Élection présidentielle - 18 avril et 2 mai 2027

LES PLANS THÉMATIQUES DE *L'AVENIR EN COMMUN*



COMMENT NOUS ALLONS RECONSTRUIRE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

ÉDITION 2027

LA FRANCE INSOUMISE

MELENCHON 2027.fr

SOMMAIRE

I EMMANUEL MACRON : LE FOSSOYEUR DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ 4

II NOTRE STRATÉGIE POUR FAIRE DE LA SANTÉ UN BIEN COMMUN ET VAINCRE LES MALADIES ÉCOLOGIQUES 12

III COMMENT NOUS ALLONS RECONSTRUIRE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ 15

1. Nos mesures pour répondre à l'urgence 16

1.1 Lever les premiers obstacles financiers aux soins 16

1.2 Soutenir les équipes et rétablir les capacités hospitalières indispensables 16

1.3 Répondre à la crise de la psychiatrie 17

1.4 Commencer à éradiquer les maladies écologiques 18

2. Nos propositions pour faire de la santé un droit pour toutes et tous 19

2.1 Instaurer le 100 % Sécu et financer les besoins de santé 19

2.2 Construire un service public des soins de proximité 22

2.3 Refonder l'hôpital public et garantir un système de santé de qualité pour toutes et tous 24

2.4 Former, recruter et protéger les professionnels de santé 26

2.5 Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé 27

2.6 Protéger la santé au travail et les victimes d'accidents et de maladies professionnelles 30

2.7 Refonder le service public de santé mentale, de psychiatrie et de pédopsychiatrie 31

2.8 Protéger la santé dès la naissance et tout au long de la scolarité 32

2.9 Lutter contre les discriminations sexistes et de genre dans la médecine et par le soin 32

2.10 Développer la prévention des addictions et la santé sexuelle 34

2.11 Des médicaments et produits de santé au service de l'intérêt général 35

2.12 L'État garant de l'organisation face aux pandémies 37

2.13 Mettre le numérique au service du soin et protéger les données 38

I. EMMANUEL MACRON : LE FOSSOYEUR DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ



Depuis 2017, Emmanuel Macron et ses gouvernements ont démantelé notre système de santé. Le bilan est désastreux : un hôpital durablement sous tension, une psychiatrie qui peine à répondre aux besoins, des inégalités persistantes d'accès aux soins et de nouvelles dépenses imposées aux malades. La crise était ancienne, ils l'ont accentuée jusqu'à la rupture.

Des maladies écologiques que les pouvoirs publics laissent prospérer

Notre santé dépend des conditions dans lesquelles nous naissons, travaillons et vieillissons. Les déterminants sociaux et environnementaux influencent l'exposition aux risques, l'apparition des maladies et les possibilités de guérison. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) souligne leur rôle majeur dans les inégalités de santé.

D'où l'expression de « maladies écologiques » qui décrit les conséquences sanitaires de décisions économiques et sociales telles que l'exposition à des substances toxiques comme les pesticides, l'intensification du travail, la vie dans des logements insalubres, la malbouffe ou l'affaiblissement des protections collectives. Les mécanismes biologiques des maladies et leurs déterminants sociaux se combinent. Il faudrait agir sur les causes évitables de ces maladies, plutôt que d'exiger des individus qu'ils fassent face seuls aux conditions qui les rendent malades.

Les grandes questions de santé publique sont aujourd'hui liées à notre mode de production. 80 % de notre santé dépend de notre environnement. En France, 40 000 décès chaque année sont attribuables à la pollution de l'air, et notamment aux particules fines. Plus de 433 000 nouveaux cancers ont été diagnostiqués en 2023. C'est deux fois plus qu'en 1990. Le vieillissement de la population ne suffit pas à expliquer cette augmentation. L'alcool, le tabac, l'alimentation et les pollutions sont aussi des facteurs cancérigènes. L'Inserm établit une présomption forte de lien entre certaines expositions professionnelles aux pesticides et plusieurs pathologies, dont les lymphomes (cancers) non hodgkiniens et la maladie de Parkinson. Plus généralement, les chercheurs estiment que 40 % des cancers seraient évitables en réduisant les risques environnementaux et liés au mode de vie. Quant au diabète, le nombre de personnes qui en souffrent a été multiplié par 2 en 20 ans. 9 diabètes sur 10 ont pour cause principale la mauvaise alimentation. 1 couple sur 4 a des difficultés à avoir un enfant. Les perturbateurs endocriniens y sont pour beaucoup, car ils dérèglent les cycles hormonaux humains. Les maladies contagieuses émergentes sont soit de nouvelles zoonoses (Covid,

Variole B) – encouragées par la déforestation mondiale et les élevages intensifs, soit le fait de la présence de moustiques plus importante sous les latitudes hexagonales (dengue, chikungunya). Enfin, le problème croissant de l'antibiorésistance trouve aussi son origine dans les pratiques de l'agrobusiness.

Le poids des maladies chroniques oblige à changer de modèle. Il impose de renforcer la prévention des expositions évitables et les capacités de soins. L'agriculture intensive, les pratiques de l'industrie agroalimentaire et les conditions de production doivent être interrogées au regard de leurs conséquences sanitaires. Les dommages supportés par les personnes et la collectivité ne peuvent continuer à être traités comme une contrepartie acceptable des profits privés.

Le coût de ces dommages dépasse les remboursements des soins. Une étude de Santé publique France, publiée en 2025, estime à 12,9 milliards d'euros par an l'impact en santé et en bien-être des maladies étudiées attribuables aux particules fines en France hexagonale. Prévenir les pollutions relève donc aussi de la bonne utilisation des ressources collectives. C'est la seule façon vertueuse de réaliser des économies en matière de santé. Elle est à l'opposé des recettes libérales qui proposent de réduire les soins.

Sur la période 2020-2024, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % les plus modestes et les 5 % les plus aisés atteint 13 ans chez les hommes et 9 ans chez les femmes. Ces écarts donnent la mesure de l'injustice. Les personnes modestes cumulent plus souvent expositions professionnelles, contraintes alimentaires, logements dégradés et difficultés d'accès aux soins.

Le discours sur la « responsabilisation » des patient·es masque ces contraintes. Une politique de santé qui néglige les revenus, le logement, le travail et l'environnement laisse se reproduire les inégalités qu'elle prétend combattre. La prévention doit donner à chacun les moyens de vivre en bonne santé et combattre les activités qui dégradent cette santé.

