QUEL SYSTÈME DE SANTÉ POUR GARANTIR LE DROIT À LA SANTÉ DE TOUTES ET TOUS ?

POSITIONNNEMENT DE MÉDECINS DU MONDE · MAI 2023

PRÉAMBULE

Ce document présente le positionnement de l'association sur des sujets relatifs au système de santé.

Il est issu de constats de terrain et d'un long processus de réflexion interne qui s'est achevé par des débats avec les acteurs et actrices de l'association au sein de chaque région d'intervention de l'association et lors des Journées des Missions France de 2023.

Tous les sujets abordés ne donneront pas lieu à une stratégie de plaidoyer. Un exercice de priorisation sera effectué dans un second temps. Ce document doit permettre d'affirmer la parole de Médecins du Monde sur des sujets actuels. Certains seront priorisés afin de viser des changements concrets et durables, en association avec des partenaires multiples et divers.

Validation par le CA du 13 mai 2023.

SOMMAIRE

Introduction ... **3**

Principes défendus ... **4**

Une prise en compte systématique des déterminants de santé dans les politiques de santé et les autres politiques publiques ... **5**

1. Impact des déterminants sur la santé des personnes et des groupes ... 5
2. Focus sur le genre comme déterminant social de la santé ... 7

Recommandations ... 8

Un système qui agit pour la santé, de la prévention aux soins ... **9**

1. Mettre la prévention au cœur du système de santé ... 9
2. Démocratie en santé : pour la mise en place de réels espaces de concertations démocratiques sur les grands enjeux de santé ... 10

Recommandations ... 11

Une protection en santé garantie pour toutes et tous ... **12**

1. La Sécurité sociale et le financement des soins ... 12
2. Différents dispositifs de protection maladie engendrant des parcours complexes et des renoncements aux soins ... 14

Recommandations ... 15

Un système qui doit refuser la marchandisation de la santé ... **16**

1. La privatisation à but lucratif des soins hospitaliers ... 16
2. L'ambulatoire également concerné par la financiarisation de l'offre ... 17
3. La place des assurances privées dans le financement du soin ... 18
4. L'accès aux médicaments et produits de santé ... 19
5. D'importantes défaillances du marché pharmaceutique ... 20
6. L'impact des prix des médicaments brevetés sur le budget de l'Assurance maladie ... 20
7. Les monopoles pharmaceutiques abusifs au cœur du problème ... 21
8. Le régulateur doit reprendre la main du marché du médicament ... 22

Recommandations ... 23

Mettre au cœur des choix d'organisation de la prévention et du soin la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé ... **24**

1. Des inégalités sociales et territoriales de santé très fortes et des besoins de soins en profonde évolution ... 24
2. Un manque global de professionnel·les de santé avec des disparités territoriales ... 26
3. Des barrières financières importantes ... 28
4. Un hôpital public en grande difficulté ... 29
5. Favoriser les approches et dispositifs pluridisciplinaires ... 31

Recommandations ... 33

Conclusion ... **35**

INTRODUCTION

La crise du système de santé exacerbée par la pandémie de Covid-19 est systémique et globale. Le constat de la dégradation générale de l'offre de soins est décrit et documenté quotidiennement par les médias relayant les difficultés d'accès à la santé pour la population et les témoignages des professionnel·les de santé conscient·es de travailler en mode dégradé.

À cette dégradation touchant de nombreux segments du système de santé, l'hôpital public, la médecine de premier recours, de second recours, les établissements du médico-social et du social, se conjugue l'évolution inquiétante d'une privatisation et d'une financiarisation croissante de larges pans de la santé et de la protection sociale.

Tous nos projets se heurtent à cette réalité et témoignent que cette crise, ou plutôt cette profonde transformation, a des impacts délétères qui vont en s'aggravant pour les catégories socio-économiques les moins favorisées et plus encore pour les plus précaires.

Il est donc essentiel de repenser notre système de soins et plus largement notre système de santé et d'engager des changements en profondeur pour aller vers un nouveau paradigme.

La volonté de MdM est d'apporter son regard avec son expérience de terrain au nécessaire débat de société qui doit nous amener à pouvoir faire des choix de manière éclairée sur le type de système de santé et de société que nous voulons.

MdM intervient depuis près de 40 ans en France pour améliorer l'accès aux soins et aux droits des personnes les plus précaires. Or, il est de plus en plus difficile d'orienter les personnes reçues dans nos projets vers les structures de droit commun. La protection maladie complète des personnes, françaises et étrangères, en situation administrative précaire, est de plus en plus difficile à obtenir, laissant des pans croissants de personnes de plus en plus longtemps sans droits, ce qui freine d'autant leur accès à la médecine de ville, l'hôpital restant le dernier recours possible. La médecine générale est frappée de plein fouet par la baisse de la démographie médicale et l'ensemble de la médecine « de ville » par sa très inégale répartition sur le territoire. Les professionnel·les de santé et du social sont en souffrance, ne pouvant faire face à l'ampleur des besoins. L'hôpital public, quant à lui, est en « crise », gouverné dans une logique gestionnaire et de mise en concurrence avec l'hôpital privé à but lucratif, avec des conséquences délétères importantes. Par ailleurs, nombre de services publics reçoivent moins, voire plus du tout physiquement, les publics, se réorganisant de manière massive en privilégiant la dématérialisation de leurs activités.

La présente note sur le système de santé vise à définir notre positionnement sur des points cruciaux concernant la santé de toutes et tous et à poser des recommandations sur ces sujets clés. Tout d'abord, elle pose les principes qui sous-tendent notre vision du système de santé avant d'aborder les 5 grands thèmes qui nous paraissent essentiels à prendre en compte pour refonder le système de santé. Nous présentons quelques chiffres ou évolutions clés au regard de ces thèmes, nos constats issus de notre expérience avant de présenter nos recommandations.

PRINCIPES DÉFENDUS

Une société solidaire

Médecins du monde agit pour une société solidaire où les obstacles à la santé auront été surmontés, où le droit à la santé sera effectif. Notre intention est que, dans une optique de justice sociale, toute personne sur le territoire français, quelque que soit sa situation, bénéficie du plein exercice de ses droits fondamentaux et d'un accès de qualité à la santé. Ainsi, la protection sociale ne peut être que solidaire, inclusive et universelle.

La santé est un droit humain fondamental. Il doit être défendu par une véritable politique publique de santé fondée sur des missions de service public

Considérant la santé comme un droit humain fondamental et inaliénable, nous militons pour des systèmes de soins et de prévention organisés par la puissance publique, accessibles à toutes et tous et fondés sur les principes d'équité et de solidarité. Nous rejetons la financiarisation de la santé et de l'humain, qui vont à l'encontre d'un égal accès à des soins de qualité pour toutes et tous.

En ce sens et tout en respectant le principe d'une juste rémunération des professionnel·les de santé, nous nous opposons aux diverses formes de privatisation et financiarisation en cours d'un système de santé qui serait basé essentiellement sur des critères de rentabilité, aux dépens de la santé des personnes, au détriment de la prise en compte des inégalités socio-économiques de santé et mettant en difficulté des structures publiques de santé.

Par ailleurs, au nom du droit à la santé, nous militons pour un accès à la santé de qualité, inclusif et universel, sans aucune sorte de discrimination. Cela implique d'adapter le système aux besoins spécifiques des personnes et aux caractéristiques des territoires tout en reconnaissant la dimension collective de la santé.

Une approche de promotion de la santé fondamentale

Pour atteindre cette ambition, nous sommes convaincus de l'approche de promotion de la santé – telle que définie dans la Charte d'Ottawa – qui vise à conférer aux individus et aux populations les moyens d'assurer un meilleur contrôle sur les déterminants de la santé et d'exercer leurs droits en matière de santé, qui vise à donner les moyens d'agir sur leur environnement ou d'évoluer avec celui-ci pour maintenir ou améliorer leur état de santé.

La démocratie en santé

Il s'agit de faire des choix pour construire un système de santé adapté aux besoins des populations, à même de réduire les inégalités de santé et de prendre en compte les déterminants qui impactent la santé, qu'ils soient sociaux, législatifs, environnementaux ou culturels. Pour faire ces choix, il est de plus en plus nécessaire d'associer les citoyen·nes, associations, élu·es, professionnel·les, personnes concernées, au sein d'instances démocratiques et réellement de concertation.

Pour mieux comprendre les inégalités de santé et les combattre, il est indispensable que la population soit impliquée, avec toute sa diversité et à tous les niveaux, dans des démarches de démocratie participative. La démocratie en santé doit ainsi être systématisée à tous les échelons au plus près de la population pour répondre aux besoins.

C'est la condition pour bâtir un système de soins basé sur les besoins réels en tenant compte des réalités territoriales et des vulnérabilités individuelles qui éloignent les personnes du soin. Nous défendons des politiques de santé élaborées avec et pour les personnes directement concernées !

Des principes d'intervention indispensables

Un système de santé cohérent et efficient se doit d'articuler les structures de premier recours de proximité couvrant tout le territoire avec un hôpital public renforcé dans ses moyens et rompant avec un management de type « nouvelle gestion publique ».

Nous appelons à un système qui privilégie la coordination entre les professionnel·les, le décloisonnement des secteurs, la priorité à la prévention et à l'éducation à la santé.

Il est par ailleurs indispensable de mettre en place des approches coordonnées d'aller-vers et de médiation, avec de l'interprétariat professionnel si besoin, afin d'instaurer un dialogue entre professionnel·les et personnes concernées dans un objectif d'amélioration continue de la réponse aux enjeux de santé, en s'appuyant sur les ressources et compétences des personnes.

UNE PRISE EN COMPTE SYSTÉMATIQUE DES DÉTERMINANTS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES DE SANTÉ ET LES AUTRES POLITIQUES PUBLIQUES

1. Impact des déterminants sur la santé des personnes et des groupes

Le système de santé, à tous les niveaux de prévention et de soins, doit prendre en compte les défis pointés par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) : la santé environnementale, les risques d'exposition aux risques infectieux, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques dans un système de santé mal adapté à ces enjeux.

De multiples déterminants sociaux (classe sociale, âge, orientation sexuelle, logement, niveau éducatif, statut administratif/situation administrative, etc.) et environnementaux (logement, travail, milieu extérieur, aliments…) exercent une forte influence sur la santé des populations, en lien avec des déterminants individuels (genre, comportements, génétique…). Cette influence se relève supérieure à celle des soins[1]. Or ces déterminants font l'objet d'autres politiques publiques et requièrent des solutions politiques et des mesures spécifiques (par exemple sur le plan du logement, des conditions de travail, etc.). Dans les pays riches, l'évolution des modes de vie (hygiène, éducation, revenus, alimentation, etc.) sont responsables de 60 % des gains d'espérance de vie, le reste (40 %) résulte de l'accroissement des dépenses de santé[2].

Ainsi, le rapport du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) du 6 janvier 2021 sur les déterminants sociaux de la santé rappelle que les conditions de vie au long de leurs parcours de vie sont étroitement liées aux chances des individus d'être en bonne santé. Le contexte social, environnemental et économique dans lesquels vivent certains groupes humains (logements précaires, difficultés d'accès à l'éducation ou à l'emploi, accès réduit à un environnement sûr, à de l'eau potable, à de l'air propre, à la sécurité alimentaire et aux soins de santé), a des conséquences négatives sur les résultats sanitaires et crée des inégalités sociales et territoriales de santé. Ces différences sont injustes et évitables.

1 Conseil exécutif, 148. (2021). *Déterminants sociaux de la santé.* Rapport du Directeur général. Organisation mondiale de la Santé.

2 Haut Conseil de la Santé Publique. Avis du 8 septembre 2017 relatif à la saisine du 17 mai 2017 sur la stratégie nationale de santé.

L'OMS indique également que la mondialisation, l'urbanisation et le vieillissement de la population sont des déterminants socio-économiques, culturels, politiques et environnementaux sous-jacents à l'augmentation des maladies chroniques.

Enfin, la migration, incluant le statut juridique des personnes migrantes, est également un déterminant social de la santé au titre des incidences qu'elle peut avoir sur la santé des personnes, ce que souligne également l'OMS[3].

La question des enjeux environnementaux[4] et de leur relation avec la santé aux différents niveaux devrait être systématiquement posée lors de la conception de l'ensemble des politiques publiques. En effet, l'environnement a un impact majeur sur la santé, illustré par l'augmentation de l'exposition aux polluants, pesticides et toxiques avec les risques qu'elle provoque. La pollution de l'air aux particules fines au niveau mondial est responsable d'un recul de 2 ans en espérance de vie globale (EVG). Il faut souligner aussi l'impact grandissant du dérèglement climatique sur la santé. Par exemple, en 2003, la canicule a entraîné un recul de 0,1 an d'espérance de vie globale.

Au Québec, l'aménagement urbain est considéré comme un système déterminant pour la santé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui retient 11 déterminants de santé au regard de leur capacité à être influencés par des choix de planification territoriale : activité physique, alimentation saine, espaces verts et espaces de rencontre, sécurité et sûreté, qualité de l'air, bruit, logements, biodiversité et qualité des milieux naturels, adaptation au changement climatique, facteurs socio-économiques et inégalités de santé.

Pour améliorer la santé, l'action sur les déterminants de la santé est donc essentielle. Agir sur les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales des populations est aussi important qu'agir pour améliorer l'accès aux droits et aux soins. Le cadre, les conditions et la qualité de vie comptent fondamentalement dans l'amélioration de la santé d'une population. Nous constatons de même à travers nos actions de terrain, l'impact des politiques répressives et migratoires sur la santé des travailleur·euses du sexe, des usager·ères de drogues ou des personnes en situation de migration.

Il convient également de reconnaitre l'interdépendance entre la protection de l'environnement, les processus de développement et la santé. L'investissement dans le champ de la santé ne peut pas être isolé. La santé a un impact sur la qualité de vie, sur l'économie et sur l'environnement et inversement. Ce n'est pas autre chose que prône l'approche « One Health » ou « une seule santé » qui est au centre des réflexions et des débats sur les futurs enjeux sanitaires. Cette approche transdisciplinaire traite des liens entre la santé humaine, animale, végétale et l'état écologique global. Notre santé dépend de celles des autres espèces et réciproquement ; elle dépend de celle de notre planète et inversement. Par exemple, 60 % des maladies infectieuses émergentes sont d'origine animale ; leur développement est à rechercher dans les comportements humains, et leur impact sur la biodiversité ou le changement climatique.

