

NOTE D'OPPORTUNITÉ  
POUR UNE ESSISATION  
DE L'ÉCONOMIE

# DÉCRYPTAGE ET OPPORTUNITÉS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ



## AÉSIO MUTUELLE

AÉSIO mutuelle accompagne 2,7 millions de Français grâce à son offre globale de protection. Spécialiste de la santé-prévoyance, nous agissons chaque jour, avec nos parties prenantes, pour améliorer leur quotidien aujourd'hui comme demain. En tant que 3e mutuelle santé en France et marque du groupe Aéma, 4e acteur de l'assurance, notre ambition est de contribuer à améliorer l'accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire.

[www.ensemble.aesio.fr](http://www.ensemble.aesio.fr)



## ESS FRANCE

ESS France est l'organisation qui porte la voix de référence de l'ESS. Elle fédère les organisations nationales représentant les différentes formes statutaires de l'économie sociale et solidaire (associations, coopératives, mutuelles, fondations et entreprises sociales) ainsi que les chambres régionales de l'ESS (CRESS), et toute autre personne morale qui souhaite s'investir dans ses activités.

ESS France porte l'Observatoire national de l'ESS, lieu de consolidation et de production de données sur les entreprises et l'emploi dans l'ESS et d'animation du réseau des observatoires régionaux de l'ESS, portés dans les territoires par les CRESS.

[www.ess-france.org](http://www.ess-france.org)



## EXTRAIT DE LA DÉCLARATION D'ENGAGEMENT DE L'ESS

# LA RAISON D'AGIR des entreprises de l'économie sociale et solidaire

Dans la Déclaration d'engagement de l'ESS « Pour une République sociale et solidaire : nos raisons d'agir » proclamée lors du Congrès de l'ESS le 10 décembre 2021 « la raison d'agir de l'économie sociale et solidaire est d'orienter le progrès, dans toutes ses dimensions, à la fois sociale, économique, démocratique, citoyenne et écologique. L'ESS s'efforce d'organiser les mutations des modes de production et de consommation imposées par l'urgence écologique et sociale en développant le pouvoir d'agir par l'engagement et le pouvoir de vivre du plus grand nombre. Elle se fonde sur la liberté, l'égalité, la solidarité, la responsabilité, la démocratie et la raison. L'ESS est la norme souhaitable de l'économie, qui démontre par la preuve que la prospérité peut être inclusive et atteinte en respectant les limites planétaires avec l'implication de toutes et tous ».

Découvrez la Déclaration d'Engagement de l'ESS sur le site d'ESS France en suivant ce lien: [www.ess-france.org/fr/declaration-dengagement-de-less](http://www.ess-france.org/fr/declaration-dengagement-de-less)

## INTRODUCTION

# L'ESSisation, de quoi parle-t-on ?

L'ESSisation est une dynamique de développement et d'influence de l'économie sociale et solidaire (ESS) dans les secteurs et métiers où elle est traditionnellement peu ou pas présente. L'ESSisation vise à créer les conditions d'une économie vraiment plurielle, durable et performante.

# Identifier les filières économiques à ESSiser grâce aux notes d'opportunités Aésio mutuelle - ESS France

AÉSIO mutuelle et ESS France, par l'intermédiaire de son Observatoire national de l'ESS, ont décidé de mettre en commun **leur expertise** pour identifier les filières et secteurs dans lesquels l'ESS peut renforcer son développement et son influence. Les **notes d'opportunités pour une ESSisation de l'économie** proposent d'une part le **décryptage** d'une filière ou d'un secteur (enjeux, chiffres clés, place et rôle de l'ESS) et d'autre part **l'identification des leviers, opportunités mais aussi limites** pour le développement de l'ESS. Nous espérons que cette nouvelle collection vous permettra de mieux identifier le rôle économique, social et environnemental joué par les entreprises et organisations de l'ESS et de mettre en lumière les nouvelles perspectives pour un développement économique plus durable et solidaire.