Un hôpital détruit à coups de saignées budgétaires

Notre système de santé n'est pas préparé aux crises qui s'annoncent, faute de moyens et d'anticipation. La pandémie du COVID-19 a ainsi révélé les conséquences des politiques de réduction des capacités et de gestion des établissements sous contrainte. En 2024, les capacités d'hospitalisation complète ont encore reculé de 2 300 lits, tous secteurs confondus, ce qui porte le total de lits supprimés depuis 2017 à plus de 33 000. Les alternatives à l'hospitalisation sont utiles lorsqu'elles répondent aux besoins ; elles ne remplacent pas les lits et les équipes nécessaires aux patient·es qui doivent être hospitalisés. Tout cela a des conséquences très concrètes. Lors de l'été 2026, dans l'écrasante majorité des services d'urgence, une personne sur deux a passé la nuit sur un brancard. 1 500 à 2 000 morts par an seraient évitables si les urgences fonctionnaient correctement. Preuve que le logiciel macroniste est mauvais : les services de l'État montrent que malgré les saignées budgétaires infligées à l'hôpital public, sa situation financière ne s'améliore pas, voire s'empire. Les équipes doivent absorber les tensions, les difficultés de remplacement et le manque de marges dans l'organisation des soins. En aval des urgences, l'insuffisance de capacités adaptées prolonge l'attente et désorganise les parcours. Le dévouement des personnels sert trop souvent à compenser les défaillances du système. Le projet de financement de la Sécurité sociale pour 2027 prolonge la contrainte : la progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) serait limitée à 2 %, avec 3 % pour l'enveloppe des établissements de santé. Le budget n'augmente pas suffisamment par rapport aux besoins : ce qui veut dire qu'il baisse. Cette politique de coupes pour l'hôpital est d'autant plus irresponsable que le changement climatique accentue la charge sur les hôpitaux. Dans l'enquête de SAMU-Urgences de France, près de neuf services d'urgence répondants sur dix déclarent une hausse de leur activité pendant les épisodes caniculaires. Le changement climatique exige une anticipation durable : protection des personnes vulnérables, adaptation des bâtiments, capacités de soins et organisation territoriale. Un système maintenu sous tension permanente manque de marges pour absorber les crises.

Des soins de proximité difficiles d'accès et des parcours fragmentés

Trouver un médecin traitant, consulter un spécialiste ou bénéficier d'un suivi coordonné relève le plus souvent du parcours de combattant. Plus d'un·e Français·e sur trois habite dans un désert médical. La reconstruction de notre capacité à soigner doit répondre aux besoins de chaque collectivité.

Aujourd'hui, la pente prise n'est pas celle d'un service public de la santé maillant le territoire, mais bien d'une financiarisation de la santé. Les fonds de capital-investissement transforment les soins en un far-west. Biologie médicale, imagerie, chirurgie dentaire, pharmacie : toutes ces activités sont visées par la finance. Les fonds capitalistes rachètent un nombre croissant d'entités en vue d'extraire une marge nette de 10 %. Le prix de cette marge ? La concentration des structures, la fermeture des établissements de proximité, la réduction des amplitudes horaires, l'intensification du travail des praticiens et des économies sur chaque service rendu. Dans certains départements, un seul groupe détient toute la biologie médicale, lui donnant un pouvoir exorbitant sur l'ensemble des autorités locales et des patient·es !

La fin du *numerus clausus* dans les études de santé ne peut être effective qu'avec des enseignant·es, des terrains de stage et des capacités d'encadrement suffisants. La méthode macroniste a consisté à supprimer le *numerus clausus* en apparence tout en rationnant les moyens pour étudier. Il subsiste donc un *numerus clausus* caché du fait du manque de moyens. En tout état de cause, former davantage prend du temps. Sans organisation immédiate de la coopération entre professionnel·les, sans structures publiques de proximité et sans conditions d'exercice adaptées aux aspirations des jeunes professionnel·les, les patient·es continueront à subir les manques.

Le cloisonnement entre la ville, l'hôpital, le médico-social et le social aggrave les difficultés. La concurrence et les financements fragmentés font obstacle à des parcours construits autour des personnes - et le gouvernement a même tenté de liquider les structures d'exercice coordonné participatif qui assurent une prise en charge globale de leurs patient·es. La prévention, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement disposent de trop peu de place dans une organisation qui valorise d'abord les actes.

Santé mentale et pédopsychiatrie face à l'abandon

Le bilan de Macron en santé mentale est celui d'une priorité proclamée mais restée sans effet. La désignation d'une « grande cause nationale » ne résout ni les délais d'attente, ni le manque d'équipes, ni les ruptures de suivi. D'après les enquêtes récentes, 19 % des lycéen·nes présentaient un risque important de dépression en 2024, soit 3,5 points de plus qu'en 2022. La crise de la psychiatrie est ancienne mais elle s'est aggravée depuis 2017. Quand la consultation arrive trop tard, les personnes peuvent se retrouver aux urgences alors qu'un suivi de proximité aurait pu prévenir l'aggravation. La sortie d'hospitalisation devient elle-même une période à risque lorsque les relais ne sont pas organisés. Les coupes budgétaires ont transformé le manque de moyens en épuisement professionnel.

La pédopsychiatrie concentre cette faillite. La Cour des comptes relevait une baisse de 34 % du nombre de pédopsychiatres entre 2010 et 2022, une offre saturée et des inégalités territoriales majeures. Le rapport parlementaire publié en 2024 décrit des centres médico-psychologiques infanto-juvéniles saturés et des hospitalisations de mineurs dans des unités pour adultes faute de solutions adaptées. Un enfant en souffrance ne peut attendre que son état se dégrade pour accéder au soin. Ces retards affectent sa vie familiale, sa scolarité et son développement ; les familles doivent trop souvent multiplier les démarches ou financer une solution privée.

La santé mentale révèle aussi les conséquences des choix politiques sur les conditions de vie. La précarité, les violences, l'insécurité du logement, les discriminations, l'isolement et l'organisation du travail peuvent déclencher ou aggraver des souffrances. Les troubles psychiatriques ont toutefois des causes multiples et nécessitent des réponses cliniques propres : agir sur les déterminants sociaux et reconstruire les soins sont deux responsabilités complémentaires. Les applications, les campagnes de communication ou les consultations ponctuelles ne constituent pas à elles seules un parcours pour les troubles sévères.

Notre critique porte donc sur un échec concret : une politique incapable de garantir à chaque personne un accueil, une équipe et une continuité de soins adaptés. Réparer cet abandon exige de donner à la psychiatrie publique des moyens pérennes, de restaurer la pédopsychiatrie et de garantir les droits des patient·es, y compris lors des crises.

Les malades passent à la caisse tandis que la solidarité recule

Selon UFC-Que Choisir, en 2025, 1 Français·e sur 4 a renoncé au moins une fois à des soins pour des raisons financières. 10 années de libéralisme des gouvernements d'Emmanuel Macron ont aggravé le problème. Chaque année, les mutuelles augmentent leurs tarifs, à mesure que la Sécurité sociale rembourse une part de plus en plus réduite des soins. Depuis le 1er octobre 2026, les plafonds annuels des franchises médicales et des participations forfaitaires pour les médicaments, la consultation d'un médecin généraliste, d'un·e infirmier·e ou l'utilisation d'un transport sanitaire sont passés de 50 à 70 euros chacun. Les assuré·es peuvent désormais payer jusqu'à 140 euros par an contre 100 auparavant. Les malades chroniques ou atteints d'un cancer, par exemple, sont davantage susceptibles d'atteindre ces seuils. Or, ils pèsent plus lourd sur un petit revenu.

