfices humains et sociaux évidents.

Devant l'état catastrophique du système de soins en santé mentale en France aujourd'hui, seul un plan d'ensemble accompagné d'une loi spécifique permettra de le réformer efficacement en profondeur et sur la durée.





# PROPOSITIONS

## ■ Lancer une grande consultation sur la santé mentale pour aboutir à une loi-cadre de refondation

- Engager la réforme de la psychiatrie et de la santé mentale visant à structurer l'offre de soins au niveau de chaque territoire autour des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) qu'il faudra doter de moyens de diagnostic et de pilotage des ressources sanitaires et médico-sociales, avec une obligation de coordination de tous les acteurs. Des recommandations nationales, sur l'organisation des soins devant être accessibles à tous les citoyens, seront établies, tout en laissant les PTSM les adapter aux réalités des territoires ;
- Mettre à niveau les financements de la psychiatrie, paupérisée depuis de nombreuses années. Un plan d'augmentation des budgets de 10 % en 5 ans sera nécessaire pour renforcer les effectifs soignants, créer des structures de soins innovantes, et développer les compétences de tous les professionnels par des formations spécifiques ;
- **Renforcer ainsi les centres de consultation de psychiatrie d'adultes et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.** Il faut par ailleurs créer des liens fonctionnels forts entre les structures de consultations publiques et les professionnels de ville, via les CPTS notamment, à l'aide de postes partagés, de consultations conjointes et de projets communs ;
- Créer un diplôme de soins infirmiers spécialisés en psychiatrie (à l'instar des infirmiers anesthésistes ou de bloc opératoire), permettant aux soignants d'accéder à des compétences et statuts spécifiques, en plus de la formation de base en soins généraux ;
- Prendre en charge par l'assurance-maladie des consultations de psychologues pour des objectifs définis de psychothérapie. Cette réforme permettrait de réduire les délais d'attente dans les structures publiques, et de compenser partiellement la baisse du nombre de psychiatres qui va s'accroître dans les prochaines années ;
- Créer, à l'horizon de 5 ans, 20 000 places d'hébergement adapté au handicap psychique (maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisés) pour mettre fin aux hospitalisations de très longue durée et à la sur-occupation des services de psychiatrie ;
- Pour assurer leur mise en œuvre toutes ces mesures doivent être conçues et pilotées par une délégation interministérielle, et non pas seulement ministérielle, à la psychiatrie et à la Santé mentale avec tous les acteurs concernés (santé, éducation, ville, universités, etc.) et manifester un réel investissement politique et national dans cette cause vitale pour notre société.





## 2- ÉGALITÉ DANS L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ

La protection de la santé est un droit régulièrement réaffirmé depuis la Révolution française et le principe d'égalité devant la santé est un principe qui ne se négocie pas. La nation doit garantir à tous ses citoyens, quels que soient leur origine, lieu de vie, revenu, métier, âge, la protection de leur santé. Pourtant, les inégalités sociales et territoriales en santé, et les obstacles de toute nature aux soins, demeurent extrêmement importants et les conséquences en sont lourdes.

En dépit, par exemple, de la couverture maladie universelle, puis de la protection universelle maladie, du tiers payant ou du 100 % santé (bien qu'imparfait), les obstacles financiers demeurent, autant que la méconnaissance d'un système de santé parfois complexe et difficile à saisir pour l'utilisateur, et avec eux les renoncements aux soins pour une part importante de nos concitoyens les plus fragiles.

En presque 30 ans, sous l'effet d'une démographie médicale en chute libre dans certains bassins de vie, les inégalités territoriales ont explosé et emportent désormais des conséquences graves sur l'espérance de vie de nos concitoyens. Ainsi, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les diplômés du supérieur et les non-diplômés est de 7,5 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes, tandis qu'en 2019, un homme en milieu hyper rural vit en moyenne 2,2 ans de moins qu'un hyper urbain. L'écart était de 3 mois en 1990.

Déserts médicaux, inégalités sociales de santé, délais d'attente, restes à charge... Il n'y a pas de fatalité à cette situation. L'égalité dans l'accès aux soins peut s'améliorer dans notre pays. Elle passe par une alliance stratégique entre les acteurs et les territoires, et un système qui se construit autour des besoins en santé davantage qu'à partir d'une offre standardisée.

L'égalité réelle en matière de santé emprunte trois chemins principaux :

- Améliorer la gouvernance territoriale de l'offre de soins en partant des besoins en santé du territoire et en impliquant les acteurs locaux ;
- Garantir un égal accès aux soins de proximité dans tous les territoires, en médecine de ville comme à l'hôpital, lequel doit être le cœur d'une réforme structurelle ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge financière des soins, réduire le reste à charge et maintenir le fondement solidaire de notre système d'assurance-maladie.