Pour faire face à ces enjeux, l'OMS souligne qu'à l'inverse d'une conception de la santé comme la simple absence de maladie, il s'agit de *« reconnaître qu'il est nécessaire d'appliquer une approche multisectorielle aux décisions stratégiques adoptées dans des secteurs comme l'hébergement, l'éducation et les transports, qui ont des répercussions sur la santé. Nombre de déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé ne relèvent pas de la compétence traditionnelle du secteur de la santé, ce qui signifie qu'ils ne peuvent être améliorés qu'en appliquant une approche* multisectorielle. »

3 Pour l'OMS, le statut juridique des personnes migrantes est un déterminant essentiel dans leur accès aux soins et à une protection : World Health Organisation. Regional Office for Europe. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health*.

4 Incluant les enjeux agricoles et industriels.

Ainsi, l'ensemble des politiques publiques devraient être interrogées au regard de leur impact sur la santé des personnes et des groupes.

2. Focus sur le genre comme déterminant social de la santé

Le genre, à l'intersection des autres déterminants sociaux comme la classe sociale, l'appartenance ethnique ou l'âge, a un impact important sur la santé. Il va aussi bien définir, en lien avec le sexe biologique, le profil de santé différentié des personnes (la façon dont elles peuvent tomber malades ainsi que la façon dont elles doivent se faire soigner), ainsi que leurs possibilités de se faire soigner ; ce qui impacte directement l'accès aux services de santé et les inégalités en santé[5].

Ainsi, par exemple, la socialisation différentiée de genre va avoir un impact sur l'espérance de vie des hommes et des femmes : les hommes vont avoir en moyenne une espérance de vie plus courte de 4,4 ans, ce qui est dû, en grande partie, aux normes sociales qui sont plus tolérantes au fait qu'ils consomment de l'alcool et du tabac. Dans le champ de la recherche médicale, la reproduction de stéréotypes de genre est commune et fait que, par exemple, les maladies liées uniquement aux corps des femmes ont été, jusqu'à très récemment, moins visibilisées et investiguées ou que les besoins spécifiques en santé des personnes LGBTQIA+ sont peu connus. En conséquence les services et professionnel·les de santé ne sont pas en mesure de les identifier et d'y répondre. En ce qui concerne les inégalités de genre en lien avec l'accès et le contrôle des ressources, et notamment les ressources économiques, celles-ci vont limiter davantage les possibilités des femmes d'accéder à un traitement médical ou un service sanitaire si celui-ci est payant. Par ailleurs, les violences liées au genre sont un problème de santé publique majeur qui a un impact direct sur la santé physique et mentale des femmes, des filles, des hommes, des garçons et des personnes LGBTQIA+ qui les subissent et qui doit être pris en compte par les systèmes de santé.

Une étude menée par le Haut Conseil pour l'égalité entre les hommes et les femmes en 2017 sur la santé et l'accès aux soins des femmes en situation de précarité a mis en avant que depuis 15 ans, les maladies professionnelles, les accidents de travail et de trajet sont en forte augmentation chez les femmes. Les femmes, en général, sont plus exposées que les hommes aux troubles psychologiques et ces troubles sont renforcés pour celles confrontées à une situation de précarité ; les femmes en situation de précarité ont un moindre suivi gynécologique : elles ont moins recours à une contraception (6,5 % des ouvrières sont sans aucune contraception contre 1,6 % des femmes cadres), ont plus souvent des grossesses à risque et ont moins souvent recours aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus que l'ensemble des femmes. C'est aussi ce que nous constatons dans nos projets comme le démontre le rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins[6]. Ainsi, adopter une approche genre en santé permet d'identifier les inégalités qui vont avoir un impact sur la santé des personnes et sur leurs possibilités d'accéder aux soins mais aussi d'adapter les services pour contribuer à réduire ces inégalités. Adopter une approche genre en santé va également permettre d'identifier les besoins spécifiques liés au sexe et au genre des personnes en termes de santé et d'y répondre. Cette réponse inclut l'adaptation des protocoles de santé et des actions d'éducation et d'information en santé pour intégrer les résultats de recherches qui tiennent compte des questions de genre et l'accompagnement des équipes autour de leurs propres conceptions et croyances sur les questions de genre et santé, par exemple.

5 OMS (2018). *Genre et santé*. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender.

6 https://www.medecinsdumonde.org/statement/rapport-2022-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins, p. 53.

RECOMMANDATIONS

De nombreuses politiques publiques ont un impact sur la santé ; cet impact doit pouvoir être pris en compte lors de l'élaboration de ces politiques. Médecins du Monde demande la prise en compte systématique des déterminants de santé dans l'ensemble des politiques publiques notamment par la réalisation d'études d'impact en santé pour les projets, mesures ou lois issus du secteur non sanitaire.

Plus généralement, MdM demande des politiques favorables à la santé et notamment :

- ➜ Des politiques migratoires garantes d'un accueil non conditionnel et digne, incluant des mesures permettant la régularisation et l'accès stable au séjour des personnes étrangères.
- ➜ Le droit à la protection des enfants y compris pour les mineur·es non accompagné·es.
- ➜ Des droits sexuels et reproductifs garantis et accessibles à toutes et tous sans discrimination.
- ➜ La dépénalisation de l'usage de drogues.
- ➜ La décriminalisation du travail du sexe.
- ➜ La garantie d'un habitat et de conditions de vie dignes.

De plus, MdM demande :

- ➜ L'analyse et la prise en compte des inégalités de genre vécues par les personnes lors de la définition et la mise en œuvre des politiques et interventions de santé.

UN SYSTÈME QUI AGIT POUR LA SANTÉ, DE LA PRÉVENTION AUX SOINS

Médecins du Monde réaffirme sa volonté d'une approche globale qui intervient sur l'ensemble du continuum de prévention et de prise en charge ; approche qui intègre les déterminants de la santé et propose des interventions améliorant l'accès à la santé des personnes les plus exclues. Les démarches en santé publique et de démocratie en santé jouent un rôle essentiel pour lutter contre les inégalités sociales en santé. Il est donc primordial d'analyser les parcours de vie et de santé des personnes à l'aune de leur environnement, de l'offre de prévention et de soins.

1. Mettre la prévention au cœur du système de santé

Le système de santé français reste très centré sur le curatif. La santé publique y occupe désormais une place plus importante mais son développement s'effectue prioritairement dans le champ des urgences sanitaires. Cependant, la prévention[7] et l'éducation pour la santé prennent progressivement place dans le système depuis les années 1990. La prévention est une activité emblématique de santé publique. Elle se décline notamment par l'éducation à la santé et la promotion de la santé[8].

ILLUSTRATION ISSUE DES TERRAINS MDM

Dans sa pratique de terrain, MdM observe que parmi les femmes enceintes ayant consulté dans un Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de MdM en 2022, une femme enceinte sur trois a un retard de suivi de sa grossesse, et 9 sur 10 n'ont pas de suivi gynécologique régulier. La diminution progressive de l'offre de prévention et de prise en charge, de PMI, de CEGIDD, centres de santé sexuelle, maternités, centres IVG… est un facteur déterminant de l'aggravation de la santé maternelle et infantile des personnes selon un gradient socio-économique de santé.

L'éducation pour la santé, selon l'OMS, vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé. *« Par l'éducation pour la santé, on aide les gens à élucider leur propre comportement et à voir comment ce comportement influence leur état de santé. On les encourage à faire leurs propres choix pour une vie plus saine. On ne les force pas à changer. »* (OMS, 1990). L'éducation pour la santé vise donc à donner à une personne ou à des groupes de personnes les moyens de repérer, d'acquérir et de maintenir les comportements de santé positifs pour elle et pour autrui.

La promotion de la santé, quant à elle, est une démarche qui vise à améliorer l'état de santé des populations en favorisant le développement des capacités d'action des individus pour leur santé d'une part, et en soutenant la mise en place d'environnements favorables à ces actions d'autre part. Dans la Charte d'Ottawa, toute action de promotion de la santé implique de prendre en compte de nombreux déterminants de santé et nécessite de fait une action globale au niveau des politiques publiques. Une stratégie de prévention globale devrait donc prendre en compte les milieux de vie, les risques existants, les groupes de personnes ou populations ciblées et les territoires.

Les politiques publiques de santé ont fait une place plus importante aux questions de prévention à partir des années 90 (création de l'INPES et de ses déclinaisons régionales (IRDES) en 2001). En effet, l'axe « Innover pour mieux prévenir » de la loi de modernisation du système de santé de 2016 et la « Priorité Prévention » du Plan National de Santé Publique et de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, illustrent bien cette prise en compte. Malgré ces intentions, la mise en œuvre des politiques de prévention reste largement insuffisante[9]. Concrètement, de larges champs d'intervention en prévention et éducation à la santé sont malmenés, avec des moyens et un nombre de postes en baisse importante. C'est le cas de la promotion de la santé en milieu

7 La prévention se définit par des actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences.

8 Pour des définitions et schémas sur les notions de prévention, promotion de la santé, éducation à la santé et leur articulation à la lutte contre les inégalités sociales de santé, voir Santé publique France : *Prévention et promotion de la santé. Méthodes. Repères théoriques et pratiques pour les actions du service sanitaire des étudiants en santé*, sept 2018. Notamment les p. 23 à 25.

9 Le rapport d'évaluation de la Stratégie Nationale de Santé rapporte des impacts difficiles à appréhender (DREES 2023).

scolaire (infirmier·ères et médecins scolaires, psychologues scolaires, devenu·es conseiller·ères d'orientation-psychologues), de la médecine du travail, des CEGIDD, Planning familial et centres d'éducation sexuelles… En recul pour tous les publics, l'accès aux structures et actions de prévention est d'autant plus difficile pour les personnes les plus exclues au point qu'une partie d'entre elles finit par y renoncer[10].

Le développement d'une approche préventive et d'actions de promotion et d'éducation à la santé semble d'autant plus nécessaire aujourd'hui dans un contexte d'évolution profonde des besoins de soins et de baisse de la démographie médicale en médecine générale (voir infra). Cette approche et ces actions en effet peuvent – ce qui existe déjà – être développées par des personnels non médicaux ou même paramédicaux. De même, elles devraient être construites dans un objectif de réduction des écarts socio-économiques de santé entre les groupes et les territoires.

2. Démocratie en santé : pour la mise en place de réels espaces de concertations démocratiques sur les grands enjeux de santé

Introduite dans les textes au niveau de la loi des droits des patient·es de 2002, puis entérinée dans la loi de modernisation du système de santé en 2016, la démocratie sanitaire s'illustre notamment par l'inclusion des organismes représentant des usager·ères aux conférences régionales et nationales de santé. Cependant, à ce jour, les espaces de consultation existants mettent peu en œuvre une réelle concertation, et n'intègrent que peu les personnes les plus exclues et en situation de précarité sociale du fait même des modalités de participation et d'une culture de la participation encore balbutiante.

Aujourd'hui, de nombreuses évolutions en cours de notre système de santé, profondes, n'ont fait l'objet d'aucun réel débat démocratique. Qu'il s'agisse de la privatisation de notre système d'assurance maladie, de la transformation et de l'affaiblissement de l'hôpital public, du développement rapide des hôpitaux privés à but lucratif, de la constitution et concentration rapide de grands groupes financiers dans les secteurs de l'hospitalisation privée à but lucratif mais aussi dans celui des soins ambulatoires et du médico-social (maisons de retraites…), du marché du médicament avec un processus de fixation des prix extrêmement opaque et un système de conflits d'intérêts majeurs… Pourtant ces transformations entraînent des conséquences bien réelles sur les personnes et les groupes, sur les plus marginalisé·es que MdM accompagne au quotidien mais plus globalement sur l'ensemble de la population.

Il apparait plus que jamais nécessaire de mettre en place des espaces de concertations démocratiques réels associant la société civile – associations d'usager·ères, médicales et de santé publique – les acteur·rices professionnel·les, institutionnel·les, élu·es… dans une optique de co-construction, sur les grands enjeux de santé : place des complémentaires santé, couverture d'un 100 % Sécurité sociale, gouvernance du médicament, choix pour la construction et le financement de l'offre de soins et de prévention, gouvernance de l'hôpital, etc.

Au-delà de ces espaces démocratiques, les approches de santé communautaires devraient être développées. Les stratégies et projets de santé publique impliquant la participation des individus à l'amélioration de leur propre santé sont qualifiés de santé communautaire. En réalité, *« l'éducation pour la santé ne remplit pleinement sa fonction que si elle encourage les gens à participer et à choisir eux-mêmes. Ainsi, ce n'est pas faire de l'éducation pour la santé que dire simplement d'adopter un comportement favorable à la santé. »* (OMS, 1990). Il s'agit, en

10 *Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins* (MdM 2022).

plus, d'affirmer les compétences et les savoirs développés à partir de l'expérience de conditions impactant la santé des personnes elles-mêmes. Ainsi, la préservation de la santé des personnes exilées, la réduction des risques et des dommages dans le champ des addictions ou du travail du sexe, la réduction des violences liées au genre[11] ou la défiance vis-à-vis des vaccins sont autant de défis qui ne pourront être surmontés qu'avec la coopération entre les personnes concernées et les professionnel·les intervenant dans le champ de la santé. Cela impose de travailler une posture favorisant l'instauration de rapports plus égalitaires entre les professionnel·les de la santé et du social et les personnes concernées, et d'accorder, par là-même, la même légitimité et valeur aux compétences et savoirs[12] professionnels et expérientiels.

La santé communautaire constitue un engagement politique fort car cela implique des institutions à même de garantir une association réelle des personnes concernées à la prise de décision et à la mise en œuvre des interventions de santé publique. Médecins du Monde a inscrit dans son projet associatif sa volonté d'accompagner les populations dans leur autonomisation. Nous agissons en faveur du renforcement des capacités d'agir des individus, des communautés et des organisations, notamment par le biais de la santé communautaire. C'est une condition nécessaire à la reconnaissance et à l'effectivité du droit à la santé.

Tout changement durable passe par « le développement du pouvoir d'agir » des populations sur leur santé. Cette approche pour être réellement inclusive requiert des changements de pratiques : pour les ayants droit, pour les professionnel·les, pour les institutions et pour les élu·es.

11 La prise en compte du genre en santé a largement été abordée dans le rapport d'analyse prospective *Sexe, Genre & Santé* (HAS,2020).

12 *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles* (HAS, 2020).