## SOMMAIRE

- 3 INTRODUCTION
- 4 PÉRIMÈTRE ET CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DU SYSTÈME DE SANTÉ
- 5 PRINCIPAUX ENJEUX DU SYSTÈME DE SANTÉ
- 6 ÉTAT DES LIEUX ET RÔLE DE L'ESS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ
- 20 OPPORTUNITÉS & DÉFIS POUR L'ESS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

*Cette note a été réalisée par l'Observatoire national de l'ESS France*

DESIGN & CRÉATION : Cléo Studio, Claire Pesqueux  
COMITÉ DE RÉDACTION : Benjamin Roger, Julien Ramirez  
RESPONSABLE LÉGAL : Jérôme Saddier

Février 2024 • © ESS France - Toute reproduction interdite sans autorisation préalable

# PÉRIMÈTRE ET CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES du système de santé

Cette note considère le **système de santé** à travers les principales institutions et organisations qui contribuent à la santé des personnes, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>1</sup>. Dans cette perspective holistique de la santé, qui s'intéresse à l'ensemble de ses déterminants sociaux et environnementaux, seront non seulement pris en compte les établissements de santé

« classiques » (hôpitaux, maisons et centres de santé), mais aussi les structures médico-sociales et d'action sociale, le système de protection sociale qui permet leur financement et leur accès au plus grand nombre, les modes d'organisation et de coopération entre professionnels de santé, les associations de malades, les activités de prévention, de sensibilisation et de formation, la recherche médicale et la production de médicaments et de matériels médicaux.

## Le système de santé en quelques chiffres clés

En France, les **dépenses de santé** s'élèvent à **313,6 milliards d'euros en 2022**, ce qui représente 11,9% du PIB national et une moyenne de 4 600 euros par habitant<sup>2</sup>. Ces dépenses sont principalement effectuées dans le cadre des activités hospitalières, de la médecine de ville et au sein des pharmacies.

Le **SECTEUR HOSPITALIER** en France comprend **2 989 établissements** qui emploient au total **1,3 million de salariés**<sup>3</sup>.

Non moins important, le **SYSTÈME DES SOINS DE PREMIER RECOURS**<sup>4</sup> vise à prévenir, diagnostiquer, dépister et assurer le suivi des patients, leur accès aux médicaments et au conseil pharmaceutique ainsi que l'éducation à la santé et l'orientation des patients dans le système de santé, notamment vers des médecins spécialistes (soins de second recours) et des établissements adaptés (soins de troisième recours). Il regroupe notamment **99 500 médecins généralistes, 63 600 pharmaciens** (hors salariés d'hôpitaux), **234 800 infirmiers et infirmières** (salariées et libérales hors secteur hospitalier)<sup>5</sup>. Si de nombreux professionnels de santé exercent seuls, certains se regroupent aussi au sein des **2 798 centres de santé**<sup>6</sup> (où ils sont salariés) et des **2 251 maisons pluriprofessionnelles de santé**<sup>7</sup> (où ils sont indépendants).

Les activités de soins, d'hébergement, de prévention et d'accompagnement du secteur de l'**ACTION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE**, qui jouent un rôle essentiel dans le parcours de soins des personnes, regroupent **1,8 million d'emplois**.

Enfin, l'offre de soin dépend en grande partie de la filière de **PRODUCTION DE MÉDICAMENTS**, reposant elle-même sur des activités de **RECHERCHE FONDAMENTALE ET APPLIQUÉE**. En France, les **groupes pharmaceutiques** disposent d'un monopole sur le marché du médicament. Ils génèrent en 2023 un **chiffre d'affaires de 63,1 milliards d'euros** et emploient 130 100 salariés.

1 • Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adoptée le 22 juillet 1946

2 • DREES (2023), « Les dépenses de santé en 2022 », Les Panoramas de la DREES

3 • DREES (2022), « Les établissements de santé », Les Panoramas de la DREES

4 • Art. L1411-11 du code de santé de la santé publique

5 • DREES 2023, Open data [en ligne - consulté le 16/01/2024]

6 • Fédération nationale des centres de santé, 2023

7 • Ministère de la santé et de la prévention (2023), « Plan d'action - 4 000 Maisons de santé pluriprofessionnelles », juin 2023 [en ligne]