Baisser le remboursement ne fait pas disparaître le coût du soin : il en déplace le financement. À cela il faut ajouter les dépassements d'honoraires qui concernent désormais une majorité de médecins spécialistes.

On connaît l'effet contre-productif de ces déremboursements. Soit les personnes renoncent aux soins, soit elles reportent le traitement à plus tard, soit elles n'achètent qu'une partie des remèdes. Dans tous les cas, leur santé se détériore, donc des soins plus intensifs sont nécessaires ensuite, tirant vers le haut les dépenses globales de santé.

Cette facture revient soit directement aux patient·es, soit à leurs organismes de protection sociale. En 2024, les organismes complémentaires ont collecté 46,5 milliards d'euros de cotisations en santé, en hausse de 8,2 %, et leurs charges de gestion ont atteint 8,8 milliards d'euros. Cette superposition de financements entretient des coûts administratifs et des différences de protection. La solidarité de la Sécurité sociale doit être renforcée pour garantir les soins en fonction des besoins.

Enfin, les difficultés d'approvisionnement rappellent la fragilité de notre organisation pharmaceutique : 3 825 déclarations de ruptures (c'est-à-dire de pénurie de médicaments dans une pharmacie) ou de risques de rupture ont été enregistrées en 2024, en baisse par rapport à 2023 mais à un niveau encore important. Ces déclarations montrent que l'accès aux traitements ne peut être laissé aux seules stratégies industrielles.

Le macronisme aura donc conduit à un abandon de la population face aux maladies écologiques, une destruction progressive du service public de la santé et un transfert des dépenses aux patient·es. Reconstruire notre système de santé exige une rupture avec les choix qui organisent cette double injustice.


GASTROENTÉROLOGIE
C0262

II. NOTRE STRATÉGIE POUR FAIRE DE LA SANTÉ UN BIEN COMMUN ET VAINCRE LES MALADIES ÉCOLOGIQUES

Nous voulons garantir à toutes et tous les moyens de vivre en bonne santé et de recevoir les soins nécessaires, quels que soient leurs revenus, leur lieu de vie et leur situation. La santé est un bien commun. Nous partirons des besoins de la population pour organiser les moyens, les financements et les responsabilités publiques.

Notre stratégie repose sur quatre orientations.

- Agir sur les causes de la maladie. Faire de la santé un objectif des politiques de logement, de travail, d'alimentation, d'éducation et d'environnement. Réduire les expositions dangereuses et développer la prévention, sans culpabiliser les personnes ni sélectionner qui mérite d'être soigné. La prise en compte de la dimension environnementale de la santé sera notamment confiée aux éco-régions.
- Reconstruire un grand service public de santé. Organiser la coopération entre les soins primaires, l'hôpital, la psychiatrie, le médico-social et les services sociaux. Garantir une présence adaptée aux besoins dans chaque territoire, avec une attention particulière aux quartiers populaires, aux territoires ruraux et aux outre-mer.
- Faire le « 100 % Sécu », c'est-à-dire rétablir la solidarité du financement en intégrant les complémentaires privées à la Sécurité sociale, supprimer les barrières financières et planifier les investissements et les effectifs. Réguler les prix et lutter contre les rentes pour consacrer les ressources à la santé de la population, en échappant au racket des laboratoires pharmaceutiques grâce à un pôle public du médicament.
- Rendre le pouvoir aux assurés. Élire directement les conseils d'administration de la Sécurité sociale, indépendante de l'État, pour la placer sous contrôle populaire. Démocratiser les établissements de santé. Associer les patient·es, les professionnel·les et les habitant·es aux décisions, reconnaître les savoirs issus de l'expérience et garantir les droits dans le soin.

Nous distinguerons deux temps d'action. Dès les premières décisions budgétaires et législatives, nous arrêterons les reculs de prise en charge, financerons les besoins les plus urgents et engagerons les recrutements.

Une programmation pluriannuelle organisera ensuite la reconstruction des capacités, la formation et les transformations du financement et de la gouvernance. Les dispositifs d'urgence prépareront les structures durables ; ils ne constitueront pas une succession de solutions provisoires.

Cette programmation portera sur l'accès réel aux soins, les délais, les inégalités, la qualité des prises en charge et les conditions de travail.



III. COMMENT NOUS ALLONS RECONSTRUIRE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

1. NOS MESURES POUR RÉPONDRE À L'URGENCE

1.1 Lever les premiers obstacles financiers aux soins

La maladie ne doit pas devenir une sanction financière. Les premières mesures protégeront les patient·es et prépareront le passage au « 100 % Sécu ».

- Supprimer les franchises médicales et les participations forfaitaires sur les soins
- Renforcer immédiatement les permanences d'accès aux soins de santé, l'accompagnement aux droits, la médiation en santé et maintenir des accueils physiques pour les personnes éloignées du numérique
- Garantir une indemnisation protectrice pendant les arrêts de travail et supprimer les restrictions qui fragilisent les revenus, compromettent la continuité des soins ou contraignent à une reprise prématurée
- Adapter la durée et les modalités d'indemnisation aux maladies chroniques, aux traitements prolongés et aux besoins de convalescence
- Réduire les inégalités sociales de santé en identifiant les causes de « non-recours » aux droits sociaux et y remédier

1.2 Soutenir les équipes et rétablir les capacités hospitalières indispensables

La coopération doit remplacer la concurrence entre les différents compartiments de l'offre de soins. C'est le seul moyen de stopper la désertification médicale et de relever le défi des maladies chroniques.

Ceci suppose de :

- Constituer un véritable service public de soins primaires organisé autour de centres de santé avec des professionnel·les salarié·es
- En finir avec la logique perverse de « l'hôpital-entreprise » et lancer une refonte ambitieuse du service public hospitalier articulé avec le service public de soins primaires et financé à hauteur des besoins de la population et des nécessités du personnel

- Pour que l'hôpital public redevienne humain et attractif, la priorité est l'amélioration des conditions de travail pour tous les corps de métiers. Nous proposons donc de :
- Revaloriser immédiatement les salaires des soignants par une augmentation du point d'indice de 10 %
- Protéger les métiers, par exemple en reclassant les ambulanciers hospitaliers en catégorie B ou en programmant le retour à l'exclusivité pour les infirmier·es de bloc opératoire
- Coordonner avec les mairies un nombre suffisant de logements à des loyers accessibles permettant au personnel hospitalier d'habiter proche de son lieu de travail
- Répondre immédiatement aux besoins de base en matériels et équipements du personnel soignant, administratif et technique
- Ouvrir une enveloppe d'urgence destinée aux établissements publics, répartie selon les besoins de soins, les charges et les difficultés territoriales. Sécuriser le versement des crédits destinés aux soins et rendre publiques les décisions de mise en réserve et de régulation
- Suspendre les fermetures de services et de lits motivées par les seules économies budgétaires. Réexaminer les capacités nécessaires avec les équipes et les usagers, en garantissant la sécurité clinique