RECOMMANDATIONS

Concernant la prévention :

- ➜ Renforcer les moyens des structures et des interventions de prévention, telles que la promotion de la santé en milieu scolaire, la médecine du travail, les CeGIDD, les centres de santé sexuelle, les PMI, etc.
- ➜ Soutenir et développer toutes les activités de promotion et éducation à la santé sur les territoires, en lien avec les acteurs locaux (par ex : formation aux premiers secours à développer, alimentation, etc.).
- ➜ Intégrer une approche préventive en santé mentale dans tous les dispositifs et projets à destination des personnes ou groupes de personnes.
- ➜ Garantir la participation volontaire des personnes et des groupes à l'élaboration des stratégies de prévention les concernant selon des modalités adaptées à leur situation et intégrant leurs savoirs et expériences.
- ➜ Favoriser, encadrer et coordonner les interventions d'aller-vers, d'éducation à la santé ainsi que les activités de médiation en santé dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Concernant la démocratie en santé :

- ➜ Mettre en place une véritable démocratie en santé avec des instances décisionnaires à l'échelon local, régional et national.
- ➜ Organiser des débats publics citoyens sur les grands enjeux de santé, les priorités et l'ampleur de l'enveloppe budgétaire dédiée à la politique de santé.
- ➜ Co-construire avec les personnes concernées la structuration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques qui les concernent, des politiques favorables à la santé et articulées autour de la lutte contre les inégalités de santé.

UNE PROTECTION EN SANTÉ GARANTIE POUR TOUTES ET TOUS

1. La Sécurité sociale et le financement des soins

Rapide historique

La Sécurité sociale est pensée à son origine pour être une institution redistributive essentielle, pour assurer une justice sociale, indispensable pour maintenir la paix. C'est pendant la Troisième République[13] qu'est posé le principe qu'il n'y a pas de liberté sans sécurité, et pas d'égalité sans solidarité. La solidarité est une responsabilité civique et une condition de la liberté réelle. C'est en 1945 que la Sécurité sociale sera créée, résultant d'un véritable choix politique d'après-guerre, dans un pays exsangue, de solidariser l'ensemble de la société par l'obligation pour toutes et tous de cotiser.

La Sécurité sociale, son architecture, ses modalités de fonctionnement, les modalités de remboursement, l'articulation avec les complémentaires santé, ses modes de financement et son « trou » apparaissent comme des sujets complexes et ultra techniques. Pourtant, la Sécurité sociale est une institution qui touche directement à nos vies, puisqu'elle accompagne différents moments de notre santé, de notre naissance à notre mort et nous permet normalement de faire face à la maladie et ses conséquences les plus graves. Elle devrait donc être au cœur du débat public.

Depuis de nombreuses années, on assiste à une transformation plus ou moins à bas bruit de notre système de mise en sécurité sociale, allant vers des transferts croissants de dépenses, c'est-à-dire de prise en charge du coût de nos soins et prévention, du service public de l'Assurance maladie aux complémentaires santé et en particulier aux assurances privées. Cette évolution augmente les inégalités, et rompt le principe de solidarité qui est le fondement même de l'institution de la Sécurité sociale.

La « sécu » : des principes fondateurs profondément bouleversés

Au départ, la Sécurité sociale est financée par des cotisations sur les salaires, et non par l'impôt, selon le principe « chacun cotise selon ses revenus ». Or à partir des années 1980, ce fonctionnement est de plus en plus mis à mal. Le financement et la gouvernance de la « Sécu » sont bouleversés progressivement. Une partie de ses ressources provient maintenant de l'impôt, et d'impôts inégalitaires (CSG[14] et TVA)[15]. De plus, les exonérations de « charges » patronales ont augmenté de façon incessante, venant grever d'autant les recettes de l'institution, venant creuser le déficit ou le « trou » qui devient de plus en plus le seul angle sous lequel est présentée cette institution, dans une vision purement gestionnaire et libérale. La réduction des dépenses publiques devient l'angle central par lequel elle est gouvernée, à l'image de l'ensemble des services publics. Ainsi, comme le décrivent les observateurs, l'État a de plus en plus la mainmise sur la Sécurité sociale et son budget, exactement ce que ses fondateurs voulaient éviter, et la question de son financement apparait bien comme une question centrale.

La baisse des ressources d'une part et l'augmentation des dépenses de santé de l'autre conduisent à un transfert de la prise en charge des coûts de santé au système privé, aux complémentaires et aux citoyen·nes.

13 1870-1940.

14 Cet impôt n'est pas progressif, mais proportionnel.

15 Selon la DREES : 64 % des ressources de la Sécurité sociale proviennent des cotisations sociales, le reste est issu des impôts via la TVA, la CSG, et des taxes mais qui sont réglées à 80 % par les ménages.

Le poids croissant des assurances privées dans le financement des soins : une privatisation progressive du service public d'Assurance maladie ?

Depuis 20 ans, on assiste à un transfert de charges progressif de l'Assurance maladie vers les complémentaires santé. Si les soins hospitaliers restent encore relativement bien remboursés par la Sécurité sociale, ce n'est pas le cas pour les soins courants[16] (en particulier les produits et dispositifs médicaux) ; pour les trois quarts des assuré·es, les soins courants ne sont maintenant remboursés par l'Assurance maladie qu'à hauteur de 50 % contre 80 % en 1980[17]. La part du coût des dépenses de santé qui n'est pas remboursée par la Sécurité sociale (ticket modérateur), variant selon chaque acte ou produit, est à la charge des complémentaires santé ou des personnes elles-mêmes.

Or, le secteur des complémentaires (mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance…) connait de profondes transformations depuis les années 1980, accentuées depuis 1992 par des directives européennes sur l'assurance. Ces dernières imposent aux mutuelles elles-mêmes de s'aligner de plus en plus sur une gestion actuarielle du risque (prix et composition de l'assurance santé en fonction des caractéristiques individuelles dont l'âge et l'état de santé), loin des principes de mutualisation et de solidarité. Ce transfert de l'Assurance maladie aux complémentaires se fait donc en cassant la solidarité notamment intergénérationnelle, au détriment des plus fragiles et des personnes âgées, qui sont les plus exposées à des risques de santé. En effet, 3 millions de personnes n'ont pas de complémentaire santé, surtout les plus fragiles dont les retraité·es, étudiant·es, chômeur·euses, autoentrepreneur·euses. De plus, les complémentaires assurent des taux de couverture extrêmement hétérogènes, selon les complémentaires et les situations de chacun·e. Le marché des assurances privées ainsi que des mutuelles connaît d'importants mouvements de concentration et de regroupement, dans une logique capitalistique. De leurs côtés, les dispositifs pour les assuré·es les plus exclu·es (Complémentaire santé solidaire) ont un taux de non-recours très important[18], et laissent de côté une grande partie de la population qui malgré de très faibles ressources se retrouve au-dessus des seuils pour y prétendre, ne pouvant payer ou faire l'avance de frais pour des soins de plus en plus coûteux.

Cette inégalité d'accès et de qualité des complémentaires santé, privées et mutualistes, qui couvrent une part croissante des dépenses de santé, s'ajoute aux inégalités socio-territoriales de santé et vient les renforcer, tout

ILLUSTRATION ISSUE DES TERRAINS MDM

Les équipes constatent un non-recours aux soins du fait des difficultés administratives : 7 personnes sur 10 renoncent aux soins du fait des obstacles à l'AME (selon une enquête inter-associative effectuée à Saint-Denis en 2023).

Les équipes de MdM constatent combien les délais de carence introduits par la réforme de 2019 ont un impact sur la santé : 70 % des demandeur·euses d'asile rencontré·es n'ont aucune couverture maladie, par exemple, et les droits à l'AME, du fait d'obstacles dans la procédure ou dans le simple retrait de la carte, ne sont que tardivement effectifs : ouverts pour un an, il est fréquent que des personnes rencontrées sur nos projets doivent engager le renouvellement de leur demande quelques semaines après avoir enfin reçu leur carte (Observatoire de l'accès aux soins et aux droits – 2022).

16 Soins hors hospitalisation et maladies chroniques exonérées.

17 Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : *La place de la complémentaire santé et prévoyance en France. Document de travail*, janv. 2021.

18 Selon une étude de la DREES du 13/03/2023, le non-recours pour la Complémentaire santé solidaire (C2S) était de 56 % en 2021, en hausse par rapport à 2018 où il était de 51 %.

à fait à l'inverse du principe solidaire et redistributif de la Sécurité sociale. Les personnes les plus modestes sont les plus malades, les plus exposées aux risques et celles qui ont le moins la capacité de payer et donc celles qui ont le plus besoin de couverture maladie. Pourtant, elles sont les moins bien couvertes, au fur et à mesure que se transforme, se réduit et se privatise le système solidaire de la Sécurité sociale entrainant de plus en plus de retards, de renoncement et de non-recours aux soins. En 2017, près d'un quart (22,4 %) des personnes déclaraient avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des douze derniers mois, dont 60 % pour raisons financières[19].

2. Différents dispositifs de protection maladie engendrant des parcours complexes et des renoncements aux soins

L'impératif d'une même couverture pour tout le monde

La réduction des inégalités de santé, l'impératif de prévention, la lutte contre le non-recours aux droits et les renoncements aux soins sont souvent annoncés comme des priorités de l'action publique. Pourtant, l'accès aux soins de santé ne cesse de se dégrader pour les personnes étrangères en situation administrative précaire que nous accompagnons. Ce phénomène de renoncement et de non-recours est très prégnant pour l'Aide médicale d'État. Dans une étude récente, l'IRDES concluait que *« seules 51 % des personnes qui y sont éligibles bénéficient de l'AME ».*

Fin 2019, de nouvelles barrières ont été imposées aux personnes étrangères en situation de précarité pour accéder à l'AME, et ce en pleine pandémie : introduction d'un délai supplémentaire de résidence de 3 mois en situation irrégulière avant de pouvoir formuler une demande d'AME, un délai de 9 mois d'ancienneté pour pouvoir accéder à l'entièreté du panier de soins, etc.

En conséquence, l'accès aux soins est retardé, les démarches encore plus complexifiées pour les personnes comme pour les soignant·es et travailleur·euses sociaux·ales qui les accompagnent.

Les personnes voient alors leur état de santé se dégrader et n'accèdent aux soins que lorsqu'il est déjà trop tard, générant des souffrances supplémentaires pour elles et aussi des coûts de prise en charge bien supérieurs. Pour contrer ces déficits d'accès aux soins, il est nécessaire de rendre réellement effectif l'accès au système de soins des personnes vivant en France, de manière simplifiée et continue, en mettant fin aux régimes spécifiques.

La fusion[20] des dispositifs d'accès aux droits de santé au sein du régime général de la Sécurité sociale est une réforme incontournable pour atteindre effectivement ces objectifs. Elle permettrait l'accès de toutes et tous aux politiques de prévention. Elle favoriserait l'accès à la médecine de ville et ainsi limiterait la convergence vers les services d'urgence hospitaliers. Elle simplifierait les démarches administratives, réduisant ainsi le non-recours et les dépenses publiques. Cette fusion est une réponse qui unit, fédère la population et cimente le corps social.

19 H. Revil : *« Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire »* ; Regards 2022/1 n°60, éd.EN3S.

20 Soutenue notamment par l'IGAS et l'IGF, le Défenseur des droits ainsi que l'Académie nationale de médecine.

RECOMMANDATIONS

- ➜ A minima, **stopper** le retrait progressif du service public de l'Assurance maladie au bénéfice des complémentaires santé privées et mutualistes.
- ➜ Un **100 % Sécurité sociale** : l'Assurance maladie prendrait en charge la totalité des frais de santé prescrits sur l'hexagone et en outre-mer, ce qui implique la suppression du ticket modérateur et de tous les restes à charge, ainsi que des complémentaires santé.
- ➜ Définir **démocratiquement** le niveau de protection et le périmètre de solidarité souhaités, c'est-à-dire, ce qui serait couvert par le 100 % Sécurité sociale pour toutes et tous, quelle que soit la situation administrative : quels soins et services de prévention, quels produits de santé, en fonction de l'utilité médicale reconnue, quelle distance raisonnable à un lieu de soins, quelle rémunération des professionnel·les de santé, etc. Ces espaces démocratiques de concertation sont à définir.
- ➜ Mettre en œuvre une couverture santé universelle, c'est-à-dire :
  - une fusion des multiples dispositifs de prise en charge (AME, C2S, PUMa) dans un seul régime de Sécurité sociale dans l'hexagone comme en outre-mer, sans discriminations, sans conditions de résidence, de statut administratif, de ressources, de délai de carence, et
  - concrétisée par la même carte vitale, un même accès aux soins et à la prévention pour toutes et tous.

UN SYSTÈME QUI DOIT REFUSER LA MARCHANDISATION DE LA SANTÉ

Les évolutions de notre système de santé et de protection maladie au cours des dernières décennies ont progressivement permis et encouragé la marchandisation de la santé via notamment le développement d'un secteur lucratif fort. Les pouvoirs publics depuis des dizaines d'années mènent des politiques de réduction des dépenses socialisées, c'est à dire remboursées par la Sécurité sociale, mais ont ouvert en grand le marché de la santé au secteur privé.

La recherche de bénéfices au détriment de l'intérêt général et des personnes sur les activités de soins ou sur l'assurance du risque de santé sont éthiquement inacceptables, car profondément inégalitaires, sans que les critères de bénéfices sur les indicateurs de santé ne soient favorables, bien au contraire.

Les tendances aux privatisations de l'offre de soins et de prévention comme à la privatisation du financement des soins ont une origine commune : la volonté pour l'État de réduire le coût pour les finances publiques en transférant au marché les dépenses de santé jugées potentiellement lucratives.

1. La privatisation à but lucratif des soins hospitaliers

Le nombre d'établissements privés à but lucratif s'est développé de façon très accélérée ces dernières années, avec également un mouvement de concentration très fort. Si dans les années 2000 les cliniques étaient surtout familiales, avec peu de capital financier, elles sont aujourd'hui très majoritairement dans des grands groupes financiers ou holding. En 2019 ces grands groupes représentaient 64 % des établissements privés à but lucratif et 70 % des capacités d'hospitalisation (classique et ambulatoire) du secteur privé – contre 13 % en 1994[21] ! Ces holdings sont constitués de plusieurs sociétés autour d'un plateau technique (société d'exercice libéral, société d'exploitation, immobilière, d'analyse biologique, d'entretien et de restauration…). Ces groupes, financiarisés, ont connu une croissance très rapide, ainsi qu'un fort mouvement de concentration, suite à des processus de restructuration et fusion-acquisition. Aujourd'hui 4 groupes ou holdings détiennent la moitié des établissements, qui représentent plus d'une centaine d'entités géographiques. Les plus importants sont dans l'ordre d'importance : Elsan, Ramsay, Orpea et Korian.