# MESURE 4

## La santé est l'affaire de tous, pour tous

La santé est l'affaire de tous. Les acteurs du soin sont multiples : si l'hôpital public en est le navire amiral, les acteurs de la ville et les associatifs ont montré qu'ils étaient incontournables pour proposer des solutions globales d'accompagnement des personnes et mailler l'ensemble des territoires. S'il ne s'agit en aucune manière de décentraliser la politique de santé qui doit demeurer une compétence régaliennne de l'État au nom de l'égalité républicaine, il n'en demeure pas moins que les collectivités locales sont également devenues des acteurs-clés de l'aménagement sanitaire du territoire, de la prévention, de la formation et de la recherche, de l'action sociale. Puisque nous devons affronter d'autres crises sanitaires après celle en cours, ainsi que des crises environnementales qui impactent directement la santé, nous devons mobiliser toute la société pour nous préparer solidairement.

La santé ne peut plus être un sujet de spécialistes, mais doit être une grande question démocratique et citoyenne. Le malade, l'usager du système de soin, le citoyen, doivent aussi être mis au cœur de notre approche.

## PROPOSITIONS

- **Établir les plans régionaux de santé en concertation avec les élus territoriaux et les soumettre au vote des collectivités territoriales ;**
- **Instituer des conseils de territoires de santé** à l'échelle des bassins de vie, dotés de moyens propres, pour associer élus et citoyens au pilotage des politiques de santé publique et du système de soin ;
- Créer partout dans les territoires des tiers-lieux de la santé ou des maisons du bien-être organisant l'accueil des citoyens et la collaboration entre les mondes du soin, de la prévention et de la solidarité, en y associant notamment les acteurs non lucratifs et solidaires ;
- Faire des régions la collectivité chef de file, pour le compte de l'État, pour les politiques de prévention et d'aménagement sanitaire des territoires ; construire dans chaque région un programme régional de santé et bien-être entre la région et l'État associant étroitement les départements, chefs de file des politiques sociales, et les communes et intercommunalités.



# MESURE 5

## Combattre les déserts médicaux

Alors que des enjeux majeurs en matière de santé environnementale nous attendent, nous peinons encore aujourd'hui à organiser sur nos territoires une offre de soin permettant à tous nos concitoyens d'accéder à des soins de qualité en proximité.

Les 296 755 médecins inscrits à l'Ordre n'ont jamais été aussi nombreux en France. Mais leur répartition sur le territoire n'a jamais été aussi inégale. En presque 30 ans, les inégalités territoriales ont explosé. Les fractures sociales et territoriales en matière d'accès aux soins ont un impact direct sur la santé de nos concitoyens, qui se manifeste par un retard croissant de l'espérance de vie en milieu rural par rapport à ce qu'elle est en milieu urbain, mais aussi entre centre et périphéries populaires des pôles urbains.

Depuis de nombreuses années les collectivités territoriales ont tenté de reprendre la main sur « l'aménagement sanitaire » de leurs bassins de vie, au-delà de leurs compétences propres. La multiplication des initiatives aura permis de ralentir la chute d'installation des médecins en zone sous-dotée, sans pour autant la stopper.

En plus des disparités dans l'offre publique de soins, des concurrences à l'installation se font jour entre territoires. Des collectivités territoriales s'adonnent au mercenariat pour attirer des médecins. En réponse, des départements proposent aujourd'hui aux communes de signer des chartes de non-concurrence.

Pour répondre à la demande pressante des Françaises et des Français, nous proposons d'agir avec détermination en créant pour les nouveaux étudiants une obligation d'installation temporaire et en introduisant pour les médecins en formation un processus de conventionnement sélectif.

## PROPOSITIONS

- **Pour les nouveaux étudiants, instaurer une obligation d'installation aidée de 5 ans dans les territoires sous-dotés, selon des règles à définir avec les doyens, les ARS et les organisations professionnelles et étudiantes ;**
- Refuser l'installation des médecins en secteur 2 dans les territoires sur-dotés en médecins de la même spécialité ;
- Soutien financier aux initiatives des collectivités territoriales pour organiser l'offre de soins sur leur territoire : centres de santé, déploiement de la télémédecine, services itinérants pluridisciplinaires, etc. ;
- Créer 1 000 postes de médecins généralistes salariés, financés par l'État ou les collectivités locales, à destination des déserts médicaux (environ 10 médecins par département) ;
- Mise en place de nouveaux dispositifs « gagnant-gagnant » d'incitation à l'installation : facilités logistiques, engagements de service public, trimestres de retraite complémentaires, exercice mixte ville-hôpital, pérennisation des aides sur le long-terme ;
- Promouvoir l'accès aux études médicales pour les lycéens des régions sous-dotées ;
- Favoriser les liens ville-hôpital en amplifiant les contacts entre services hospitaliers et professionnels de leur territoire, via les CPTS notamment.