1.3 Répondre à la crise de la psychiatrie

Dès le début du mandat, mobiliser les moyens nécessaires pour recruter et stabiliser les équipes, rétablir les capacités d'accueil et garantir des soins dignes, accessibles et respectueux des droits des patient·es. Nous proposons de :

- **Recruter des psychiatres et des soignant·es et créer 2 500 postes de psychologues dans les centres médico-psychologiques,** pour réduire les délais d'attente et assurer la continuité des soins
- **Ouvrir au moins 360 lits en pédopsychiatrie,** avec les équipes nécessaires, et organiser des prises en charge adaptées pour mettre fin aux hospitalisations d'enfants dans les unités pour adultes
- Renforcer les équipes mobiles, l'accueil des crises et la prévention du suicide ; garantir un relais de soins effectif après chaque hospitalisation

- **Engager l'interdiction de la contention mécanique,** en développant les alternatives, la formation et les effectifs indispensables. Faire cesser immédiatement les pratiques illégales d'isolement et de contention et garantir les droits des personnes hospitalisées, notamment leur liberté d'aller et venir en soins libres
- Rénover en priorité les locaux vétustes ou indignes et garantir des conditions d'accueil protégeant l'intimité, la sécurité et la dignité des patient·es

1.4 Commencer à éradiquer les maladies écologiques

Dès son arrivée au pouvoir, le gouvernement insoumis s'attelera à vaincre les maladies écologiques. Il est évident que la prise en charge de la dimension globale, écologique et sociale de la santé humaine est une affaire de plans de moyen terme. Cependant, des mesures d'urgence peuvent être prises en quelques mois.

Aussi :

- Nous interdirons d'urgence les additifs dangereux pour la santé en limitant la liste à ceux autorisés dans l'agriculture biologique
- Nous prendrons en charge un réel suivi médical pour les personnes exposées au cadmium
- Nous aiderons les victimes des pollutions et les lanceurs d'alerte sur la base d'un fonds abondé par les consommations polluantes

Nous instaurerons une zone tampon pour protéger les enfants des pesticides et polluants autour des habitations, des crèches, des écoles et des hôpitaux

2. NOS PROPOSITIONS POUR FAIRE DE LA SANTÉ UN DROIT POUR TOUTES ET TOUS

2.1 Instaurer le 100 % Sécu et financer les besoins de santé

Considérer les dépenses de santé comme un coût à diminuer est un contresens. La santé est un investissement social, la condition indispensable de tout développement de l'humanité, son intelligence, ses facultés, son imagination. Au contraire, les coupes budgétaires dégradent la santé de la population et coûtent, à terme, davantage à la collectivité. Nous devons sanctuariser les moyens et garantir un financement solidaire de notre système de santé, fidèle à l'ambition fondatrice de la Sécurité sociale.

Il faut assurer une prise en charge intégrale des soins et de la prévention, tout en évitant les dépenses inutiles ou préjudiciables à la santé. Notre exigence de solidarité et d'égalité s'accompagne d'une même exigence de bonne utilisation des fonds publics, au service de la sécurité et de la qualité des soins.

- Instaurer le « 100 % Sécu » : intégrer les complémentaires privées à la Sécurité sociale et utiliser l'argent ainsi récupéré pour rembourser à 100 % les soins de santé prescrits (dont les soins et appareils dentaires, optiques, auditifs, prothèses)
- Supprimer l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) et affecter à l'Assurance maladie des ressources propres indépendantes du budget de l'État
- Lutter contre les dépenses inutiles en définissant démocratiquement un périmètre de la solidarité de tous les biens et services médicaux dont l'utilité médicale est reconnue en renégociant les prix exorbitants exigés par certains laboratoires pharmaceutiques et certaines catégories de professionnel·les (optique, dentaire, audioprothèse, etc.)

Le « 100 % Sécu », une mesure efficace, solidaire et simple à financer

Le 100 % Sécu consiste à intégrer les complémentaires privées à la Sécurité Sociale en vue d'une prise en charge intégrale par l'Assurance maladie des dépenses de santé. Une telle mesure est :

- Économique : sur 1€ cotisé à la complémentaire, 17 centimes partent en frais de gestion et de concurrence (publicité, marketing, frais divers). Mais sur 1€ cotisé à la Sécurité sociale, seuls 2 centimes sont consacrés aux frais de gestion. En conséquence, transférer l'activité et les emplois des complémentaires vers la Sécurité sociale, c'est économiser près de 10 milliards d'euros de frais de gestion à rediriger vers le remboursement des soins. C'est une mesure qui rapporte de l'argent à l'Assurance maladie.
- Solidaire : le financement et le niveau de couverture des complémentaires sont inégalitaires (cotisations qui dépendent de l'âge et du lieu de vie, niveaux de prise en charge très disparates selon les contrats, contrats très coûteux pour les retraité·es et les indépendant·es, prime aux plus aisés *via* la déduction des cotisations dans l'impôt sur le revenu) alors que l'Assurance maladie propose le même niveau de couverture pour tou·tes et a vocation à être financée par des cotisations sociales, liées aux revenus.
- Simple à financer : la transformation des primes versées aux complémentaires en cotisations sociales, les économies réalisées sur les frais de gestion, la suppression des dépassements d'honoraires et la régulation de prix aujourd'hui excessifs permettent de financer cette mesure.

Le 100 % Sécu ne se traduira par aucun licenciement :

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

Renouer avec la promesse initiale du 100 % Sécu exige également de revenir à une gestion démocratique de l'Assurance maladie. Nous le ferons en remettant en place les conseils d'administration avec leurs prérogatives de gestion qui ont été supprimées pour donner à l'État tous les pouvoirs, notamment sur les budgets *via* les lois de financement de la Sécurité sociale. Pour cela, la priorité sera de rétablir les élections permettant de désigner les représentants des assurés sociaux dans les conseils d'administration.



2.2 Construire un service public des soins de proximité

Un maillage des points d'accès aux soins primaires - qui organisent les soins courants, la prévention et le suivi au long cours - doit permettre un accès équitable et une coopération avec l'hôpital et le médico-social.