Ramsay (qui inclut l'ex-Générale Santé) est par exemple une filiale de Ramsay Healthcare : géant australien de l'hospitalisation privée, aujourd'hui présent également au Royaume-Uni, en Indonésie, en Malaisie, à Hong Kong… Et on apprend par Le Figaro que Ramsay pourrait faire l'objet d'une OPA par un grand groupe américain (KKR)[22] !

Le secteur de l'hospitalisation privée est très imbriqué avec celui des EPHAD, lequel est encore plus concentré : 79 % des établissements appartiennent à trois grands groupes, dans l'ordre décroissant Korian, Orpea et Domus Vi[23].

Il faut souligner que, de façon générale, le secteur de la santé est intéressant pour les investisseurs privés car une grande partie de la « clientèle » est solvable du fait des assurances santé, protection maladie et complémentaires privées. L'objectif affiché de ces groupes est bien une exigence de rentabilité à court et moyen terme, avec la réalisation d'une plus-value entre l'achat et la revente. Pour L. Allès, *« la rentabilité financière, le plus souvent de court terme va guider la politique du soin (spécialisation sur certains territoires, sur certaines pathologies, pour certains patients). »*

21 Ces chiffres et ceux qui suivent sur les hôpitaux privés : Laura Allès, « Les transformations du capitalisme hospitalier français – Un secteur aux mains de la finance de marché », *Économie et institutions* [En ligne], 30-31 | 2022. URL : http://journals.openedition.org/ei/7375. Voir aussi : JP Domin : « Comment l'État organise la privatisation du secteur hospitalier », *Économie et Politique*, juillet-août 2020.

22 https://www.lefigaro.fr/societes/kkr-prepare-une-opa-sur-le-groupe-de-sante-ramsay-20220419

23 L. Allès, *op.cit*.

Les cliniques privées ont été favorisées par le tournant de la tarification à l'activité (T2A), et se sont spécialisées sur les actes ambulatoires, survalorisés par rapport aux actes avec hospitalisation et une T2A plus favorable pour les structures privées lucratives que pour les structures publiques ou privées à but non lucratif.

Ainsi s'est opéré un partage insidieux, sur fond de concurrence, entre l'hôpital public, qui reçoit, via les urgences, le tout-venant et qui prend en charge les pathologies lourdes, les maladies chroniques, les problématiques sociales et psychiatriques, et les établissements privés à but lucratif qui sélectionnent les pathologies les plus rentables, les interventions chirurgicales programmées, les actes techniques standardisés à haute valeur ajoutée comme les endoscopies. Cela se traduit dans les cliniques privées par une sélection des patient·es selon un gradient social où les malades appartiennent majoritairement à des catégories sociales plus aisées, pouvant payer les dépassements d'honoraires et bénéficiant de bonnes complémentaires santé.

La conséquence en est des différences très fortes entre les publics pris en charge dans les hôpitaux. En 2007 près des 2/3 des personnes cadres ou appartenant aux professions intellectuelles supérieures hospitalisées l'avaient été dans un hôpital privé à but lucratif, contre deux sur cinq parmi les ouvriers[24].

Le gradient social est encore plus marqué en obstétrique : 79 % des femmes cadres ou appartenant aux professions intellectuelles supérieures fréquentaient un établissement privé lucratif contre 37 % des femmes exerçant des professions intermédiaires, 14 % des employées, 10 % des ouvrières.

2. L'ambulatoire également concerné par la financiarisation de l'offre

Des grands groupes investissent aussi de façon importante et rapide dans des structures de santé, d'abord spécialisées ou de diagnostic, et maintenant arrivent aussi dans les soins primaires.

Le secteur privé lucratif s'est développé de façon importante au niveau des centres de santé dentaires et ophtalmologiques. Selon la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS), la CNAM a déposé une plainte contre des centres dentaires et ophtalmologiques pour détournement de fonds publics[25]. De même aujourd'hui, 6 grands groupes possèdent 67 % de la biologie médicale de ville (selon le syndicat Avenir). La même logique préside que pour l'hôpital privé à but lucratif : ces dérives ont cours alors qu'une partie importante de la clientèle/patientèle est solvable et il y aurait aussi une logique, plus ou moins forte et visible, de sélection de la patientèle solvable, en fonction du niveau de sa complémentaire santé.

Récemment, l'Académie nationale de médecine alertait sur les offres massives de rachats des cabinets des radiologues par des grands groupes privés[26]. L'Académie soulignait que ces types de rachats introduisaient une forme de déréglementation professionnelle, car sans contrôle ni demande d'autorisation du fait du montage « en cascade » de plusieurs types de sociétés (structure des holdings). Elle alertait sur le fait que in fine, les professionnel·les se retrouvaient soumis·es à des contraintes fortes : demande de diminuer les examens non rentables et de multiplier les actes plus rémunérateurs, contraintes sur les modalités d'exercices, limitations ou obligations d'actes, sanctions si objectifs pas atteints…

Ces grands groupes s'intéressent aussi désormais aux structures de soins primaires. En effet, suite à une ordonnance adoptée en 2018, les organismes privés à but lucratif peuvent gérer des centres de santé. Le groupe Ramsay en a déjà créé 5, à proximité de ses hôpitaux privés. De même, après avoir projeté

24 JP. Domin, *ibid*.

25 https://www.fncs.org/detournement-de-fonds-publics-au-cosem-stop-a-la-financiarisation-des-centres-de-sante.

26 M. Foult : « L'Académie nationale de médecine alerte sur les risques de financiarisation », *Le Quotidien du médecin*, 8 juillet 2022.

le rachat de centres de santé de la Croix-Rouge à Marseille[27], c'est maintenant en Île-de-France que Ramsay devrait reprendre 6 centres de santé de la Croix-Rouge ! Ramsay Health Care annonce vouloir *« devenir la référence en matière de soins primaires en utilisant des solutions de consultations physiques et/ou digitales »*[28]. Plusieurs acteurs (professionnel·les, économistes), alertent sur le fait que même si ces centres de soins primaires n'étaient pas rentables, ils seraient un moyen pour ces groupes de constituer des filières intégrées de soins, du premier au troisième recours hospitalier, leur permettant de capter leur « clientèle » dès le premier recours, en gardant la clientèle rentable (c'est-à-dire solvable) et en réorientant les autres (sans complémentaire ou complémentaire ne couvrant pas les dépassements d'honoraires). De telles filières existent dans d'autres pays, et ne permettent pas à la puissance publique d'orienter ni les actes de prévention et de soins ni leur répartition territoriale. Or, si les collectivités locales semblaient frileuses au départ pour l'installation de ces centres de santé à but lucratif sur leur territoire, petit à petit plusieurs d'entre elles se laissent convaincre.

Historiquement les centres de santé, créés pour sortir les soins de villes du secteur libéral, pouvaient être jusqu'en 2018 gérés par des mutuelles, des associations, des collectivités locales, des caisses de sécurité sociale, puis par des hôpitaux, pour assurer un accès aux soins et à la prévention pour tous les publics hors de toute logique marchande (pas de dépassements d'honoraires possibles, obligation de pratiquer le tiers payant…). De fait fin 2020, près de 40 % des centres de santé avec médecins généralistes étaient gérés par des acteurs publics et un tiers étaient dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Ils accueillaient 20 % de patient·es dit·es vulnérables contre 8 % pour les professionnel·les libéraux·ales[29]. Mais aujourd'hui ils sont souvent déficitaires en raison du mode de financement, inadapté, du financement à l'acte, qui favorise un nombre élevé d'actes versus besoin des patient·es, besoin de suivi, temps plus long de consultation, etc.

Un nombre croissant d'acteurs alerte sur les effets « tragiques » de la financiarisation[30] (Nicolas Da Silva). Elle exige une rentabilité forte, avec une logique propre qui rentre de plus en plus en contradiction avec l'intérêt des patient·es et les besoins de santé des populations. Elle entraîne des effets pervers : multiplication des actes et examens rémunérateurs, baisse des actes non rémunérateurs, perte de contrôle des professionnel·les sur leurs conditions d'exercice. Elle décuple les inégalités car les grands groupes n'investissent que là où ce sera rentable à terme, et car nombre de patient·es sont ou seront amené·es à payer un surcoût non remboursé par l'Assurance maladie.

3. La place des assurances privées dans le financement du soin

La réduction du périmètre de prise en charge de l'Assurance maladie (déremboursements, forfaits, franchises, tickets modérateurs) a fait la part belle aux assurances privées qui ont pris une importance considérable dans le financement du soin.

Comme le rappelle P. Batifoulier *« Le transfert de charge de la Sécurité sociale vers les assurances privées et le paiement direct des ménages, lequel étant particulièrement important pour les soins courants, sont une source d'appauvrissement du malade. Ils déplacent le centre de gravité de l'organisation du système de santé, d'un financement par les citoyens des besoins de soins à un financement par les malades eux-mêmes.*

Du fait de l'existence d'un déterminisme social dans la prévalence des maladies, les personnes les plus modestes sont les premières victimes de cette forme

27 F. Crémieux : « On ne peut regarder sans débattre un groupe de santé privé reprendre des centres de la Croix-Rouge française », *Tribune, Le Monde*, 9 février 2022.

28 F. Napolier : « Faut-il craindre la privatisation de l'offre de soins ? », *Egora*, 19 avril 2022.

29 C. Rabs : « Les centres de santé sous la pression du chiffre », *Alternatives économiques*, 20 avril 2023.

30 N. Da Silva : « L'irrésistible financiarisation des soins », *Alternatives économiques*, 11 avril 2023.

de privatisation. Mais tous les patients sont fragilisés par le transfert à la libre prévoyance : en tant qu'assurés car l'assurance privée est plus coûteuse que la solidarité publique et en tant que malades car ils paient plus cher leurs frais de santé du fait du désengagement de la Sécurité sociale »[31].

Dans ces conditions, la place des opérateurs privés se pose avec insistance. Le 100 % Sécurité sociale exposé plus haut est une réponse à la question.

4. L'accès aux médicaments et produits de santé

L'accès aux médicaments est un composant essentiel du droit à la santé. Les produits pharmaceutiques ont, en effet, une place importante dans l'arsenal thérapeutique pour préserver et garantir la santé des personnes. Ces inventions, issues à la fois de la recherche publique et du monde industriel, sont utilisées, non seulement en mode curatif, mais aussi préventivement. Les médicaments sont au cœur de l'assistance pharmaceutique, laquelle peut être comprise comme un ensemble d'actions de santé que différent·es professionnel·les réalisent pour une utilisation adaptée des médicaments.

Les médicaments et, plus largement, les technologies de santé, font donc partie, à côté des ressources humaines et intellectuelles, des ressources matérielles dont a besoin le système de santé pour fonctionner. Un système de santé qui fonctionne bien est à même d'assurer un accès équitable, soutenable

ILLUSTRATION ISSUE DES TERRAINS MDM

Dans sa pratique de terrain, MdM constate dans plusieurs territoires un durcissement de l'accès à des traitements onéreux pour des personnes sans droits de santé ouverts. Dans les permanences d'accès aux soins de santé (Pass), des refus et des retards de soins, sous-estimés et insuffisamment documentés, viennent dégrader la prise en charge des populations les plus précaires. Les équipes ont observé des ruptures de traitements pour des personnes en situation administrative précaire ayant des pathologies chroniques entraînant des conséquences graves pour leur santé. Par exempe, des personnes atteintes de cancer dont les soins ont été considérés comme ni urgents ni vitaux sont laissées sans soins, prises en charge ni par la PASS, ni par le Dispositif pour les soins urgents et vitaux (DSUV). Ces barrières à l'accès sont vraisemblablement liées à l'effet concomitant du prix exorbitant de ces traitements, des budgets limités des PASS et de la contrainte financière pesant sur les hôpitaux.

À Lyon, par exemple, le centre de soins de MdM n'arrive pas à faire en sorte que des patients ayant l'hépatite C aient rapidement accès au traitement, comme selon les recommandations HAS. Les PASS et le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic CeGIDD refusent cette prise en charge et l'accès au traitement est reporté à une date ultérieure, en attendant l'ouverture des droits. À Nancy et à Bordeaux, nos équipes constatent des refus d'accès aux médicaments onéreux par des soignants hospitaliers. À la PASS de Montpellier, de tels refus concernent l'accès au traitement VIH.

En ce qui concerne les ruptures de stocks, nos équipes situées dans les CASOs constatent également l'impact des pénuries d'antibiotiques, notamment de l'amoxicilline, dans le suivi des recommandations thérapeutiques des traitements de première intention dans la prise en charge des infections respiratoires. Bien que des solutions aient été trouvées pour assurer des substitutions, cette réponse n'est pas idéale pour les patients et le système de santé, car elle ne reflète pas la balance bénéfice risque optimale attendue dans ce genre de situation d'un point de vue d'efficacité, d'effets indésirables et d'antibiorésistance.

31 P. Batifoulier : *Capital santé*, Éditions La Découverte.

et pérenne aux produits médicaux essentiels, aux vaccins et aux technologies dont la qualité, la sécurité, l'efficience et le rapport coût-efficacité sont garantis, et dont l'utilisation est scientifiquement fondée. Le fait que des médicaments appropriés et de bonne qualité soient disponibles et abordables est donc un indicateur important de la qualité des services de santé.

5. D'importantes défaillances du marché pharmaceutique

Aujourd'hui, les politiques du médicament sont impuissantes pour faire face aux nombreux dysfonctionnements du marché pharmaceutique. D'une part, l'arrivée de nouveaux médicaments et technologies de santé issus de la recherche biomédicale a apporté des solutions nouvelles à des besoins de santé auparavant irrésolus. Cependant, leurs prix excessivement élevés, consentis par les pouvoirs publics, représentent un problème majeur qui vient remettre en cause la soutenabilité des systèmes de santé solidaires, dont celui de la France.