## MESURE 6

# Réformer profondément l'hôpital pour donner à ses personnels les moyens d'assurer ses missions de service public et d'excellence

Bien avant 2020, les personnels des hôpitaux ont alerté l'opinion et les pouvoirs publics sur les manques de moyens et les graves dysfonctionnements de cette institution pourtant essentielle à la nation, comme la crise actuelle nous l'a cruellement démontré. Les socialistes avaient proposé en octobre 2019 un plan d'urgence auquel le gouvernement était alors demeuré sourd. Au-delà des manques de personnel, de lits et de financement, c'est la dégradation des conditions de travail, et plus encore la perte de sens qui l'accompagne, qui sont au cœur de la souffrance des soignants. Le « Ségur de la santé » a quelque peu amélioré les revenus des soignants, mais de manière très insuffisante au vu de la charge de travail et du décalage persistant avec les salaires moyens des pays occidentaux. Il n'a, par ailleurs, rien résolu de la pénurie de lits et de la crise de valeurs qui touche l'hôpital public.

Les personnels qui affrontent depuis des mois une crise sanitaire sans précédent, au prix d'un engagement sans faille, et souvent au prix de leur santé et parfois de leur vie, doivent être entendus dans leurs revendications et leurs propositions si notre pays souhaite conserver un bien commun qui a fait ses preuves et qui sera indispensable pour affronter les très probables crises à venir. Ceci nécessite des réformes en profondeur, pour soigner l'hôpital de ses maux chroniques, mais surtout pour lui permettre de jouer son rôle dans un système de santé qui doit se rééquilibrer vers les soins de proximité et donc de ville.

Les trois maux principaux de l'hôpital qui doivent être traités sont : 1. l'absence historique de politique de santé publique dans notre pays ; 2. l'avènement depuis 2009 par la loi Bachelot d'un modèle « industriel » de l'hôpital (gestion de type commercial basé sur le flux tendu, direction démedicalisée, management entrepreneurial) ; et 3. des budgets contraints, votés annuellement sans tenir compte des besoins de santé et appliqués via la fameuse tarification à l'activité (T2A), avec un mécanisme de régulation prix/volume poussant à une augmentation sans fin de l'activité tournée vers la rentabilité et non vers des projets médicaux.

# PROPOSITIONS

- **Réorganiser l'hôpital et sa gouvernance pour le recentrer sur les soins et la santé publique :**
- **Établir et voter les projets d'établissement et leurs modalités d'application en concertation avec les représentants de la communauté hospitalière et les représentants des usagers et des élus territoriaux, avec un réel partage des décisions ;**
- Supprimer l'organisation des hôpitaux en pôles, conçus essentiellement comme des structures de gestion, pour revenir à des services ou départements définis uniquement sur des logiques médicales et autour d'équipes de soins habituées à travailler ensemble. Les multiples regroupements d'établissements (GHT) sur de très grands territoires doivent également être limités pour réduire les strates de décision et rapprocher les directions de la vie réelle des services et des soins ;
- Imposer aux services de collaborer avec les professionnels de ville du territoire au travers de protocoles communs, de postes partagés et d'échanges professionnels formalisés ;
- Revoir les politiques des ressources humaines en dissociant le nombre de personnels du nombre de lits, afin d'établir une disponibilité suffisante de soignants pour assurer la continuité des soins, notamment en cas de crise sanitaire.
- **Construire un modèle de financement prenant en compte les besoins de santé :**
- **Revoir les modalités de programmation annuelle des budgets hospitaliers en les faisant établir par un organisme indépendant du gouvernement** comprenant des experts de santé publique et prenant en compte l'augmentation naturelle des dépenses, les montants nécessaires à la mise en œuvre des politiques de santé et à la prise en charge des besoins. Ce nouvel Ondam devrait être soumis à la concertation citoyenne lors des conférences de santé et donner lieu, avant le vote par le Parlement, à une grande négociation unifiée entre la Sécurité sociale, les représentants des professionnels de ville et de l'hôpital en présence des représentants des usagers ;
- Construire un mode de financement des hôpitaux basé, selon le type d'activité médicale, sur trois types de tarification combinés : à la « capitation » ou au forfait pour les maladies chroniques (somme attribuée pour chaque patient pris en charge), à l'acte pour les soins programmés aigus, notamment chirurgicaux, et à la journée pour certaines spécialités comme les soins palliatifs ou la psychiatrie. De nouvelles solutions de financement peuvent être envisagées, notamment entre la ville et l'hôpital, en étendant le cadre de l'article 51 pour limiter la place du paiement à l'acte pour les maladies chroniques par exemple. Pour les urgences, nous proposons d'expérimenter la dotation populationnelle pondérée de critères sociaux ;
- Sortir la gestion de l'immobilier et des travaux du périmètre de la gestion hospitalière, en l'attribuant aux collectivités territoriales ou à l'État selon les types d'établissement, comme c'est le cas des écoles et lycées notamment.
- **Revaloriser le statut des personnels médicaux et paramédicaux :**
- Augmentation programmée dans le temps de tous les salaires des personnels hospitaliers pour les mettre au moins au niveau moyen de ceux des pays de l'OCDE ;
- Revalorisation des salaires médicaux pour les porter au niveau de ceux des établissements Espic (Établissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif) afin de mettre fin à la concurrence déloyale des recrutements au détriment des hôpitaux publics, notamment de ceux assurant la formation des médecins ;
- Lancement d'une concertation salariale sur l'ensemble des filières professionnelles du soin ;
- Interdiction de l'intérim médical, et limitation de l'intérim infirmier pour favoriser la création d'emplois pérennes à l'hôpital.