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

- Mailler le territoire de centres de santé pluri-professionnels. Favoriser l'exercice des soins primaires en équipes (médecins, infirmier·es, kinésithérapeutes, diététicien·nes, médiateur·ices de santé, etc.) et leurs liens avec les hôpitaux publics de secteur. Ces centres seront aussi des lieux de formation privilégiés pour les étudiant·es se destinant à l'exercice des soins primaires
  - → Développer un réseau de centres de santé publics ou communautaires, pluridisciplinaires et accessibles à toutes et tous, en priorité dans les territoires où l'accès aux soins est le plus difficile. Ces centres reposeront sur des équipes coordonnées et salariées, bénéficiant d'un financement pérenne pour répondre aux besoins de santé de la population et garantir une prise en charge de proximité
  - → Sanctuariser et développer les structures pionnières d'exercice coordonné participatives (qui offrent des consultations médicales, des rendez-vous de prévention, des échanges avec travailleurs sociaux et des réunions de patient·es) en garantissant leur financement intégral par l'assurance maladie
  - → Réguler l'installation des médecins et généraliser les guichets uniques pour les démarches d'installation des soignants
  - → Intégrer dans les centres de santé publics, coopératifs et communautaires des médiateurs de santé, des interprètes de santé et expérimenter les formes qui permettent de définir des priorités sanitaires locales en associant aux équipes soignantes des habitants, des patient·es, des associations
  - → Socialiser et territorialiser les soins pharmaceutiques, notamment par la création de pharmacies publiques et communautaires là où les besoins de la population l'exigent
  - → Renforcer les stages en soins primaires et les liens entre les centres de santé, les universités et les hôpitaux publics, afin de mieux préparer les futurs professionnel·les au travail en équipe et à la prise en charge coordonnée des patient·es

- Faire adopter un dispositif anti-concentration contre la financiarisation des structures médicales et médico-sociales impliquant l'interdiction de monopoles privés locaux et une limitation du nombre de structures possédées

- Organiser des assises participatives de la médecine de proximité dans chaque écorégion avec les acteur·ices concerné·es (représentant·es des usager·es, médecins généralistes et spécialistes, régulation SAMU, infirmier·es libéral·es, internes de régions, service d'urgence de secteur, syndicats représentatifs, instances territoriales, etc.) afin de solutionner collectivement les problématiques de désertification médicale et d'accès aux soins
  → Mettre en place une organisation permettant à l'ensemble du personnel médical et paramédical (étudiant·es compris) d'assurer l'accès à des soins courants de proximité pérennes sur tout le territoire
  → Lutter contre le surmenage des médecins généralistes : désaturer les centres d'appel 15 qui connaissent jusqu'à 30 minutes d'attente, via un plan de recrutement, une revalorisation salariale et un accompagnement psychologique des assistant·es, développer l'exercice pluriprofessionnel pour garantir la continuité du généraliste avec les autres soignants, accorder aux urgences les moyens de recevoir les patient·es plutôt que de les renvoyer chez le généraliste, assurer une rotation des généralistes sur le flux et supprimer 10 millions de certificats médicaux annuels qui gaspillent du temps médical (certificat pour enfant malade, pour grossesse dans la fonction publique, pour pratique de chant en chorale…)
  → Mettre en place une rotation de permanence de soins en centre de santé grâce à la mise en place d'un quota horaire mensuel à effectuer en zone de désert médical régionale (généraliste et spécialiste). Ces vacations permettront de venir en aide aux confrères et consœurs de ces localités et d'assurer un accès aux soins à tou·tes (quatre à douze heures mensuelles à définir selon les régions). L'organisation de ces vacations sera pensée collectivement au sein des assises régionales
  → Garantir les temps hebdomadaires de travail, les rémunérations, les remplacements et repos compensateurs des astreintes et gardes
  → Créer des postes salariés d'infirmier·e de pratique avancée dans les centres de santé locaux en lien avec les médecins vacataires

- Intégrer explicitement les sages-femmes en tant que professionnel·les de soins primaires et ouvrir la prescription au nécessaire à leur exercice



2.3 Refonder l'hôpital public et garantir un système de santé de qualité pour toutes et tous

Nous financerons les établissements selon leurs missions, les besoins des populations et les conditions nécessaires à des soins de qualité. L'hôpital doit pouvoir accueillir les situations complexes et les urgences sans dépendre de leur rentabilité.

- Rouvrir progressivement des lits en fonction des capacités avec l'objectif de garder un taux de lits vacants disponibles de 20 % pour pouvoir gérer sans tension les variations d'activité
- Rouvrir graduellement des services d'urgences et maternités de proximité afin d'assurer un service de santé public à moins de 30 minutes de chaque Français·e
- Réformer la gouvernance des hôpitaux afin d'assurer un fonctionnement collégial organisé autour des soins et du projet médical
- Sortir du tout T2A (tarification à l'activité) et de la politique du chiffre qui met les établissements hospitaliers en situation de conflits d'intérêt avec la Sécurité sociale. La T2A sera réservée aux actes techniques, standardisés et programmés tandis que les spécialités ayant à traiter des maladies générales seront financées par une dotation globale. Enfin, pour les soins palliatifs, nous reviendrons au prix de journée
- Après revalorisation des rémunérations, mettre fin aux dépassements d'honoraires dans une réforme plus profonde du financement

- Reconnaître la spécificité des pratiques professionnelles du médico-social et renforcer sa dotation en moyens humains et financiers. Le financement du médico-social sera réalisé à la dotation globale et non à l'activité
- Mettre en place un plan de rénovation du parc hospitalier français
  → Lancer un plan national de rénovation thermique et d'adaptation climatique des établissements de santé, avec priorité aux bâtiments les plus vétustes et aux structures accueillant des publics vulnérables. Associer confort d'été, isolation, ventilation, qualité de l'air intérieur, accessibilité et continuité des soins
  → Faire de l'adaptation au changement climatique un critère obligatoire des projets de construction et de rénovation : risques de chaleur, d'inondation et de rupture des approvisionnements, gestion de l'eau et maintien des fonctions
- Développer les soins palliatifs, le traitement de la douleur et les soins de réadaptation sur tout le territoire. Soutenir les aidants par des possibilités de répit, de formation et d'accompagnement, sans substituer leur travail à celui des professionnel·les
- Rendre gratuits les parkings des établissements publics de santé pour les patient·es, leurs proches et les personnels, afin que le stationnement ne constitue pas un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins.
- Interdire la concession des parkings des établissements publics de santé à des opérateurs privés et organiser la sortie progressive des contrats existants
- Réformer en profondeur les ordres professionnels de santé et les pouvoirs disciplinaires pour mettre fin aux dérives aux dépens des patient·es

2.4 Former, recruter et protéger les professionnel·les de santé

La reconstruction de notre système de santé repose également sur des professionnel·les suffisamment nombreux, formés et respectés. Les recrutements doivent s'accompagner de conditions permettant de rester dans les métiers.