D'autre part, nous voyons les pénuries de médicaments, qui se sont considérablement aggravées au fil des dernières années en raison des nombreuses délocalisations, prendre une ampleur sans précédent. Alors que des sous-traitants de producteurs de génériques tombent en faillite et que le tissu industriel « local » se voit davantage fragilisé, les producteurs de génériques ne sont pas incités à produire certains médicaments essentiels et, pour équilibrer les budgets, les prix des génériques baissent continuellement pour financer les prix exorbitants des médicaments innovants.

6. L'impact des prix des médicaments brevetés sur le budget de l'Assurance maladie

Les tensions financières liées aux médicaments ont été rendues visibles pour la première fois dans les pays à revenus élevés en 2014 avec l'arrivée dans de très nombreux pays d'Europe des nouveaux traitements contre l'hépatite C, les dits antiviraux à action directe (AAD). En France, lorsque la firme Gilead Sciences introduit le sofosbuvir à un prix public de 41 000 euros par personne pour 12 semaines (durée d'une cure standard), le principe d'universalité d'accès aux soins a été mis en péril. Avec plus de 230 000 personnes vivant à l'époque avec une hépatite C chronique, un accès universel aux traitements aurait couté́ plus de 9 milliards d'euros au système de santé français. À ce niveau de prix, l'État français a organisé une politique de rationnement et de tri des patient·es avec la prise en charge uniquement des stades de fibrose les plus avancés. C'était la première fois dans l'histoire de l'Assurance maladie qu'un médicament n'était pas rendu accessible en raison de son prix.

Depuis le sofosbuvir, qui a été un marqueur du bouleversement du prix des médicaments dans les pays à revenus élevés, de nombreuses innovations thérapeutiques continuent à arriver sur les marchés à des niveaux de prix toujours plus exorbitants. C'est le cas du premier médicament CAR-T en oncologie, le tisagenlecleucel (Kymriah®), introduit en 2019 au prix record de 320 000 euros l'injection. Les prix exorbitants des nouveaux médicaments inscrits dans la liste en sus, laquelle permet une prise en charge des médicaments onéreux directement par l'Assurance maladie et en dehors du budget des établissements hospitaliers, questionnent la viabilité de notre modèle de financement de l'innovation thérapeutique. Désormais, les médicaments inscrits dans cette liste se comptent en dizaines ou centaines de milliers d'euros par patient·e, voire en millions d'euros pour quelques thérapies géniques. Selon la DREES, la

dépense pour les médicaments et dispositifs onéreux s'élevait, en 2020, à 6,5 milliards, augmentant de 9,4 % par rapport à 2019, et de 36,7 % en cinq ans[32]. De tels niveaux de prix sont d'autant plus préoccupants qu'ils sont concomitants des politiques d'austérité qui frappent le système de santé.

7. Les monopoles pharmaceutiques abusifs au cœur du problème

Ces prix sont permis par la constitution de monopoles formés à partir de la délivrance de brevets pharmaceutiques, lesquels sont concédés dans le territoire européen par l'Office Européen des Brevets. Lorsque ces brevets ne sont pas contestés, un tel arrangement institutionnel permet aux firmes de perpétuer des pratiques abusives dans le système européen de brevets, et ainsi d'exiger et négocier à l'échelle des pays des prix insoutenables, en assurant un contrôle durable sur des produits essentiels et vitaux. L'État français accepte ces monopoles abusifs aux dépens des personnes malades et de notre système de santé : il ne les questionne pas lors de la négociation de prix. De tels mécanismes d'appropriation sont d'autant plus inacceptables face à l'importance des investissements publics présents dans la recherche et développement (R&D) des produits et technologies de santé.

L'évolution du modèle économique des médicaments est marquée par d'importants déséquilibres dans l'organisation de la R&D des produits de santé. Les

ILLUSTRATIONS ISSUES DES TERRAINS MDM

« Dans sa pratique de terrain, Médecins du Monde à Toulouse constate que tous les laboratoires de biologie médicale ont été rachetés par 4 grands groupes. MdM avait jusqu'à présent un partenariat avec quelques-uns de ces laboratoires, qui permettait un accès gratuit à des analyses sanguines pour des patients en attente d'ouverture de leurs droits. Les nouveaux groupes propriétaires ont directement refusé la poursuite de ce partenariat. »
— Caso de Toulouse, avril 2023.

« Infirmière, j'ai travaillé dans le public et n'ose plus le faire à cause des conditions déplorables dans lesquelles nous soignons désormais les patients. J'ai aussi travaillé pour 2 cliniques rachetées par Vivalto, qui nous demandaient alors d'en faire plus en étant payés moins… Même si mes conditions de prise en soins des patients y étaient meilleures que dans le public, je savais notre "clientèle" triée sur le volet pour qu'on n'ait pas à gérer de complications. D'ailleurs si par malheur en post-opératoire on avait un problème, on les envoyait bien vite dans le public pour garder de bonnes statistiques et ne pas risquer d'avoir des décès… Je n'y restais pas longtemps, me sentant "collabo". »
— S, infirmière, maintenant salariée à MdM, mars 2023.

« À proximité de notre maison de santé pluriprofessionnelle, Ramsay s'est installé avec, entre autres, un centre de radiologie. Cela veut dire : secteur 2 exclusif, des actes inutiles, plus ou moins de compérages, des refus d'exécuter le même jour deux actes prescrits à un patient à cause de la décote de 50 % sur le deuxième acte (le patient doit donc prendre rdv sur deux jours différents), des comptes rendus aléatoires, et bien sûr aucun contact entre le médecin et le patient. Une vraie pompe à argent, comme on se le dit avec mes confrères médicaux et para-médicaux. »
— F, médecin généraliste libéral, bénévole à MdM, octobre 2022.

32 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf

États des pays développés, dont la France, ont confié à quelques grandes entreprises la production de l'innovation pharmaceutique sans néanmoins exiger des contreparties en termes de prix et de transparence. Ces firmes ne réalisent plus la recherche, mais opèrent grâce à l'appropriation de connaissances produites au sein des établissements de recherche financés par des fonds publics ou du rachat de start-ups, elles-mêmes propulsées grâce à la recherche et des financements publics. Compte tenu des exigences de leurs actionnaires, elles ont pour priorité la génération d'importants bénéfices, notamment par une politique de prix élevés et, par conséquent, une déconnexion avec les besoins des populations et des systèmes de santé. L'absence d'une gouvernance équilibrée, englobante et démocratique de la politique de R&D articulée aux priorités du système de santé perpétue ces déséquilibres.

8. Le régulateur doit reprendre la main du marché du médicament

Des outils existent pour faire valoir la santé de toutes et tous, contre l'intérêt de certains, à l'image de la licence d'office. Celle-ci permet de lever, contre répartie équitable, l'effet d'un brevet pour permettre la production locale ou l'importation d'un traitement en version générique. La simple existence de cet outil devrait théoriquement renforcer la puissance publique dans la négociation des prix. L'État français, comme de nombreux pays à revenus élevés, s'étant toujours refusé à faire usage de cet outil juridique, a cependant vidé ce moyen de sa puissance politique.

Refusant d'affronter le problème des barrières à l'accès posées par la propriété intellectuelle, ce rôle est renvoyé à la société civile alors que cela ne devrait pas être le sien. Les récentes victoires des oppositions au brevet déposées par des associations comme Médecins du Monde auprès de l'Office Européen des Brevets, témoignent pourtant de la fragilité des brevets aujourd'hui délivrés au niveau européen. Non seulement l'État ne prend pas en compte la faiblesse de ces brevets lors de la négociation des prix, mais d'autres paramètres, tels que les acquisitions et le rachat de start-ups, la recherche et les fonds publics effectivement investis autour de chaque molécule, ou encore le coût de production, ne se trouvent pas sur la table de négociation. Pourtant de telles informations permettraient d'indexer les prix au coûts réels de R&D.

Face à la crise qui touche l'organisation et le financement de notre système de santé, l'État doit aussi mettre en place une réforme citoyenne dans le pilotage de sa politique du médicament en assurant l'approvisionnement continu et opportun de technologies essentielles. Cela nécessite de s'engager à s'émanciper des logiques de marché, de plus en plus dans une fuite en avant d'hyper lucrativité, et du modèle en vigueur.

Il est urgent de casser le colloque singulier, opaque, réservé aux firmes et à une élite administrative tenue au secret. Il est nécessaire d'inclure dans les grandes orientations de recherche, dans la négociation des prix, et plus largement dans la gouvernance des produits de santé, des décideur·euses politiques, des représentant·es des hôpitaux, des patient·es et des usager·ères du système de santé, les représentant·es de la société civile engagée dans l'accès aux soins, ainsi que des industriels du médicament partenaires des orientations posées par les priorités du système de santé, en assumant un haut niveau d'exigence en matière d'intelligence collective et de transparence, notamment sur les liens d'intérêt.

RECOMMANDATIONS

Pour MdM, les politiques publiques du système de santé devraient être fondées sur l'affirmation forte de missions de service public de santé et ainsi il nous parait essentiel de :

Contrer la financiarisation du secteur de la santé :

➜ Adapter les modes de tarification, de rémunération et de paiement pour qu'ils répondent à un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

➜ Construire démocratiquement ces modes de paiement et de tarification avec les différentes parties prenantes (usager·ères, professionnel·les, Assurance maladie, associations, structures de santé publique, économistes…).

Construire une politique pharmaceutique soutenable au service de la pérennité de l'Assurance maladie :

➜ S'engager à mettre à disposition les médicaments essentiels à des prix transparents et soutenables, indexés aux coûts réels de recherche et développement afin de garantir leur disponibilité.

➜ Renforcer les moyens que l'État se donne pour négocier les prix de l'innovation thérapeutique en promouvant les flexibilités prévues dans le droit de la propriété intellectuelle pour protéger la santé publique :

- En ayant recours à la licence d'office, tout en créant un espace de concertation incluant la société civile (associations d'usager·ères, médicales et de santé publique) afin de co-construire le cadre d'utilisation de cet outil légal.
- En assurant le respect rigoureux des critères de brevetabilité des inventions en santé, et en intégrant des critères de santé publique dans l'analyse de brevetabilité des produits de santé commercialisés en France.
- En instaurant la transparence sur les prix réels des traitements, les déterminants de ces prix et les conditions des négociations des prix.

➜ Réformer les modèles de recherche et développement pour mettre fin aux abus de brevets et monopoles et prendre en compte et valoriser la recherche publique :

- En exigeant des contreparties claires de la part des bénéficiaires, publics et privés, des financements publics destinés à la recherche et développement : transparence, partage de propriété intellectuelle, prix abordables.

METTRE AU CŒUR DES CHOIX D'ORGANISATION DE LA PRÉVENTION ET DU SOIN LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ

De nombreux assurés sociaux font l'expérience de ce qui est souvent qualifié de « crise » du système de santé : files d'attente dans les services d'urgence à l'hôpital, délais d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste de second recours, difficulté à trouver un médecin traitant, délitement de la médecine scolaire, de la médecine du travail, des centres de protection maternelle et infantile, fermeture d'hôpital ou de maternité, distance à parcourir pour aller dans une structure de santé, prix à payer si on peut faire face aux dépassements d'honoraires au sein de l'hôpital ou en ambulatoire, difficulté à choisir et payer une complémentaire santé pour celles et ceux qui ne dépendent pas d'une complémentaire d'entreprise, difficulté à parler avec et à rencontrer physiquement une personne dans les administrations…

Face à ces difficultés, tout le monde n'est pas armé de la même façon et n'a pas les mêmes ressources (financières, réseau social, accès à l'information, langue, aisance) pour y faire face, et n'a pas non plus les mêmes problématiques de santé ou les mêmes déterminants de santé comme on a pu l'exposer plus haut. Les inégalités se cumulent aux inégalités, et Médecins du Monde a pu observer dans différents projets[33] un important renoncement aux soins de populations assurées sociales défavorisées, en raison du manque ou de l'absence de services sociaux d'accompagnement, en raison des difficultés à se déplacer vers des professionnel·les de santé et des lieux de soins de plus en plus rares et éloignés. Ainsi, il apparait que l'affaiblissement actuel du système de santé a déjà, et va avoir, plus d'impact sur les catégories socio-économiques les plus défavorisées et plus encore sur les plus précaires, déjà à la marge du système[34] ; et ce alors même que les personnes les plus marginalisées sont souvent invisibles dans la statistique publique et les grandes enquêtes nationales.

Les populations les plus exclues sont les sentinelles de la dégradation qui in fine touche ou va toucher les autres catégories de la population générale.

Un système de santé cohérent et efficient se doit d'articuler les structures de premier recours de proximité couvrant tout le territoire avec un hôpital public renforcé dans ses moyens et qui s'adapte à l'évolution des enjeux de santé (ex. maladies chroniques, épidémies…).

1. Des inégalités sociales et territoriales de santé très fortes et des besoins de soins en profonde évolution

Or, les inégalités sociales dans l'état de santé sont déjà très fortes en France[35]. À l'âge de 35 ans les cadres y ont une espérance de vie de 6,5 ans supérieure à celle des ouvriers, et une espérance de vie en bonne santé de 10 ans supérieure[36]. Si les travaux sur les inégalités sociales de santé sont encore peu développés en France, les publications se multiplient à la suite de la crise Covid[37].

33 Notamment les programmes en ZUS à Lille et Hénin-Beaumont (Hauts-de-France), les programmes en milieu rural en Haute Vallée de l'Aude (Occitanie) et dans les Combrailles (Auvergne).

34 *« Selon le [gradient social de santé], un continuum fait correspondre la santé des individus à la position sociale occupée respectivement par chacun d'entre eux (…). Ainsi "la plupart des indicateurs de santé (espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, santé perçue, adoption de comportements favorables à la santé, utilisation du système de santé…) se dégradent-ils en allant des catégories sociales les plus favorisées aux plus défavorisées" (Lang, Ulrich, 2017). Pour leur part, les multiples déterminants de santé dégagés par la recherche font l'objet d'une répartition en "trois grandes familles" : les déterminants socio-économiques ; les comportements de santé ; le système de soins et de prévention médicalisée. Considérés comme dépendants les uns des autres, "ils forment de véritables chaînes de causalité et s'accumulent […] au cours de la vie" (Lang, Ulrich, 2017). »* : Revue française des affaires sociales : *« Appel à contribution »*, RFAS n° 3 juill.-sept. 2021, p. 365.

35 Sur ce sujet, voir le riche numéro de la Revue française des affaires sociales (RFAS) : *La fabrique des inégalités sociales de santé*, 2021/3.