La capacité financière peut être un obstacle important à l'accès aux soins et services, et constituer un facteur majeur d'inégalités de recours. Elle interroge les systèmes mis en place quant à leur universalité. Il est temps de revenir à l'esprit des fondateurs de la Sécurité sociale en considérant la santé comme un bien commun échappant aux règles du marché. Les ressources de la Sécurité sociale doivent être sanctuarisées, et une assurance-maladie universelle doit couvrir la totalité des besoins de santé essentiels.

## PROPOSITIONS

- **Sanctuariser et démocratiser les budgets de la Sécurité sociale ;**
- Rétablissement de la loi Veil de 1994, abrogée de fait en 2018, obligeant l'État à rembourser intégralement à la Sécurité sociale les exonérations de cotisations sociales décidées par le gouvernement ;
- **Sanctuarisation et extension des ressources de la Sécurité sociale, grâce notamment à une CSG progressive.** En 2021, la CSG devrait représenter près de 26 % des recettes des seuls régime général et FSV, soit la deuxième source de recettes après les cotisations employeurs. Nous proposons l'instauration d'une CSG progressive, conçue non seulement comme une mesure de rendement mais également une mesure de justice fiscale. Cette CSG progressive, qui nécessiterait d'unifier les taux selon les types de revenus et d'être « familialisée » pour tenir compte de l'ensemble des revenus du foyer fiscal et ainsi assurer sa constitutionnalité, serait également une nouvelle étape vers la fusion de l'impôt sur le revenu et de la CSG ;
- Cogestion de la Sécurité sociale, basée sur un débat public, dans le respect de l'équilibre des comptes entre les recettes et les dépenses ;
- Construire une véritable politique de la pertinence des soins, basée sur des recommandations nationales par pathologies et encadrée par des conventions entre l'Assurance Maladie et les organismes professionnels ;
- Annulation de la réforme récente de l'AME (aide médicale d'État) qui a réduit le panier de soins accessibles et durci les conditions de son bénéfice.



- **Étendre le champ de la prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour tous ;**
- Redéfinir à l'issue d'un débat démocratique, tenant compte de la nouvelle approche de la santé que nous proposons, un panier de prévention et de soins solidaire remboursé à 100 % par la Sécurité sociale ;
- Dans le cadre de ce débat, promouvoir le rôle et la contribution du secteur non lucratif et mutualiste, en complémentarité de la Sécurité sociale, pour atteindre les objectifs de bien-être et d'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, à travers notamment l'accompagnement solidaire des personnes, l'accès aux soins et notamment le maillage des territoires, et les politiques de prévention et de santé publique ;
- Supprimer la franchise médicale sur les médicaments, les analyses de biologie ainsi que sur les actes paramédicaux effectués par les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et podologues ;
- Améliorer la prise en charge des frais dentaires et d'orthodontie ;
- Encadrer les dépassements d'honoraires excessifs ;
- Avancer dans la généralisation du tiers payant pour les soins de ville et vers la suppression du ticket modérateur pour les soins hospitaliers.

### Au plan national

La crise de la Covid-19 a mis à mal l'ensemble du système de soins, et révélé des failles très délétères, comme le manque de lits de réanimation, des dysfonctionnements de la réserve sanitaire ou une gestion problématique des stocks stratégiques. En plus des mesures d'organisation de la santé publique déjà évoquées dans les chapitres précédents, il est crucial d'apporter des modifications importantes, spécifiques aux crises sanitaires et notamment épidémiques.