- Engager un plan de recrutement pluriannuel pour avoir 100 000 soignant·es et médecins supplémentaires à l'hôpital, 300 000 dans le secteur médico-social et les EHPAD. Rendre obligatoire des ratios minimum de soignant·es par patient·es afin d'en finir avec la maltraitance institutionnelle
- Augmenter le nombre de places en faculté de médecine et créer des écoles normales de la santé et du social dans les collectivités afin de former davantage de professionnel·les de santé et du médico-social
- Engager un plan de formation massif des professionnel·les de santé. Augmenter les moyens alloués aux facultés de médecine et réformer la formation pratique pour rendre effective la fin du *numerus apertus* (qui avait lui-même remplacé le *numerus clausus* après sa suppression en 2020) et rétablir la possibilité de redoublement pour l'entrée en faculté de médecine
- Généraliser les contrats d'études dans toutes les formations paramédicales (infirmier·es, aides-soignant·es, ambulancier·es, etc.) avec une rémunération au SMIC pendant la formation contre un engagement à servir dans un établissement ou dans un territoire pendant un certain nombre d'années
- Permettre aux étudiant·es en médecine d'étudier dans des conditions correctes jusqu'à la fin de leur internat grâce à une garantie d'autonomie de 1 337 euros et reconnaître leur travail de stage
- Organiser la participation active des étudiant·es tout au long de leur parcours aux différents projets de santé publique dont les assises de la médecine de proximité, en relation avec leur cursus et choix de spécialité (pour les internes)
- Augmenter le recours au contrat d'engagement de service public (CESP) pour les étudiant·es en médecine avec un objectif de 10 000 contrats conclus à la fin du quinquennat

- Titulariser l'ensemble des contractuel·les à l'hôpital et encourager la formation du personnel. Organiser la polyvalence inter-services uniquement sur la base du volontariat
- Indexer annuellement les tarifs conventionnels des actes infirmiers ainsi que les indemnités forfaitaires et kilométriques de déplacement sur l'inflation. Associer cette indexation à une révision de la nomenclature selon la complexité, la durée et les besoins réels des soins, notamment à domicile ; garantir une prise en charge solidaire sans report du coût sur les patient·es.
- Créer par un cadre juridique spécifique un statut rémunéré d'« infirmier·e junior » pour les étudiant·es en fin de formation qui le souhaitent, après validation des compétences requises
  → Permettre une autonomie progressive et supervisée pour des actes expressément définis, avec un·e infirmier·e diplômé·e référent·e disponible, une rémunération au moins égale au SMIC pour un temps plein, du temps d'encadrement financé et une responsabilité clairement établie. Préserver la formation et les repos ; exclure ces étudiant·es du calcul des effectifs minimaux de professionnel·les diplômé·es et interdire leur affectation seuls à une unité ou à une garde.

2.5 Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé

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

C'est ce que propose *L'Avenir en commun via* notamment la promotion de l'agriculture écologique et paysanne, l'éradication de la pauvreté, la sécurisation des postes de travail ou encore la réduction des inégalités socio-économiques. Très concrètement, une fois au pouvoir, le gouvernement intégrera la santé environnementale dans toutes les politiques

publiques, notamment en instaurant une obligation d'évaluation santé-environnement pour chaque projet d'infrastructure ou de lois. Il chargera les écorégions, après leur création, de prendre en charge cet aspect pour d'abord définir, en lien avec les professionnel·les de santé, les associations, les représentant·es des malades et de leurs familles, les principaux déterminants environnementaux des maladies sur leur territoire. À partir de ce diagnostic, elles adopteront un plan de réduction des maladies écologiques précisant les actions nécessaires.

En parallèle, le gouvernement prendra les mesures suivantes :

- Adopter un plan national d'éradication des maladies chroniques liées à l'exposition aux pollutions (pesticides, radioactivité, amiante, produits chimiques, etc.) à partir des plans écorégionaux
- Adopter un plan d'action national de protection de la santé contre les perturbateurs endocriniens poursuivant l'objectif « zéro exposition »
- Appliquer un principe de précaution sanitaire avec une liste d'interdiction des substances dangereuses avérées, suspectées et présumées
- Doubler le budget du programme national de recherche environnement - santé - travail et publier ses enquêtes
- Augmenter les moyens de l'Institut national du cancer pour améliorer la connaissance sur l'épidémie de cancer *via* le déploiement effectif du registre national des cancers et décliner dans chaque écorégion ce registre
- Former massivement les professionnel·les de santé pour renforcer le dépistage et la prévention des maladies écologiques, et la prise en charge des plus vulnérables
- Mettre en place un interrogatoire allergique lors des visites de médecine scolaire et de médecine du travail pour prévenir le risque allergique
- Créer un fonds d'indemnisation spécifique des victimes, offrant une prise en charge intégrale pour toutes les victimes de maladies liées au chlordécone, qu'elles soient professionnelles ou environnementales

Une grande partie de la politique de prévention des maladies écologiques consistera aussi à déployer un ambitieux plan pour améliorer l'alimentation des Français·es, notamment :

- Fixer des taux maximaux de sel, de sucre et d'acides gras saturés dans les aliments transformés et garantir l'application de la loi dans les Outre-mer
- Rendre le nutri-score (étiquetage nutritionnel) obligatoire pour en finir avec la désinformation de la grande distribution
- Interdire la publicité alimentaire sur tous les supports (radiophonique, audiovisuel et électronique) à destination des enfants et adolescents
- Créer une heure hebdomadaire d'éducation à la nutrition de la maternelle au collège
- Garantir en permanence l'accès à cinq fruits et légumes de saison à prix bloqués
- Porter l'alimentation dans la restauration collective et scolaire à 100 % biologique et locale, diversifier les sources de protéines en augmentant la part des protéines végétales et garantir l'accès à une option végétarienne quotidienne
- Renforcer la place de l'éducation à la nutrition dans les programmes scolaires

Enfin, nous ferons du plan national santé environnement (PNSE) un moyen d'éradiquer les maladies chroniques liées à la malbouffe et à l'exposition aux pollutions, notamment dans le cadre professionnel (pesticides, radioactivité, amiante, produits chimiques)

- En réévaluant l'ensemble des substances chimiques utilisées sur le territoire français. Nous refuserons les OGM et bannirons les pesticides nuisibles avec l'interdiction immédiate des plus dangereux (glyphosate, néonicotinoïdes, etc.)
- En réglementant de manière bien plus stricte les pratiques de l'industrie agroalimentaire et restreignant davantage les seuils maximums de sel, de graisses et de sucres
- En donnant une place prépondérante à la santé environnementale dans les formations des études de santé

2.6 Protéger la santé au travail et les victimes d'accidents et de maladies professionnelles

Prévenir les maladies du travail implique d'agir sur les expositions et l'organisation du travail. Le suivi médical ne remplace pas l'obligation de supprimer ou de réduire les risques à la source. Les conséquences d'une exposition peuvent apparaître après le changement d'emploi ou la retraite : les droits doivent suivre la personne tout au long de sa vie.