36 https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-d-esperance-de-vie-entre-les-categories-sociales-se-maintiennent?id_theme=19.

37 RFAS n°3 juillet-septembre 2020 *op. cit.* ; Actualité et dossier en santé publique (ADSP) : *« Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution »*, n° 113 mars 2021 ; DREES : *« Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. État des lieux et perspective »*, Dossiers de la DREES n°62, juill. 2020.

L'épidémie a en effet mis en lumière, et accentué, de façon spectaculaire, ces inégalités cumulatives : état de santé (surmorbidité et surmortalité pour certaines pathologies, dont des pathologies chroniques), exposition aux risques liés au travail, au logement, aux transports, inégalités d'accès aux soins, inégalités territoriales, etc. À titre d'illustration, de façon emblématique et encore trop peu visible, les populations immigrées, qui cumulent statistiquement les difficultés socio-économiques, payent un lourd tribut à l'épidémie : selon les dernières données de l'INSEE, sur les vagues 1 à 3 de l'épidémie, 50 % de l'ensemble des décès Covid concerne des personnes immigrées[38]. Ou encore, des données récentes montrent pour la première fois depuis très longtemps une augmentation de la mortalité infantile en France[39], et si les causes n'en sont pas encore scientifiquement décryptées, des analystes pointent déjà les fortes inégalités sociales et territoriales face à cette mortalité infantile[40].

Par ailleurs, les besoins de soins augmentent et se transforment profondément, suite aux changements démographiques et environnementaux, avec trois tendances majeures : croissance démographique[41], vieillissement de la population et explosion des pathologies chroniques. À cela il faut ajouter les pandémies à venir ; santé humaine et santé animale étant de plus en plus interdépendantes, il est maintenant à prévoir que nous allons être confronté·es à des épidémies virales et des vagues ordinaires qui se succéderont[42].

Les maladies chroniques[43] sont en telle croissance que l'on parle d'une véritable transition épidémiologique. En 2017, l'Assurance maladie comptabilisait en France près de 11 millions d'assuré·es en affection longue durée (ALD), et, toutes les maladies chroniques n'étant pas classées comme des ALD[44], elle estimait à 20 millions le nombre total de personnes touchées par une ou plusieurs maladies chroniques, soit 35 % des assuré·es du régime général[45]. Parmi ces maladies chroniques, on peut citer : maladies cardio-vasculaires, cancers, insuffisances respiratoires, diabète, obésité, maladies auto-immunes, maladies inflammatoires, troubles psychiatriques, maladies de la vision.... Ces pathologies sont liées au vieillissement de la population, aux modes de vie, et, comme cela est de plus en plus documenté scientifiquement, à des facteurs environnementaux : alimentation[46], pollutions[47]...

Les inégalités sociales sont très fortes face aux différents facteurs d'exposition aux risques de ces pathologies chroniques, qu'il s'agisse de facteurs liés aux conditions et environnements de travail, à l'alimentation, à la faiblesse de l'activité physique, au chômage[48]... Le CESE (Conseil économique, social et environnemental) souligne aussi le cumul des inégalités sociales et des inégalités territoriales de l'offre de soins. Il soulignait qu'il avait *« alerté les pouvoirs publics dans le contexte des « Gilets jaunes » sur les insuffisances de l'offre de soins dans certains territoires, qui contribue notamment à la saturation des urgences. Il réitère cette mise en garde dans le contexte de cet avis : cette situation est une cause de non-recours ou de renoncement au dépistage et aux soins, elle est défavorable à la prévention, au dépistage et à la prise en charge globale des maladies chroniques*[49]. »

De plus la maladie chronique aggrave à son tour les inégalités sociales (baisse des revenus, perte d'emploi). Et ce de façon encore plus marquée pour les femmes[50].

Ce cumul est encore plus accentué dans les outre-mer, où les indicateurs socio-économiques pour la population sont très dégradés, montrant ainsi des déterminants de santé très défavorables (taux de pauvreté, chômage, nombre de personnes bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, conditions d'habitat, etc.), avec de fortes prévalences de certaines maladies chroniques (obésité, diabète, insuffisances cardiaques et accidents vasculaires, cancers) et une offre de soins moindre.

38 M. Cognet : *« La fabrique des inégalités de santé. Une réalité sociale trop souvent tue. »* Revue française des affaires sociales, 2021/3.

39 https://presse.inserm.fr/augmentation-du-taux-de-mortalite-infantile-en-france-depuis-2012/44892

40 https://reporterre.net/La-mortalite-infantile-augmente-en-France

41 Études et résultats, DREES, février 2020, *ibid*.

42 IPBES : *« Escaping the era of pandemics »*, 2020 ; B. Coriat : *La pandémie, l'anthropocène et le bien commun*, Les liens qui libèrent, 2020.

43 Pour une définition des maladies chroniques et ses enjeux, voir Chasang et Gautier 2019, *ibid*., p. 12 et s.

44 30 maladies sont classées en ALD.

45 Chasang et Gautier 2019, *ibid*.

46 De nombreuses études ont démontré l'importance du facteur nutritionnel notamment sur les cancers, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose, l'hypertension artérielle. Voir A. Laude, D. Tabuteau : *La loi Santé. Regards sur la modernisation de notre système de santé*, Presses de l'EHESP, 2016, p. 116.

47 Chasang et Gautier 2019, ibid., p. 18. Il est de plus en plus documenté scientifiquement que la pollution de l'air, de l'eau, des sols, les pollutions physico-chimiques (particules fines, perturbateurs endocriniens, pesticides) jouent un rôle majeur dans l'augmentation du nombre de cancers, de maladies auto-immunes endocriniennes, de pathologies de la thyroïde, de troubles du système immunitaire et reproductif, de maladies neurodégénératives...

48 Plusieurs études ont mis en évidence un lien entre chômage et certaines maladies chroniques, notamment cardiovasculaires et certains cancers. Voir Chasang et Gautier 2019, *ibid*. (p. 27).

49 Chasang et Gautier 2019, *ibid*., p. 27.

50 Par exemple en cas de maladie chronique un sondage montrait que les femmes perdent deux fois plus leur emploi que les hommes (11 % contre 5 %) : voir Chasang et Gautier 2019. *Ibid*., p. 29.

2. Un manque global de professionnel·les de santé avec des disparités territoriales

Selon l'Assurance maladie, en 2021, ce sont 6,3 millions de patient·es qui se trouvent sans médecin traitant, soit 11 % de la population d'assuré·es, contre 5,1 millions en 2017[51]. Parmi eux, on compte 620 000 personnes ayant des affections de longue durée (ALD). Ce manque important de médecins traitants y compris pour des personnes avec des besoins de soins réguliers trouve ses racines dans la baisse de la démographie médicale et dans la forte concentration territoriale de cette profession.

En effet, si les effectifs globaux des médecins restent à peu près stables, on constate en fait une chute importante et continue du nombre de médecins généralistes depuis les années 2000, alors que le nombre de spécialistes augmente[52] [53]. La densité de médecins généralistes a diminué, passant de 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants à 140 entre 2020 et 2021, alors que la densité des médecins spécialistes a augmenté[54]. On voit également, pour les médecins généralistes et encore plus pour les médecins spécialistes, une importante concentration de ces professions sur certains territoires, provoquant des inégalités croissantes de présence médicale selon les territoires. Les lieux d'installation des médecins généralistes ou spécialistes sont liés d'une part à leurs origines sociales[55], et d'autre part à des problématiques plus larges d'aménagement du territoire, les territoires ayant moins d'activités économiques et désertés par les services publics étant bien sûr peu attractifs… Selon les chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé[56] datant de 2018, 3,8 millions de personnes habitent un territoire sous-doté, soit près de 6 % de la population.

Selon la DREES, la baisse du nombre de généralistes devrait se poursuivre jusqu'en 2025, et ne devrait pas s'améliorer avant 2030. Elle est essentiellement due au numerus clausus[57] – les médecins partant à la retraite sont peu remplacé·es – et cela alors même que les besoins de santé de la population augmentent et changent. L'accessibilité géographique aux médecins généralistes a baissé de 3,3 % entre 2015 et 2018 : à cause d'un décalage croissant entre l'offre de soins et les besoins de soins. Les professions paramédicales (kinésithérapeutes, infirmier·ères ou même les pharmacien·nes d'officine) sont aussi concernées par ces questions d'insuffisance de densité[58]. Cependant, seule la profession des médecins n'est soumise à aucun accord ou règlementation sur les lieux d'installation[59].

Dans ce contexte, les délais de rendez-vous augmentent[60], ainsi que le nombre de passages aux services des urgences hospitalières, les hôpitaux et leurs services d'urgence devenant une « voie de recours utilisée à l'excès »[61].

ILLUSTRATION ISSUE DES TERRAINS MDM

À Lyon, une médiatrice du programme bidonville raconte : « Cet après-midi, j'ai appelé un centre de santé, une maison médicale et trois médecins libéraux, pour chercher un médecin traitant pour un jeune Soudanais qui parle anglais… Aucune réponse positive actuellement dans un quartier du centre-ville loin d'être sous-doté en médecins… Le centre de santé ne prend pas de nouveaux patients en ce moment, tout comme la maison médicale car un des médecins vient de partir. Les trois médecins libéraux, soit ne prennent pas de nouveaux patients, soit ne parlent pas anglais. Une médecin m'a dit qu'elle ne savait pas comment faire avec ces jeunes… »
— G, médiatrice du programme bidonville de Lyon, septembre 2022.

51 Intervention de la Caisse nationale d'Assurance maladie au colloque de MG France, 3 décembre 2021 : voir notamment : https://www.mgfrance.org/actualites/3051 ; Camille Stromboli : *« La pénurie de généralistes, symptômes de la progression des « déserts médicaux » en ville comme à la campagne »*, Le Monde, 14 mars 2022.50 Depuis 2012, chute du nombre de médecins généralistes de 5,6 % et hausse du nombre de spécialistes de 6,4 %.

52 Depuis 2012, chute du nombre de médecins généralistes de 5,6 % et hausse du nombre de spécialistes de 6,4 %.

53 M. Anguis, M. Bergeat, J. Pisarik, N. Vergier, H. Chaput : *« Quelle démographie récente et à venir des professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques »*, Les dossiers de la DREES, n°76, mars 2021.

54 M. Anguis et al. *Op. cit.*

55 Les médecins sont souvent issus de catégories socio-économiques supérieures (43 % enfants de cadre ou cadre supérieur) : DREES : *« L'origine sociale des professionnels de santé »*, Études et Résultats, n° 496, juin 2006.

56 *Études & Résultats* n°144, DREES, févr. 2020.

57 *Études & Résultats* n°144, DREES, févr. 2020. Le numerus clausus a baissé à partir de 1980 jusqu'en 2019, suite à une alliance objective entre l'Assurance maladie et son objectif de réduction des dépenses de santé, et des syndicats de médecins libéraux y voyant une réduction de la concurrence.

58 https://theconversation.com/contraindre-ou-inciter-lepineuse-gestion-des-deserts-medicaux-167955. S. Castaigne, Y. Lasnier pour le CESE : « Les déserts médicaux », Avis du CESE, Conseil économique, social et environnemental, déc. 2017.

59 Par exemple, les infirmier·ères, pour être conventionné·es (donc voir ses actes remboursés par l'Assurance maladie), peuvent s'installer dans un territoire déjà surdoté en personnel infirmier uniquement s'ils s'installent à la place de quelqu'un qui part. Ce « conventionnement sélectif » a été accepté par les syndicats en contrepartie d'une revalorisation des tarifs. https://theconversation.com/contraindre-ou-inciter-lepineuse-gestion-des-deserts-medicaux-167955.

60 Ophtalmologie (80 jours), dermatologie, (61 jours), cardiologie (50 jours), rhumatologie (45 jours), gynécologie (44 jours). Voir DREES, *Études & Résultats* n°1085, oct. 2018.

61 M. Chasang, A. Gautier pour le CESE : *« Les maladies chroniques. Avis du Conseil économique, social et environnemental »*, Les avis du CESE, juin 2019, p. 26.

ILLUSTRATION ISSUE DES TERRAINS MDM

« Les équipes de MdM constatent partout et quasi quotidiennement l'absence ou les très faibles possibilités d'orientation des personnes en grande souffrance psychique sur des structures de santé mentale ou de soutien psychosociale, même dans des cas de décompensation aigüe, même pour des patients en grande souffrance, avec des risques pour leur survie, et qui cumulent souvent traumatismes et difficultés. À Nantes, les délais d'attente pour un rendez-vous en centre médico psychologique sont d'un an, et d'un mois pour un rdv avec la cellule du CHU sur les crises suicidaires chez les adolescents. K., jeune somalien de 15 ans est suivi par le programme MNA de MdM depuis le 1er juillet 2022. Dès notre première rencontre avec K., il nous demande si nous pouvons l'aider à rencontrer un psychologue. Un premier rdv est organisé le 5 juillet avec une bénévole. K. partage ses reviviscences, ses difficultés à dormir, ses cauchemars en lien avec son parcours et son passage en Lybie. Le 23 août, K. est accompagné par une bénévole de Médecins du Monde pour un rdv avec un pédiatre du CHU dans le cadre du suivi de sa tuberculose. Il exprime alors des idées suicidaires avec un scénario élaboré ; son état est très inquiétant. Il est directement orienté vers les urgences psychiatriques. Il en ressortira le soir même, malgré son état. Avec 10 comprimés de Tercian. La semaine suivante une orientation vers un CMP est travaillée (...). Le CMP apporte dans les semaines qui suivent une réponse défavorable, en indiquant les raisons suivantes : les demandes de soins sont très nombreuses actuellement et sont étudiées au cas par cas ; il est notamment évalué si le travail qui serait engagé pourra bien être suivi jusqu'au bout et si les facteurs pouvant garantir une prise en charge de qualité sont réunis : la personne sera-t-elle en mesure de poursuivre le soin de façon régulière et assidue ? Les difficultés liées à la précarité ne risquent-elles pas d'entraver l'engagement de la personne ? Les différences culturelles n'entraînent-elles pas des représentations différentes au sujet du travail avec un·e psychologue ? Comment prendre en compte l'interprétariat sans que cela n'affecte le soin ? Dans ce contexte, quel accès possible aux soins en santé mentale pour des jeunes migrants précaires ? »
— Programme Mineurs non accompagné, Nantes, octobre 2022.