## PROPOSITIONS

- **Renforcer l'offre de soins en réanimation**, pour atteindre l'objectif cible de 10 000 lits disponibles en cas de crise par modulation des lits de soins intensifs et par la formation spécialisée de personnels infirmiers exerçant dans d'autres services (modèle allemand).
- **Moderniser et restructurer la réserve sanitaire**, pour l'intégrer à Santé publique France afin d'optimiser son organisation et son efficacité ;
- **Relancer la souveraineté sanitaire de la France et de l'Europe en matière de médicaments et de dispositifs médicaux ;**
- Relocaliser la production des médicaments essentiels ;
- Renforcer les fonds nationaux pour les biotechs prometteuses ;
- Créer d'une agence nationale de l'innovation pharmaceutique en fusionnant les agences de régulation existantes, assurer la coordination d'actions européennes dans les domaines stratégiques (vaccins ARN, biothérapies, etc.) ;
- Construire une politique de constitution et de gestion des stocks stratégiques (masques, médicaments essentiels, vaccins) sous le contrôle du Premier ministre.

## Au plan international

La France est un des acteurs majeurs du développement. Cinquième donateur de l'aide publique au développement, elle contribue depuis des décennies à faire reculer dans le monde l'extrême pauvreté et les maladies évitables. À l'heure où la Covid-19 met à genoux des systèmes de santé et des économies entières, où l'extrême pauvreté dans le monde compte désormais non plus 700 millions de victimes mais 100 millions de plus, cette dimension doit être au centre de notre attention. La loi française en cours d'adoption devrait améliorer la qualité de notre aide et, en particulier, mieux prioriser les pays les moins avancés (notamment en Afrique subsaharienne où 40 % de la population vit avec moins d'1,9 dollar par jour) et, en leur sein, les secteurs sociaux (santé, éducation, protection sociale).

S'agissant de santé, une mobilisation financière ambitieuse permet concrètement d'obtenir :

Les maladies évitables (rougeole, rubéole, tuberculose, malaria, etc.) qui tuaient chaque jour environ 35 000 enfants en 1990 font aujourd'hui deux fois moins de victimes. Les efforts mondiaux d'élimination de la poliomyélite, qui a désormais disparu du continent africain, ont sauvé 16 millions de personnes de la paralysie, pour une dépense moyenne annuelle d'aide publique au développement de 500 millions de dollars ;

Le respect des objectifs du développement durable à horizon 2030 (dont le numéro 3 « permettre à tous de vivre en bonne santé ») sauverait la vie de 1,5 million de mères et de 10 millions d'enfants d'ici 2030.

Un cercle vertueux : il est désormais avéré que les pays qui ont bénéficié d'une telle aide pour la santé (comme pour l'éducation) sont ceux qui financent ensuite davantage ces secteurs sociaux par eux-mêmes : des habitudes sont prises qui résistent même aux crises et aux instabilités politiques.

## PROPOSITIONS

- **Respecter la promesse de 2015 de tout faire pour atteindre les objectifs du développement durable en 2030 et, pour ce faire, consacrer enfin et véritablement 0,7 % de notre PIB à l'aide publique au développement** (promesse vieille de 50 ans). Une aide recentrée sur les pays les plus vulnérables, la santé, l'éducation, l'autonomisation des femmes, et ce sans condition ni dévoiement ;
- **À l'échelle européenne, soutenir une taxe sur les transactions financières dont les recettes seraient consacrées notamment à l'aide au développement ;**
- **Contribuer à la sortie de crise de la Covid-19, c'est-à-dire alléger les dettes des pays les plus pauvres pour leur permettre de renforcer leurs systèmes de santé.** Faire véritablement du vaccin anti-Covid-19 un bien public mondial en contribuant, à sa juste mesure financière, à l'initiative internationale Act-A. Soutenir la proposition présentée devant l'OMC de lever exceptionnellement les règles de propriété intellectuelle pour que les traitements et vaccins soient produits massivement et rapidement ;
- **Respecter les accords de Paris**, car les émissions de gaz à effet de serre, produites à 80 % par le Nord, impactent d'abord ces pays vulnérables et leurs populations menacées par les effets du changement climatique : mauvaises récoltes dues à la diminution de la pluviosité, flambée des prix alimentaires provoquée par des phénomènes météorologiques extrêmes et malnutrition, et bien sûr, accroissement de l'incidence des maladies sous l'effet des vagues de chaleur et des inondations, phénomènes qui allongent la saison de transmission des maladies propagées par les moustiques. Un réchauffement planétaire de 2 à 3 degrés augmenterait de 150 millions le nombre d'habitants confrontés au paludisme (estimations OMS).