# PRINCIPAUX ENJEUX du système de santé



## DES ENJEUX SOCIO-ÉCOLOGIQUES

La santé et l'environnement sont profondément liés. Les **pollutions** de l'air, des sols, de l'eau et des biens de consommation mais également la **dégradation des conditions de travail**, la production et la mise à disposition d'une **alimentation de mauvaise qualité** ou encore **l'absence de pratiques sportives** favorisent aujourd'hui une progression particulièrement forte des **maladies chroniques** comme le cancer, les maladies cardio-vasculaires et respiratoires ou le diabète. Si leur augmentation est également due au vieillissement de la population, notamment dans les pays occidentaux, elle n'explique pas à elle seule la vitesse de leur progression. On estime ainsi que deux cancers sur trois ont des origines socio-environnementales<sup>8</sup>. Les risques liés aux maladies infectieuses sont quant à eux redoublés par les incidences des activités humaines sur le changement climatique et les écosystèmes<sup>9</sup>. Par ailleurs, le lien entre écologie et santé peut être abordé sous un autre angle : celui par de **l'empreinte environnementale du système de santé**. Celui-ci produit en effet de nombreux déchets, consomme une quantité importante d'énergie carbonée et est ainsi responsable de 8% des émissions de gaz à effet de serre en France<sup>10</sup>.



## DES ENJEUX ÉCONOMIQUES

Pour répondre aux efforts d'adaptation qu'implique la prise en compte de l'enjeu socio-écologique, toujours faut-il que le système de santé puisse en avoir les moyens. Or, ces moyens ont été considérablement réduits depuis plus de 40 ans, sous l'effet d'une **rationalisation néo-managériale du fonctionnement de l'hôpital public**<sup>11</sup>, et d'une **baisse structurelle de la densité médicale** ainsi que du nombre de certains professionnels de santé. Les **faibles rémunérations et les conditions de travail difficiles** rendent par ailleurs les métiers du champ sanitaire et médico-social inattractifs, limitant les possibilités de recrutement sur des activités pourtant essentielles. Le résultat est une baisse de 6% du nombre de lits d'hôpitaux entre 2013 et 2020<sup>12</sup> et une pénurie de professionnels

de santé qui va s'accroître à l'horizon 2030-2040<sup>13</sup>. La pénurie ne concerne d'ailleurs pas que les effectifs mais également les produits de santé. En 2023, 37% des Français ont dû faire face à une **pénurie de médicaments**, en particulier sur des médicaments « anciens », du fait d'une réduction progressive par les industriels de leurs capacités de production à l'échelle nationale. Tout cela pèse aujourd'hui lourdement sur les chances d'accès à une bonne santé, alors même que l'accroissement des pathologies chroniques nécessite une augmentation d'autant plus forte des moyens de suivi et de traitement sur le long terme.



## DES ENJEUX DÉMOCRATIQUES

Au bout du compte, c'est le **droit à la santé** qui est remis en cause. Alors que celui-ci est inscrit dans la constitution française et dans la charte de l'OMS, son effectivité peine à se réaliser. Les **inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé** déterminent de façon croissante les possibilités de se soigner. Les logiques lucratives et marchandes, prédominantes dans la production pharmaceutique, et de plus en plus dans la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux, limitent quant à elles la capacité du système à répondre aux besoins de la société. Pourtant, la demande portée par les malades, les professionnels de santé ou les acteurs de la recherche de voir se démocratiser l'offre de soin, l'organisation du travail en santé et le processus de recherche et de production de biens de santé n'a jamais été aussi importante.