La désertification médicale n'est pas qu'un sujet rural. L'Île-de-France est très touchée : 13 % de personnes en moyenne n'y ont pas de médecin traitant. La pénurie de médecins (ou sous-densité médicale), est encore plus forte dans certains départements d'outre-mer (Mayotte, Guyane, Martinique, Guadeloupe), alors que leurs populations ont des besoins de prévention et de soins encore plus criants. Ainsi, le manque de médecins généralistes et la forte concentration des médecins sur des territoires sont devenus un problème d'accès aux soins à part entière, avec des conséquences graves de non-recours aux soins, de renoncement, ou encore d'accès tardif avec des pertes de chance pour la santé.

Télémédecine

Si la télémédecine peut présenter un intérêt certain, elle ne peut pourtant pas être la solution à la baisse de la démographie médicale ni au problème de répartition territoriale des médecins : le risque de dérive parait en effet important, a fortiori dans le contexte du développement rapide d'un secteur médico-industriel privé, d'une pénurie de médecins généralistes et d'une concentration de l'ensemble des médecins. Elle devrait être pensée comme « un plus » et non comme une médecine de substitution. Elle présente un risque de dérive vers une médecine technique et inhumaine, en opposition avec la médecine et la

santé telle que MdM les conçoit. De plus, des populations en seront (en sont déjà) exclues : utilisée seule et sans encadrement, elle aura pour conséquences d'augmenter les inégalités de santé. Elle devrait être strictement encadrée, les professionnel·les l'utilisant dûment formé·es, et les dérives observées et sanctionnées.

ILLUSTRATION ISSUE DES TERRAINS MDM

R. est médiatrice de santé dans la Haute Vallée de l'Aude, et professionnelle dans un réseau de santé, accompagnant des patients dans le cadre d'un programme de télé-santé. R. a un diplôme interuniversitaire de Télémedecine (faculté de médecine de Montpellier) : « La formation des professionnels qui dispensent des actes de télé-santé devrait être encouragée, développée voire obligatoire. Dans la loi, un acte de télé-médecine ne peut être proposé au patient QUE si la même qualité de soin lui est apporté en visio. Dans les faits, ce n'est ni respecté, ni contrôlé. Par ailleurs, malgré toutes les bonnes volontés, notamment celle d'éviter les ruptures de parcours de soins en proposant l'alternative en visio, j'ai l'expérience personnelle que les patients se replient de plus en plus et ne sortent quasiment plus de chez eux. Car même si c'est différent à distance, ça a un côté « confortable » de rester chez soi, pour pleins de raisons, ou plutôt beaucoup de choses poussent à rester chez soi : fatigue, finance, transport, peur… ».

3. Des barrières financières importantes

Pour certains soins, les dépassements d'honoraires ont conduit à des écarts croissants entre les tarifs de la Sécurité sociale et les tarifs réellement pratiqués ; ils constituent un obstacle croissant à l'accès aux soins spécialisés en ville, et même à l'hôpital (public et privé). En effet, plus de 44 % des spécialistes sont en secteur 2[62], en augmentation constante, comme c'est le cas du montant global de dépassements d'honoraires, restant à la charge des patient·es ou de leur complémentaire santé s'ils en ont une, et en fonction de ce que celle-ci prend en charge.

Ainsi, la Cour des comptes constatait dans un rapport de 2017 une augmentation des inégalités territoriales et financières dans l'accès aux soins assurés par les spécialistes libéraux, en raison de leur concentration territoriale et des dépassements d'honoraires : *« Pour accéder aux soins dispensés par les médecins spécialistes libéraux, les patients sont confrontés à des inégalités majeures en fonction de leur lieu de vie et du niveau de leurs revenus. Des territoires ruraux mais aussi urbains connaissent une faiblesse globale de l'offre de médecine de spécialité. D'autres zones, urbaines, sont au contraire sur-dotées, mais comportent alors une majorité de spécialistes de secteur 2 pratiquant des dépassements d'honoraires, ce qui affecte l'accès aux soins pour des raisons financières. Bien que la démographie des médecins spécialistes libéraux soit orientée à la hausse, les inégalités territoriales et financières dans l'accès aux soins tendent à s'aggraver.*[63] »

Le secteur 2, autorisant les médecins conventionné·es à pratiquer des honoraires libres, a été créé en 1980. En 1989 un tiers de la profession l'avait adopté. En 2004, les médecins de secteur 1 sont autorisé·es, dans certains cas et avec un plafond, à pratiquer des dépassements d'honoraires. Le principe est donc banalisé, et érode considérablement le socle obligatoire et solidaire de la Sécurité sociale[64], provoquant une augmentation des inégalités d'accès aux soins.

En 1986, la Cour des comptes constate aussi que la politique menée par l'Assurance maladie[65] sur l'inflation des dépassements d'honoraires coûte cher à la collectivité pour des effets limités, puisque le nombre de médecins en secteur 2 et le montant global des dépassements[66] ne cesse d'augmenter, provoquant des inégalités financières croissantes d'accès aux soins pour la population.

Malgré ces constats très clairs, l'avis récent (consultatif) du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, portant sur l'organisation de la médecine de second recours, pour la régulation du système de santé, et pour la refondation de l'Assurance maladie[67], renvoient tout l'examen de cette question cruciale des dépassements d'honoraires à *« des travaux ultérieurs »*, alors qu'ils sont complètement déterminants pour examiner et faire des choix éclairés sur ces différentes dimensions du système de santé. Les dépassements d'honoraires

62 Pour une description des secteurs 1, 2 et 3, voir : https://www.france-assos-sante.org/66-millions-dimpatients/offre-de-soins-et-tarification/honoraires-des-medecins-liberaux.

63 Cour des comptes : *« La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale »*, septembre 2017, p. 228.

64 C. Bec, Y. Lochard. « L'assurance maladie : une obligation bien tempérée », *Les Tribunes de la santé*, vol. 65, no. 3, 2020, pp. 27-38.

65 Depuis 2017 avec l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam), les praticiens peuvent s'engager à limiter leur dépassement d'honoraire en contrepartie d'une prise en charge de leurs cotisations sociales par l'Assurance maladie…

66 En 2021, il a atteint la somme de 3,5 milliards d'euros.

67 Respectivement : *« Avis du HCAAM. Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé »*, 23 avril 2020 ; *« Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé »*, 22 avril 2021 ; *« Rapport du HCAAM. Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire »*, janvier 2022.

– c'est-à-dire les coûts de consultations et examens de santé dépassant les montants définis pour être pris en charge par la solidarité via l'Assurance maladie – apparaissent ainsi à ce jour comme un point aveugle ou opaque des réformes et réorganisations en cours, alors que la raison financière est une des causes majeures et croissante du renoncement et du non-recours aux soins.

4. Un hôpital public en grande difficulté

L'Hôpital public est en très grande souffrance. Les difficultés ont été accentuées par l'épidémie de Covid mais les racines de la crise sont anciennes. Les hôpitaux publics sont confrontés à de multiples difficultés avec des réformes successives depuis 15 à 20 ans. Les mobilisations, publications, alertes des acteurs et de nombreux collectifs se multiplient sur la « crise de l'hôpital », l'impact des réformes néo-managériales, les difficultés et la grande souffrance au travail des personnels hospitaliers, la baisse de la qualité des soins. Les mouvements sociaux des personnels, stoppés un temps avec la crise du Covid 19 ont repris après le premier déconfinement pour protester et alerter contre la poursuite des restructurations hospitalières, la baisse du nombre de lits, de postes, les nouvelles organisations du travail, les fermetures d'hôpitaux, de maternités, le manque de moyens généralisé, et maintenant le départ assez massif de nombre de professionnel·les des hôpitaux publics.

À partir des années 1980 les pouvoirs publics freinent les dépenses et prennent des mesures d'austérité : mise en place du budget global, fermetures massives de lits (100 000 en 20 ans), sous-traitance de nombreux services techniques au privé comme la restauration, la blanchisserie, la sécurité, le ménage, la logistique … La tarification à l'activité (T2A) est mise en place à partir de 2003 et pleinement à partir de 2008. Ce mode de financement d'une grande partie des activités hospitalières consiste à calculer les ressources (c'est-à-dire le tarif pris en charge par l'Assurance maladie) d'un hôpital en fonction de son activité, basée sur une standardisation médico-économique des soins et des durées types de séjour par acte ou pathologies, quelle que soit la durée du séjour effectivement réalisé pour le patient[68].

Elle a constitué un puissant vecteur de transformation du système hospitalier : raccourcissement des durées de séjours, incitation financière à certains actes au détriment d'autres moins rémunérateurs, enrôlement des soignant·es dans des logiques financières et une inflation de tâches administratives (codage des actes), creusement des déficits hospitaliers, mise en concurrence défavorable avec le secteur privé… Ce mode de financement, dont la logique continue à se développer, est pourtant remis en cause par de très nombreux acteurs, comme ayant des conséquences majeures sur l'organisation et la qualité des soins, sur la souffrance au travail des professionnel·les hospitalier·ères, voire comme ayant conduit à la « crise » de l'hôpital de façon générale[69]. Le recours au « nouveau management public »[70], à l'hôpital comme dans de nombreuses administrations et structures publiques, a été de pair avec l'instauration de la T2A.

En 2019, 1 200 médecins hospitalier·ères démissionnaient de leurs fonctions d'administration, de gestion et de représentation, en l'absence de négociation avec le gouvernement sur les moyens de

ILLUSTRATION ISSUE DES TERRAINS MDM

« À Nice, il est souvent difficile de trouver des praticiens ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires, pour certaines spécialités, notamment celles en "accès direct" : sont conventionnés secteur 1 à Nice : 4 pédiatres, 8 gynécologues, 9 ophtalmologistes. Cette situation engendre une "répartition" très inégale des patients bénéficiaires de l'AME pour lesquels la télétransmission est plus difficile (en l'absence de carte à puce) et certains praticiens renoncent maintenant à recevoir de nouveaux patients AME. En conséquence, nous rencontrons toujours des patients qui se heurtent soit à des refus de soins (6 % des répondants), ou qui ont dû régler des dépassements d'honoraires. Et au total, ce sont 18 % des patients qui viennent nous voir après avoir renoncé aux soins dans le système de droit commun. »
— Caso de Nice, rapport d'activité 2022.

68 Par exemple, un accouchement, quelle que soit la durée du séjour, est facturé 3000 € à l'Assurance maladie, soit environ 4 journées d'hospitalisation.

69 Voir entre autres : P. A. Juven, F. Pierru, F. Vincent : *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir, 2019 ; Ss dir. A. Grimaldi, F. Pierru : *Santé : Urgence. Urgences, crises de l'hôpital, vérité en médecine*, Odile Jacob, 2020 ; P.A. Juven, *Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, Paris, Presses universitaires de France, 2016.

70 Ensemble de réformes menées depuis la fin des années 1970 au sein de l'administration et des structures publiques, mettant au cœur de ces réformes le management (et non plus l'administration et les décideurs politiques), l'évaluation quantifiée de l'action publique et plus largement des techniques et idées importées du secteur privé. Voir entres autres : L. Boussaguet, S. Jacquot, P. Ravinet : *Dictionnaire des politiques publiques*, Sciences Po Les presses, 2019.

l'hôpital public[71]. Récemment et par exemple, 10 000 soignant·es adressaient une lettre publique au président de la République pour alerter sur la crise sans précédent de la pédiatrie à l'hôpital public[72].

La perte de sens du travail, la sensation de maltraiter les malades par manque de temps et au sein d'équipes de moins en moins stables et de plus en plus restreintes, expliquent la fuite massive des soignant·es vers le privé, vers l'intérim ou tout simplement l'abandon du métier lui-même.

Aujourd'hui l'hôpital public semble exsangue, avec un fort manque de lits et de personnels, des fermetures partielles ou totales de nombreux services d'urgences d'hôpitaux publics, faute de personnels, des Urgences débordées car en amont la « désertification médicale » pèse de plus en plus lourd, et en aval les lits dans les autres services sont insuffisants avec comme conséquences « les malades brancards » qui restent des dizaines d'heures dans les couloirs.

Certains services d'urgences sont contraints d'organiser un tri en amont remettant en question la mission de service public d'accès aux services d'urgences. Face à un hôpital public en difficulté majeure, le privé lucratif se développe et de puissants groupes financiers investissent dans les cliniques privées, dans les établissements psychiatriques et même dans les centres de santé de médecine de proximité. Ces évolutions constituent un danger important pour l'accès à la santé pour l'ensemble de la population et encore plus pour les publics précarisés. Se met ainsi en place de façon progressive et plus ou moins visible un système de santé à plusieurs vitesses (voir infra).

Médecins du Monde soutient les collectifs de défense hospitaliers dans leurs alertes, leurs analyses et leurs demandes pour la refondation d'un hôpital public : Collectif Inter-Hôpitaux, Collectif Inter-Urgences, Notre hôpital, c'est vous[73]. Les propositions de ces collectifs ont été développées dans une proposition de loi destinée à être soumise au Parlement dans le cadre d'un référendum d'initiative citoyenne[74], et regroupées autour de 4 demandes phares, urgentes (voir infra).

ILLUSTRATION ISSUE DES TERRAINS MDM

« Dans sa pratique de terrain, MdM constate des difficultés croissantes d'accès aux soins à l'hôpital public, un des premiers ou ultimes recours pour les personnes qu'on accompagne.
À Nantes, le service de gynécologie obstétrique suit les femmes enceintes en précarité seulement à partir du cinquième mois de grossesse. En sous-effectifs, le service ferme régulièrement l'entrée à de nouvelles patientes. Or les patientes en grande précarité n'ont d'autres alternatives que le suivi de grossesse hospitalier. À Nice, les rendez-vous sont difficiles à obtenir et les délais sont souvent longs pour des suivis de grossesse ou des suivis d'enfants. Depuis décembre 2019, il n'est plus possible de passer une échographie en PMI (suite au départ en retraite du médecin qui n'a pas été remplacé). À Nice encore, l'accès au centre anti-cancéreux reste très difficile voire quasi impossible sans couverture maladie. Alors que le Dispositif pour les soins urgents et vitaux (DSUV) pourrait être utilisé, il faut à chaque orientation "se battre" pour que les patients ne fassent pas l'objet d'un refus de soins.
Dans la plupart des Pass hospitalières dans les hôpitaux des villes où intervient MdM, et ce malgré l'engagement de nombres de ces professionnel·les, les délais de rendez-vous augmentent et peuvent même doubler (un mois, deux mois…). Beaucoup sont saturées, confrontées aussi au déficit de professionnel·les, et renvoient même sur MdM des patients.
— Rapport 2022 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins

Forfait urgence

Mis en place en janvier 2022, le « forfait patient urgences » pourrait s'apparenter à une véritable barrière financière pour les personnes les plus précaires. Il prévoit le règlement d'un tarif unique de 19,61 € en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation, et est à la charge du patient s'il n'a pas de complémentaire santé, dont on peut craindre qu'il soit à terme recouvré sur place. Un tarif minoré et des exonérations sont prévues pour certaines catégories de patients. L'objectif de cette mesure pour l'État est bien le recouvrement des coûts, payables par les mutuelles ou par les patients pour ceux qui n'en n'ont pas. En l'absence d'information claire et l'information principale étant que les Urgences sont payantes, cette mesure risque d'impacter de façon importante certains publics et augmenter les inégalités de santé et d'accès aux soins, en favorisant les renoncements, les retards et les reports de soins, notamment pour les publics pour lesquels les Urgences constituent de fait un premier recours ou encore un ultime recours.