### 3- L'ATTENTION AUX PUBLICS VULNÉRABLES OU SPÉCIFIQUES

Si notre système de santé universel garantit à tous un accès aux soins, dans les faits certains « publics » rencontrent encore des difficultés.

Pourtant, parmi les 33 mesures annoncées à l'issue du « Ségur de la santé », seulement 3 concernent le handicap et le grand âge.. La santé — et au-delà le bien-être — des personnes vulnérables ou spécifiques doivent redevenir nos priorités. La prévention et l'accès aux soins de ces publics spécifiques appellent des politiques globales de santé spécifiques.





## MESURE 9

# Mieux prendre en compte les personnes en situation de handicap

Les personnes vivant avec un handicap peuvent être confrontées à différents problèmes qui contrarient leur accès aux soins et à la pleine santé : accessibilité des bâtiments, matériels non adaptés, mais aussi manque de formation du personnel, et même manque de personnel pour aider, notamment dans les hôpitaux, absence d'offre de soins, en particulier en milieu rural.

Les obstacles sont nombreux dans le parcours de soins, avec encore trop souvent des insuffisances de communication et de coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social. Ceci se traduit par des défauts dans l'éducation à la santé et dans les actions de prévention, des ruptures des projets de soins lors du passage à l'âge adulte, ou une mauvaise prise en compte des risques de nouvelles problématiques ou pathologies lors du vieillissement des personnes accompagnées.

Autre difficulté de taille : le coût de la santé qui peut très vite se transformer en surcoût ingérable et donc en renoncement à se soigner. N'oublions pas que nombre de personnes en situation de handicap vivent en dessous du seuil de pauvreté, et ne peuvent faire face aux dépassements d'honoraires, aux franchises, ou encore aux déplacements nécessaires pour consulter dans des centres adaptés.

L'information (accès à son dossier médical, à ses droits...), la sensibilisation et la prévention sont essentielles, mais elles ne peuvent reposer sur le seul personnel médico-social qui, en dépit d'une bonne volonté certaine, se trouve trop souvent dans l'incapacité de tenir ce rôle.

## PROPOSITIONS

- Créer des dispositifs spécialement adaptés aux besoins des personnes vivant avec un handicap dans les structures de santé, pour les adultes comme pour les enfants (exemple : centre multidisciplinaire adapté aux troubles autistiques), en favorisant le plus possible le respect des habitudes de vie et le choix des personnes concernées ;
- Assurer la participation active des associations représentant les personnes en situation de handicap au sein des instances de santé, et faire figurer un axe spécifique au handicap, avec un cahier des charges structuré, dans les projets d'établissement des hôpitaux ;
- Renforcer les collaborations entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, de façon à décloisonner les parcours de soins entre la médecine de ville, l'hôpital et les services et établissements médico-sociaux. Dans les situations aiguës, des hospitalisations à domicile, qui constituent souvent une bonne alternative aux hospitalisations traditionnelles, doivent être favorisées ;

- Améliorer l'accès aux campagnes de santé et de prévention pour les personnes en situation de handicap, y compris dans les établissements médico-sociaux ;
- Former les personnels intervenant auprès des personnes en situation de handicap et favoriser la mise en place de démarches globales de soins, aussi bien au niveau collectif dans les établissements qu'au plan individuel. Créer également des programmes de sensibilisation et de formation à destination des personnels de santé, afin notamment de faire évoluer leurs représentations ;
- Mettre à disposition des aidants des personnes en situation de handicap des informations et un accompagnement spécifique sur leurs besoins de santé et de soins adaptés, et reconnaître leur rôle et leur place dans l'ensemble du parcours de soins.



### Le défi du vieillissement

Au même titre que la transition écologique ou la transition numérique, la transition démographique va structurer pour longtemps l'évolution de nos sociétés et de nos territoires. Difficile par ailleurs, en cette année 2021, d'évoquer la question des politiques publiques du grand âge en faisant fi d'un contexte où la pandémie a d'abord et avant tout ciblé les plus âgés, et les Français se sont montrés toujours solidaires envers les plus âgés. Les socialistes, parce qu'ils ont vocation à être au côté des plus fragiles, doivent continuer, comme ils l'ont toujours fait lors de leur histoire (instauration du minimum vieillesse en 1956, création du premier secrétariat d'État aux Personnes âgées en 1981, création de l'APA en 2001, loi ASV en 2015...) à se faire les chantres d'une société qui n'oublie pas ses aînés.