- Élargir la médecine du travail aux chômeur·ses et faire enfin appliquer la loi sur les visites médicales, obligatoires en entreprise tous les 5 ans (et plus fréquemment pour les postes dangereux)
- Assurer une visite médicale annuelle (a minima) de tout le personnel de santé afin de prévenir les risques psychosociaux
  → Renforcer l'accompagnement médical, psychologique, social et juridique des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles
  → Faciliter les démarches de reconnaissance et l'accès à une expertise indépendante ; prévenir la sous-déclaration sans imposer aux victimes de démontrer seules leur exposition
- Garantir la traçabilité des expositions pendant et après la carrière, notamment aux cancérogènes, à l'amiante et aux pesticides
  → Assurer un dossier accessible au travailleur, transmissible entre services avec les protections nécessaires, et un suivi post-exposition ou post-professionnel adapté aux connaissances, pour faciliter prévention, dépistage et reconnaissance des maladies
- Reconnaître la pénibilité du travail dans les carrières et les droits à la retraite, en prenant en compte les contraintes physiques, le travail de nuit et les horaires alternants. Stabiliser les horaires de travail et garantir le remplacement des personnels absents en portant les effectifs à 120 % de l'effectif cible, afin de prévenir la surcharge de travail et de préserver la santé des travailleurs
- Garantir la réadaptation, les aménagements de poste et un retour au travail compatible avec la santé lorsque la personne le souhaite et le peut. Protéger les travailleurs dont la santé ne permet plus le maintien dans l'emploi et assurer les relais après une rupture de parcours

2.7 Refonder le service public de santé mentale, de psychiatrie et de pédopsychiatrie

Nous reconstruirons une psychiatrie publique accessible et dotée de moyens pérennes. Chaque personne doit pouvoir rencontrer une équipe, recevoir des soins adaptés et être accompagnée dans la durée, quels que soient ses revenus, son âge ou son lieu de vie. Ce service public articulera prévention, soins ambulatoires, hospitalisation et accompagnement social, sans subordonner les prises en charge à leur rentabilité.

- Réorganiser les secteurs psychiatrique et médico-social pour développer les prises en charge ambulatoires, communautaires et orientées vers le rétablissement, en renforçant les équipes pluridisciplinaires et les moyens qui leur sont consacrés
- Réaffirmer le secteur de pédopsychiatrie comme porte d'entrée de proximité, identifiable et accessible à toutes les familles
  → Garantir sa mission d'accueil, d'évaluation et de prise en charge des situations complexes, tout en renforçant la coordination avec les CMPP, les professionnel·les libéraux, les structures médico-sociales et les établissements spécialisés, afin d'orienter chaque enfant vers la réponse la plus adaptée à ses besoins. Réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins pédopsychiatriques
- Développer des centres d'accueil et de crise, des unités de crise et des équipes mobiles en psychiatrie sur l'ensemble du territoire, afin de garantir une réponse rapide aux situations de crise psychique. Ces dispositifs assureront l'évaluation, l'accompagnement des personnes et de leurs proches ainsi que la coordination avec les professionnel·les de terrain
- Revaloriser le salaire des psychologues dans la fonction publique et créer des postes supplémentaires
- Mieux protéger les personnes particulièrement vulnérables aux fortes chaleurs, notamment les personnes vivant avec des troubles psychiques ou un handicap, en intégrant leurs besoins spécifiques dans les plans canicule, les campagnes de prévention et la formation des professionnel·les, et en garantissant des conditions de vie adaptées dans les lieux qui les accueillent

2.8 Protéger la santé dès la naissance et tout au long de la scolarité

Les premières années de vie et l'adolescence seront deux priorités de prévention. L'accès doit être universel, avec des moyens renforcés selon les besoins des enfants et des familles.

- Construire un véritable service public de prévention périnatale, du projet parental aux deux ans de l'enfant, accessible à toutes les familles et renforcé selon leurs besoins. Ce parcours coordonnera les maternités, la PMI, les soins primaires, la psychiatrie et la santé mentale périnatales, les services sociaux et les structures de la petite enfance. Les moyens humains de la PMI et de la psychiatrie périnatale seront renforcés afin de garantir partout un accompagnement préventif, précoce et de proximité
- Renforcer la prévention et le repérage précoce des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents, en formant les professionnel·les de première ligne et en développant des dispositifs de proximité accessibles aux enfants et aux familles, afin d'intervenir le plus tôt possible et de prévenir l'aggravation des situations

2.9 Lutter contre les discriminations sexistes et de genre dans la médecine et par le soin

Le consentement, la dignité et la prise en charge de la douleur doivent guider toute relation de soin. Les violences doivent être prévenues, repérées et suivies de réponses accessibles.

- Garantir un consentement libre, éclairé et révocable pour les actes médicaux, avec une information adaptée à la personne et dans le respect des exceptions strictement définies par la loi. Former les professionnel·les et faciliter les recours
- Prévenir les violences gynécologiques et obstétricales, améliorer le traitement de la douleur et organiser un suivi national des signalements avec les personnes concernées
- Engager trois milliards d'euros contre les violences faites aux femmes et coordonner les actions de santé publique avec les acteurs de terrain



- Renforcer le repérage des violences subies par les enfants et l'accès aux soins du psychotraumatisme, en lien avec la protection de l'enfance. Former les équipes et garantir la continuité des accompagnements
- Garantir l'accès à la contraception, à l'IVG et aux soins de santé sexuelle, et améliorer les parcours pour l'endométriose, les douleurs chroniques et les troubles de la fertilité
- Combattre les discriminations dans les soins, notamment envers les personnes handicapées, les personnes précaires, les personnes migrantes et les personnes LGBTI
  → Maintenir l'accès aux soins des personnes sans titre de séjour et renforcer les dispositifs de droit commun accessibles à toutes et tous

2.10 Développer la prévention des addictions et la santé sexuelle

La prévention et la réduction des risques doivent disposer d'un financement pérenne et s'appuyer sur les personnes concernées et les associations.

- Intensifier la lutte contre la consommation de tabac et d'alcool, premiers facteurs de mortalité prématurée
- Légaliser et encadrer par un monopole d'État la consommation, la production et la vente de cannabis à des fins récréatives dans des conditions permettant de lutter contre l'addiction
- Affecter les recettes des taxes sur le cannabis à des programmes de lutte contre les addictions, notamment en milieu scolaire, et à une politique de prévention, de réduction des risques et d'aide à la désintoxication
- Renforcer la prévention du tabagisme et des dommages liés à l'alcool, encadrer les pratiques commerciales et rendre accessibles les accompagnements et traitements des addictions
- Renforcer les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues. Développer les équipes mobiles et leur coopération avec les soins et les structures sociales
- Financer les dispositifs de réduction des risques dans les festivals, concerts et lieux festifs, avec des équipes formées et des liens avec les structures locales
- Éradiquer l'épidémie de VIH en France par un grand plan national de prévention, dépistage, traitement, de lutte contre la désinformation et la discrimination des personnes séropositives, et renforcer la contribution française au Fonds Mondial
- Intégrer un volet santé dans l'étude d'impact préalable pour tout projet ou proposition de loi
- Garantir la confidentialité, l'accès sans stigmatisation et la participation des populations concernées à la définition des actions

2.11 Des médicaments et produits de santé au service de l'intérêt général

Notre politique du médicament doit partir des besoins de santé de la population. La prévention et le bon usage des traitements restent insuffisamment soutenus, tandis que les stratégies commerciales des laboratoires influencent les prescriptions et les priorités de recherche. La dépendance aux chaînes de production internationales fragilise l'approvisionnement en médicaments essentiels. Reconstruire notre souveraineté pharmaceutique exige de préserver les capacités industrielles, les emplois et les savoir-faire nécessaires à la continuité des soins. Elle sera facilitée par l'autorisation de la vente de médicaments à l'unité, privilégiant le contrôle des stocks au taux de marge des fabricants.