71 https://www.liberation.fr/france/2020/01/13/hopital-il-n-y-a-pas-de-grande-reforme-sans-moyens_1772718.

72 https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/11/30/crise-de-la-pediatrie-monsieur-le-president-votre-silence-est-assourdissant-la-lettre-de-10-000-soignants-a-emmanuel-macron_6152265_3232.html.

73 https://www.notrehopital.org.

74 Rejeté depuis, mais le texte de la proposition de loi est là.

5. Favoriser les approches et dispositifs pluridisciplinaires

Les limites de l'exercice libéral solitaire conduisent de plus en plus les jeunes médecins à des modes d'exercices collectifs, en équipes, parfois pluridisciplinaires, en maisons de santé ou centres de santé. Ces modes d'exercices collectifs, paraissent en effet plus adaptés pour assurer une meilleure présence territoriale ; un meilleur suivi et un vrai relais des soins entre médecins et différentes professions de santé ; et en évitant un épuisement professionnel qui pourrait résulter d'un exercice solitaire dans des contextes de faible présence médicale. Un maillage du territoire par ces formes d'exercice pourrait permettre de mettre en œuvre une vraie politique de santé publique et de soins de santé primaires au plus proche des personnes incluant la prévention et une éducation à la santé avec les premières personnes concernées c'est à dire les habitant·es.

Cependant, le mode d'exercice collectif n'empêche pas des dérives marchandes (voir supra).

Concernant les modes de rémunération, le paiement à l'acte, que ce soit dans l'exercice libéral, maison de santé pluriprofessionnelle ou centres de santé, a de nombreux effets négatifs (course aux actes, inflation, inadaptation aux besoins de prévention, au suivi des personnes ayant des pathologies chroniques, aux besoins de coordination). De nombreux autres types de rémunération existent ou font l'objet d'expérimentation. La tarification à l'acte des centres de santé est aussi inadaptée aux besoins de santé des personnes. Les modes de rémunération et de financement des professionnel·les et des structures collectives devraient faire l'objet d'une négociation démocratique avec pour objectif de répondre aux besoins de prévention et de soins des populations.

Par ailleurs, des possibilités de délégation de tâches ont été développées. Ce terme entraine une confusion sur la diversité des tâches à répartir et il est important de distinguer les formalités administratives parasitant la pratique du médecin, des compétences que d'autres acteurs et actrices de la santé possèdent et qui peuvent être complémentaires de la pratique du médecin.

Les infirmier·ères en pratique avancée (IPA) notamment ont été institué·es par la loi santé de 2016, comme une nouvelle profession de santé[75]. Pour l'instant, une centaine de postes ont été créés en médecine de ville, qui accompagnent les personnes atteintes de maladies chroniques.

Forte de son expérience de terrain, Médecins du Monde soutient le travail en équipe avec une pluridisciplinarité des professions, médicales, paramédicales et sociales. Les protocoles de coopération pourraient être développés, des actes et des prescriptions par des soignant·es non-médecins (infirmier·ères, sages-femmes…) devraient être soutenus. Les tâches administratives des médecins devraient être allégées (financement de temps de secrétariat médical).

Des points de vigilances sont cependant à prendre en compte. Ces nouvelles modalités d'exercice ne doivent en effet pas déstabiliser des services hospitaliers déjà en souffrance, ni restreindre la pratique du médecin aux seuls aspects plus « techniques ».

Focus sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les CPTS créées par des lois de 2016 et 2019, sont montées à l'initiative des professionnel·les de santé et regroupent en théorie des équipes de soins primaires, des acteurs et actrices de soins du second recours, et/ou des acteurs médico-sociaux et sociaux autour d'un projet de santé concernant la population d'un territoire. Elles sont formalisées via un contrat tripartite de 5 ans entre la CPTS, l'ARS et l'Assurance maladie. Elles peuvent avoir des financements de l'Assurance maladie pour de la coordination et des actions non

75 À mi-chemin entre les médecins et les infirmier·ères diplômé·es d'État, les IPA pourront réaliser des actes jusqu'ici dévolus aux seul·es médecins, après une formation de 2 ans supplémentaires après 3 ans d'exercice : droit de réaliser certains examens (bilans sanguins, électrocardiogrammes, etc.), de renouveler et adapter les prescriptions médicales des patient·es suivi·es. Pour l'instant seulement trois « domaines d'intervention » sont prévus par la loi, dont les pathologies chroniques, et bientôt la psychiatrie.

financées à l'acte. Elles ont quatre missions « socles » obligatoires, dont l'accès aux soins et les actions de prévention. Mais, comme l'alerte le Syndicat de la Médecine Générale (SMG)[76], le cahier des charges des CPTS ne prend pas en compte ni les inégalités socio-économiques, ni les questions d'accessibilité financière (dépassement d'honoraires, tiers payant), ni encore les questions liées aux causes environnementales des états de santé. Par ailleurs, il est possible qu'à l'avenir l'adhésion des professionnel·les à une CPTS devienne obligatoire, conditionnant leur accès à toute une série d'aides, d'avantages et même d'activités, comme le recommande un récent rapport du HCAAM[77] de 2020.

Ainsi, le SMG s'inquiète des risques d'utilisation, si on peut dire, de ce dispositif de mise en réseau de coordination et d'accès aux ressources pour les acteurs de santé, par les acteurs du secteur privé à but lucratif, en pleine croissance : *« Dans le contexte libéral actuel, la marchandisation rampante de l'hôpital avec un transfert des activités hospitalières « rentables » du secteur public vers le privé, pourrait bien gagner les soins primaires. Les CPTS risquent d'être une porte ouverte supplémentaire au secteur privé (cliniques, assurances, entreprises du numérique, etc.) pour contrôler les pratiques et les filières de soins, la vente de matériel, de prestations… dans le but premier de faire des bénéfices. »*

76 SMG : *« CPTS : analyse du SMG »*, Pratiques. Cahiers de la médecine utopique, n° 87, oct. 2019. https://pratiques.fr/CPTS-analyse-du-SMG.

77 Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

RECOMMANDATIONS

L'organisation de l'offre de prévention et de soins doit être construite :

- ➜ En suivant les principes de justice et de solidarité, à partir des besoins de prévention et de soins des populations.
- ➜ En mettant donc au cœur des objectifs, la solidarité et la **réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** (état de santé, accès à la prévention et aux soins) et les besoins de prévention des personnes et des groupes.
- ➜ En considérant donc **la santé comme un bien commun** et la non-lucrativité comme un socle de la construction de l'offre de prévention et de soins.
- ➜ En mettant en œuvre un **principe démocratique** : associer les différents types d'acteurs concernés (citoyen·nes, personnes concernées, élu·es, professionnel·les…).

1. Pour lever les obstacles financiers directs et indirects à l'accès aux soins :

- ➜ Supprimer les dépassements d'honoraires, les franchises, les forfaits.
- ➜ Généraliser le tiers-payant intégral.
- ➜ Intégrer l'AME dans la Sécurité sociale, car sans AME les personnes étrangères en précarité se retrouvent à devoir payer leurs soins.

2. Pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales :

- ➜ Assurer un véritable système de santé avec des missions de services publics de santé incluant les structures de proximité et professionnelles à but non lucratif.
- ➜ Dans l'objectif de répondre aux besoins de prévention et de soins de toute la population, et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales :
  - Développer les modes d'exercices collectifs et soutenir particulièrement le modèle des centres de santé à but non lucratif ;
  - Revoir les modes de tarification et de rémunération de façon démocratique et concertée ;
  - Mettre en place un maillage territorial de professionnel·les de santé basé sur l'évaluation des besoins en intégrant la possibilité de réguler l'installation des professionnel·les de santé.
- ➜ Définir démocratiquement le maillage territorial nécessaire et possible de l'hôpital public, ayant des missions de service public d'égal accès aux soins pour toutes et tous.
- ➜ Favoriser les approches pluridisciplinaires, pour une prise en charge globale :
  - Développer les protocoles de coopération tout en les encadrant : renforcement des compétences des soignant·es non médecins ;
  - Renforcer également les compétences des personnes chargées du premier accueil, qui ont un rôle soignant et central auprès des personnes et au sein des équipes ;
  - Alléger les tâches administratives des médecins.

- ➜ Augmenter le nombre de médecins formé·es et améliorer la formation : mettre en place les conditions nécessaires à la suppression effective du numerus clausus (augmenter les capacités des facultés de médecine, développer les lieux de stage notamment en médecine ambulatoire et de premier recours, mieux répartir les facultés sur le territoire, favoriser le travail pluriprofessionnel dès le début des études, améliorer l'attractivité des professions de santé de premier recours…).
- ➜ Veiller à encadrer strictement la pratique de la télémédecine, dans l'intérêt des personnes et hors des logiques lucratives, afin qu'elle n'ait pas pour conséquence d'aggraver les inégalités sociales et territoriales de santé.

3. Pour défendre et refonder l'hôpital public :

Médecins du Monde soutient ces propositions de Notre hôpital, c'est vous :

- ➜ Garantir l'égalité de l'accès aux soins. Nous demandons que l'égalité d'accès aux soins de qualité soit le fondement de la politique de l'État pour l'hôpital public.
- ➜ Un nombre suffisant de soignant·es. Nous demandons que soit déterminé, dans tous les secteurs d'activités hospitalières, un nombre minimal de soignant·es par patient·es.
- ➜ Définir la quantité de lits en fonction des besoins. Nous demandons que chaque patient puisse accéder à un soin de qualité près de chez lui.
- ➜ Revoir le financement de l'hôpital. Nous demandons qu'un débat soit organisé avec tous les acteurs et actrices du système de santé, y compris les citoyens et citoyennes, pour déterminer ensemble les besoins et les priorités.
- ➜ Instaurer la démocratie sanitaire. Nous demandons que les usager·ères et le personnel hospitalier prennent part aux prises de décisions de l'hôpital.
- ➜ Développer les équipes d'aller-vers pour les populations les plus exclues en promouvant l'interprétariat et la médiation en santé.

Et MdM demande également de :

- ➜ Supprimer le forfait urgences, pour qu'aucune barrière financière directe ou indirecte ne vienne entraver l'accès aux services des urgences.
- ➜ Supprimer le développement du secteur privé à but lucratif au sein de l'hôpital.
- ➜ Faciliter les équivalences pour les médecins hospitaliers possédant un diplôme étranger et les intégrer à salaire égal mais nous refusons le pillage des pays pauvres de leurs professionnel·les de santé pour égoïstement remédier à notre pénurie.
- ➜ Sanctuariser l'hôpital et, plus largement, tous les lieux de soins afin d'y garantir la protection du personnel soignant et des patient·es ainsi que le respect du secret professionnel face aux pressions policières.

CONCLUSION

Ce positionnement de Médecins du Monde sur le système de santé introduit une série de propositions pour la transformation indispensable de notre système de santé. À travers ce document, nous défendons un système public de santé accessible à toutes les personnes vivant en France, un système solidaire et inclusif qui agit sur les déterminants de santé et intègre pleinement la prévention.

Il marque une évolution de l'association qui, au-delà de son plaidoyer « classique » en rapport direct avec les populations les plus exclues accompagnées dans ses projets, se pose la question de l'accès à la santé et à la protection maladie pour l'ensemble des personnes présentes sur le territoire. Il concerne la santé de tous et de toutes et ce avec une exigence aiguë et réaffirmée d'égalité. Ce positionnement est devenu une nécessité devant la dégradation généralisée du système de santé à laquelle nos équipes sont confrontées quotidiennement, entravées par les énormes difficultés à orienter les personnes vers les structures du droit commun.

La volonté de Médecins du Monde est d'apporter son expérience de terrain pour participer au nécessaire débat démocratique visant à la transformation en profondeur du système de santé et à l'amélioration de la protection maladie.

Ainsi nous réaffirmons que :

- ➜ Le secteur de la santé, de la prévention et du soin, doit être sanctuarisé dans un système de protection qui défend la santé comme bien commun, sorti de la logique de la lucrativité et du profit.
- ➜ L'Assurance maladie doit être réellement universelle et totalement protectrice avec comme principe fondateur de la Sécurité sociale « chacun donne selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ».
- ➜ Les structures de santé de premier recours, et les professionnel·les dans leurs diversités, coordonnées avec un hôpital public de qualité redevenu hospitalier pour les patient·es et le personnel, doivent répondre à l'intérêt général et à l'exigence d'un service public de santé de proximité.
- ➜ Au centre de ces changements, la démocratie doit être mise en œuvre dans le domaine de la santé : elle devrait permettre aux citoyen·nes et aux personnes concernées de s'emparer des questions de santé.
- ➜ Réduire les inégalités de santé implique, au-delà de ce système de santé refondé, d'agir véritablement sur tous les déterminants de santé, qu'ils soient sociaux, culturels ou environnementaux, dans des politiques intersectorielles et de santé.
- ➜ Ce système de santé transformé doit être le reflet de la société plus égalitaire, plus solidaire et plus inclusive à laquelle nous aspirons.
- ➜ Une véritable politique de santé publique faisant de la santé un droit fondamental et rejetant toute forme de discrimination est une exigence.

Il y a urgence à défendre le droit et l'accès à la santé de qualité pour toutes et tous, c'est une exigence d'égalité !

MÉDECINS DU MONDE

SOIGNE AUSSI L'INJUSTICE