Parmi les injustices qui frappent les plus âgés, l'isolement social est peut-être la plus cruelle. Et la crise a également mis en évidence les failles de notre système de prise en charge des personnes âgées fragiles sur au moins trois points : des personnels mal considérés, des personnels d'Ehpad en nombre insuffisant, et la déshérence de l'aide à domicile.

Quant à la question de la dépendance, on pourra dénoncer le double manquement de ce gouvernement : une branche non financée et une loi Grand Âge abandonnée en rase campagne.

## PROPOSITIONS

- **Faire de la lutte contre l'isolement une grande cause nationale**
- S'appuyer sur les collectivités locales (départements, CCAS) et les associations pour recenser les besoins et mettre en place des actions ciblées au plus près des personnes concernées. Développer l'inclusion numérique, aux domiciles et en établissement, les solidarités de voisinage, et les services civiques dédiés au lien social ;
- Réunir une conférence sociale dans le secteur médico-social (organisations syndicales, organisations professionnelles, État, départements et régions) pour étudier les conditions d'une revalorisation et d'une meilleure attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement des personnes âgées ;
- Lancer un vaste plan de médicalisation des Ehpad pour tendre vers un ratio situé entre 0,8 et 1 agent par lit dans les Ehpad à l'horizon 2026. Les PLFSS successifs devront mobiliser un milliard par an pendant 5 ans car ce coût ne saurait peser une fois de plus sur les familles ;
- Un plan national de prévention « personnes âgées » ciblant les risques majeurs (tabac, alcool, dénutrition, chutes, pertes de mémoire...) ;
- Développer les équipes mobiles de gériatrie et de psychiatrie de la personne âgée, et créer un centre de référence des pathologies psycho-gériatriques dans tous les départements.



## Penser la société de la longévité

À partir de 2030, la génération née en 1945 atteindra l'âge de 85 ans, soit l'âge moyen d'entrée en Ehpad aujourd'hui. Ensuite, pendant 30 ans, le nombre de Français âgés de 85 ans et plus ne cessera de croître dans des proportions jamais connues jusqu'ici. Ce défi, il nous faut l'anticiper dès maintenant en préparant la France à affronter le choc démographique de 2030 et à devenir une société de la longévité. Demain, toutes les personnes âgées ne seront pas, loin de là, en perte d'autonomie.

Ce que nous devons entreprendre, c'est justement un changement de paradigme où la priorité n'est pas seulement de pallier la perte d'autonomie mais bien de repousser le plus loin possible la vie autonome. La vie « chez soi » est une volonté affichée clairement par les Français : il faut désormais rendre possible ce qui est souhaitable.

# PROPOSITIONS

- **Faire de la loi Grand Âge que nous appelons de nos vœux une véritable loi de programmation pluriannuelle 2020-2030 ;**
- Prévoir un financement massif et pluriannuel pour répondre à ces besoins émergents : création d'Ehpad (plusieurs dizaines de milliers de places), développement des habitats alternatifs, puissante politique publique de maintien à domicile, refonte totale de l'organisation et de la tarification des services d'aide et de soins à domicile, revalorisation des carrières et des taux d'encadrement dans les structures ;
- Faire du logement adapté une priorité pour ne plus déplorer 10 000 décès par an du fait d'accidents domestiques chez les plus de 65 ans ;
- Inventer les outils politiques et administratifs (création d'une conférence interministérielle de la transition démographique) qui permettent à l'exécutif d'avoir une vision panoramique du vieillissement ;
- Promouvoir un urbanisme adapté, une ville « Silver Friendly », avec du mobilier urbain bienveillant, des mobilités adaptées aux fragilités, pour favoriser un vieillissement autonome ;
- Améliorer la prise en charge des aidants naturels qui seront de plus en plus nombreux, mais aussi de plus en plus âgés eux-mêmes.



Si les femmes ont une espérance de vie supérieure de quelques années par rapport aux hommes, cet écart tend à se réduire (nous sommes passés de 8,2 ans en 1994 à 6,2 ans en 2014). Des facteurs de risque, notamment sociaux, affectent différemment les hommes et les femmes au cours de leur vie (activités professionnelles et familiales, situations socio-économiques). Ainsi, 19 % des femmes entre 40 ans et 64 ans renoncent aux soins pour raisons économiques, et l'espérance de vie d'une femme cadre est supérieure de 3 ans à l'espérance de vie d'une femme ouvrière.

La santé passe par le bien-être physique mais également par le bien-être psychologique et social. Les inégalités entre les femmes des différentes régions, classes, populations et ethnies sont une réalité. Les femmes, comme les hommes, en particulier dans les zones rurales et les quartiers fragilisés des villes, courent davantage de risques car certaines réalités sociales sont nocives pour la santé (précarité, dépendance économique, violences domestiques, discriminations...).