La recherche financée par la collectivité doit bénéficier à la collectivité. Or aujourd'hui, les découvertes issues des laboratoires publics peuvent être valorisées par des entreprises privées, puis acquises par des multinationales, sans garanties suffisantes sur les prix, la disponibilité des traitements ou le maintien de leur production.

Le cas de Sanofi illustre cette contradiction. En 2025, le groupe a consacré près de 4,8 milliards d'euros aux dividendes et 5 milliards aux rachats d'actions. La même année, il a cédé le contrôle d'Opella, qui commercialise notamment le Doliprane, au fonds américain CD&R. La participation de Bpifrance, limitée à 1,8 %, ne permet pas une maîtrise publique de cette entreprise stratégique. Les discours sur la souveraineté sanitaire se heurtent ainsi à des décisions qui laissent le devenir de nos industries de santé aux intérêts financiers.

Pour changer ce rapport de force, nous créerons un pôle public du médicament. Il permettra de développer la recherche et la production publiques, de sécuriser l'approvisionnement en médicaments essentiels et de garantir la transparence des financements, des prix et des décisions industrielles. Les besoins sanitaires doivent guider l'ensemble du parcours du médicament, de la recherche à sa délivrance.

Ce pôle public aura notamment les missions suivantes :

- Assurer une relocalisation de la production de médicaments, de principes actifs, de réactifs, de dispositifs de diagnostic et de matériels médicaux
- Garantir l'approvisionnement d'une réserve stratégique des médicaments dits « essentiels »
- Permettre la transparence sur les financements de la recherche et du développement
- Assurer le contrôle des prix de l'ensemble des produits de santé et communiquer sur leurs coûts réels
- Mettre en place des conditionnalités aux aides perçues par les entreprises privées pour la recherche de vaccins et médicaments
- Créer une unité de recherche (*via* des coopérations avec les unités de recherche fondamentale préexistantes) et favoriser la création d'autres unités satellites au sein des établissements publics
- Produire et diffuser massivement les vaccins et traitements passés sous licence d'office
- Financer la recherche et développement publics sur les antibiotiques et l'antibiorésistance pour développer des solutions thérapeutiques
- Développer une production publique de biomédicaments notamment pour les thérapies contre le cancer

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

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

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

2.12 L'État garant de l'organisation face aux pandémies

La pandémie de Covid-19 a révélé les conséquences humaines de l'impréparation et de la fragilisation de notre système de santé. Les risques de nouvelles crises persistent : la destruction des écosystèmes et certaines pratiques d'élevage favorisent les transmissions entre animaux et humains, tandis que le changement climatique modifie les conditions de propagation de certaines infections. Prévenir ces risques exige d'articuler santé humaine, santé animale et protection de l'environnement, et de garantir un système de soins et de protection sociale solide, capable de faire face aux épidémies sans épuiser les personnels ni interrompre les autres soins.

La gestion du Covid-19 a montré les limites de décisions prises à huis clos, sans débat démocratique suffisant. L'État doit organiser une préparation permanente, transparente et démocratique, fondée sur une expertise indépendante, un contrôle parlementaire effectif et la participation des professionnel·les et de la population. La confiance exige des décisions cohérentes, une information claire sur les connaissances et les incertitudes, ainsi que des protections matérielles permettant à chacun de suivre les mesures sanitaires.

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

- Reconnaître les épidémies et pandémies au titre des catastrophes naturelles
- Élaborer un plan d'adaptation aux pandémies et zoonoses basé sur la planification sanitaire
- Réquisitionner les entreprises indispensables à la production de matériel sanitaire (masques, tests, purificateurs) en cas de pandémie
- Interdire le dépôt de brevets sur les médicaments et les équipements nécessaires à une réponse sanitaire urgente

2.13 Mettre le numérique au service du soin et protéger les données

Le numérique occupe une place croissante dans notre système de santé : applications mobiles, plateformes de prise de rendez-vous, téléconsultations, dossiers médicaux numériques et outils d'intelligence artificielle. Ces usages peuvent faciliter l'accès aux soins, soutenir les professionnel·les et même permettre de mieux soigner, dépister et comprendre certaines pathologies. Leur développement doit toutefois répondre aux besoins de santé, garantir un accès humain aux services et protéger la confidentialité des informations.

La dépendance aux grandes entreprises du numérique, l'exploitation commerciale des données de santé et les risques de cyberattaque mettent en jeu les droits des patient·es et notre souveraineté numérique. Les données de santé sont particulièrement sensibles : leur protection doit guider les choix technologiques et l'organisation des services.

Pour empêcher leur marchandisation et mettre le numérique au service de l'intérêt général, nous proposons de :

- Développer un service public de prise de rendez-vous en ligne et d'hébergeur de données de santé
- Renforcer le dispositif « Mon Espace Santé » avec un outil de prise de rendez-vous médical. De plus, animer une politique publique d'incitation à la migration des professionnel·les de santé de Doctolib, privé, vers cet outil de service public
- Interdire la pratique d'une activité unique de téléconsultations ou de télé-expertise par certaines entreprises
- Affirmer l'importance de l'humain dans une relation de soin en fixant des règles claires sur la pratique de la téléconsultation et la robotisation des échanges afin de limiter au maximum leurs usages hors pandémie
- Mieux encadrer l'utilisation future des technologies de l'intelligence artificielle en santé : leurs algorithmes devront être transparents, explicités et consultables par tou·tes avec des tâches spécifiées et limitées. En outre, leur implémentation devra faire l'objet d'une coordination nationale afin d'éviter le gaspillage de ressources environnementales



P4 · Mana5280 / unsplash.com - P11 · Miguel Ausejo / unsplash.com - P14 · Vitaly Gariev / unsplash.com - P21 · Odc / unsplash.com - P24 · Piron Guillaume / unsplash.com - P33 · Maxence Pira / unsplash.com - P39· Nappy / unsplash.com

Les plans thématiques sont des documents complémentaires de *L'Avenir en commun,* le programme de Jean-Luc Mélenchon pour l'élection présidentielle.

Ils établissent la quarantaine d'objectifs politiques du plein emploi à la démocratisation de la révolution numérique, en passant par la planification écologique, que nous nous fixons pour le quinquennat et balisent le chemin pour les atteindre. Ils présentent ainsi de manière approfondie et détaillée les actions qu'entreprendra le gouvernement insoumis dès son arrivée au pouvoir en mai 2027 pour faire face aux défis et aux urgences de notre temps.

Ces plans thématiques ont été élaborés de manière collective et contributive grâce au travail des groupes thématiques et parlementaires de la France insoumise au sein de l'espace programme coordonné par Clémence Guetté, vice-présidente de l'Assemblée nationale et co-présidente de l'Institut La Boétie, et Hadrien Clouet, député LFI.



Les plans thématiques de *L'Avenir en commun* sont mis en ligne au fur et à mesure de leur publication sur le site www.melenchon2027.fr et existent en version imprimée sur commande.