Les questions de l'indépendance, de la procréation, de la prévention, du handicap, du vieillissement de la population doivent être au cœur des réflexions actuelles afin de compléter les politiques publiques existantes et d'apporter des réponses nouvelles face aux besoins des publics spécifiques (jeunes filles et femmes) pour une société plus solidaire et plus inclusive où personne n'est laissé au bord du chemin.

## PROPOSITIONS

### Lutter contre la précarité menstruelle

- **Application du « 100 % remboursement », ou prise en charge des achats de protections féminines périodiques, pour les femmes en situation de précarité.**

### Faciliter l'accès à l'IVG et à la contraception

- Le droit fondamental et universel des femmes à disposer de leur corps doit être rappelé ;
- **Développer l'offre de proximité des centres de planification et d'IVG dans les territoires.** Ces centres ont un rôle essentiel à jouer en matière de prévention, de conseil et d'accompagnement ;
- Rembourser à 100 % l'ensemble des pilules et des moyens de contraception.

## **Élargir l'accès des femmes, tout au long de leur vie, à des actions de prévention et à des soins de santé abordables et de bonne qualité**

- Renforcement de l'information et de la prévention en milieu scolaire à destination des pré-adolescentes et des adolescentes (informer ce public vulnérable sur le consentement, les attouchements, le viol), tout en veillant à l'information des garçons également ;
- 4 consultations de prévention des cancers, prises en charge à 100 % à 4 étapes du parcours de vie : 25, 40, 55 et 70 ans ;
- Accorder une attention particulière à la santé en matière de procréation (médecine de proximité, informations, accès aux sages-femmes et aux obstétriciens), et de sexualité des femmes et des adolescentes, avec une attention particulière dans les zones rurales, les quartiers prioritaires politique de la ville et les territoires d'Outre-mer ;
- Une consultation annuelle gratuite en milieu médical professionnel ou extra-professionnel en santé physique et psychologie : harcèlement moral-sexuel en milieu professionnel.

## **Lutter contre les violences faites aux femmes**

- Meilleure prise en charge des victimes (systématisation du dépôt de plainte à l'hôpital et relogement sans délai) ;
- Développement des centres d'accueil de proximité ;
- Création d'observatoires régionaux ou départementaux ;
- Renforcement des moyens des politiques de démantèlement des réseaux de prostitution.



# MESURE 12

## Améliorer réellement les conditions de la fin de vie et créer un droit à mourir dans la dignité.

Le débat sur la fin de vie revient régulièrement dans le débat public et des lois bioéthiques ont permis quelques avancées, mais sans investir suffisamment, ni franchir les étapes nécessaires pour créer des conditions dignes pour les derniers moments de vie.

Nous devrions tous avoir le droit de mourir dans la dignité, c'est-à-dire dans l'apaisement de la souffrance physique et psychique et dans la liberté de ses propres choix, mais cette possibilité n'existe pas réellement en France. 12 % des Français meurent avec des douleurs réfractaires. Les soins palliatifs sont essentiels mais le nombre d'équipes est encore largement insuffisant.

De même, la loi proscrit l'acharnement thérapeutique, mais encore faut-il se donner les moyens de l'appliquer, ce qui n'est pas le cas. Dans beaucoup d'Ehpad, la surmédicalisation est la règle. Les personnels ne sont pas formés. Concernant les directives anticipées, elles ne sont ni obligatoires ni opposables, et dans nombre de situations, elles ne peuvent pas être prises en compte.

L'immense majorité des Français est favorable à l'idée de donner le droit, à ceux qui le souhaitent, d'accéder à une aide active à mourir dans les situations de fin de vie, quand il ne s'agit plus que de survie. Comme de nombreux pays l'ont déjà fait (Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, Canada, Colombie, États-Unis), la France doit permettre à chacun de choisir son propre parcours de fin de vie.

## PROPOSITIONS

- Développer et généraliser l'accès aux soins palliatifs, visant à soulager les douleurs physiques et psychiques, en augmentant le nombre d'équipes spécialisées et en leur donnant plus de moyens ;
- Renforcer l'information sur les directives anticipées, en s'appuyant notamment sur les médecins traitants et coordinateurs, et s'assurer qu'elles figurent bien dans les dossiers médicaux des patients hospitalisés. Créer des programmes d'information pédagogique sur la fin de vie à destination de tous les publics ;
- Créer un droit à l'euthanasie dans les situations de fin de vie confirmées médicalement, et selon le seul choix de chacun, dans des conditions d'accompagnement soignant et éthique parfaitement définies. Une clause de conscience des médecins sera prévue pour ceux qui ne souhaitent pas prendre part à l'application de cette décision de leur patient.