8 • Cicoletta A. (2013), *Toxique planète, Seuil*

9 • Shah S. (2020), *Pandémie, Ecosociété*

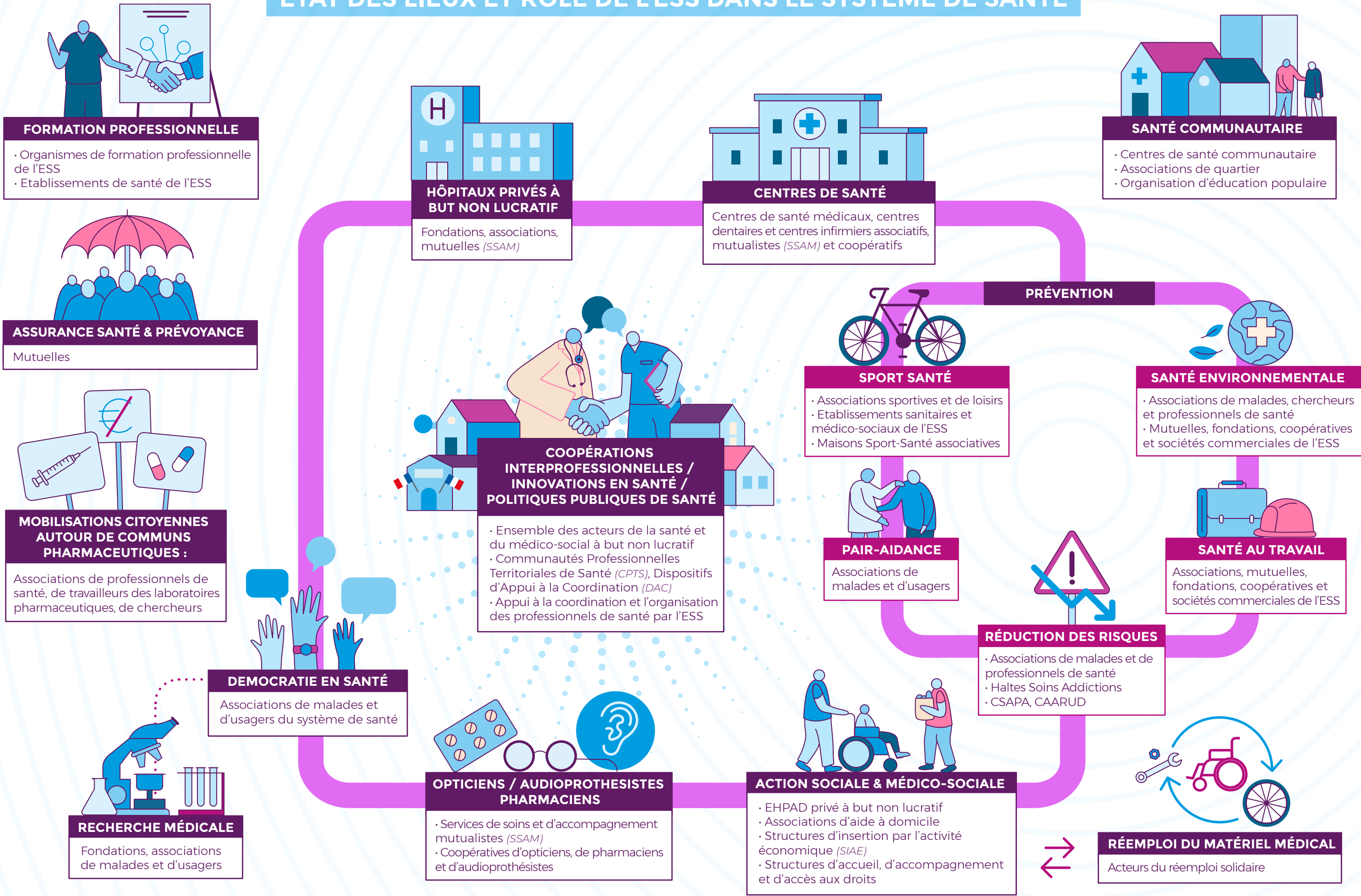
10 • The Shift Project (2023), « Décarboner la santé pour soigner durablement », Rapport final V2 [en ligne]

11 • Juven P.-A., Pierru F., Vincent F. (2019), *La casse du siècle, Raisons d'agir*

12 • DREES (2022), op. cit.

13 • Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2022), « Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité », Rapport du HCAAM

# ÉTAT DES LIEUX ET RÔLE DE L'ESS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ



**FORMATION PROFESSIONNELLE**

- Organismes de formation professionnelle de l'ESS
- Etablissements de santé de l'ESS

**ASSURANCE SANTÉ & PRÉVOYANCE**

Mutuelles

**MOBILISATIONS CITOYENNES AUTOUR DE COMMUNS PHARMACEUTIQUES :**

Associations de professionnels de santé, de travailleurs des laboratoires pharmaceutiques, de chercheurs

**DEMOCRATIE EN SANTÉ**

Associations de malades et d'usagers du système de santé

**RECHERCHE MÉDICALE**

Fondations, associations de malades et d'usagers

**HÔPITAUX PRIVÉS À BUT NON LUCRATIF**

Fondations, associations, mutuelles (SSAM)

**COOPÉRATIONS INTERPROFESSIONNELLES / INNOVATIONS EN SANTÉ / POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ**

- Ensemble des acteurs de la santé et du médico-social à but non lucratif
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)
- Appui à la coordination et l'organisation des professionnels de santé par l'ESS

**OPTICIENS / AUDIOPROTHÉSISTES PHARMACIENS**

- Services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM)
- Coopératives d'opticiens, de pharmaciens et d'audioprothésistes

**CENTRES DE SANTÉ**

Centres de santé médicaux, centres dentaires et centres infirmiers associatifs, mutualistes (SSAM) et coopératifs

**ACTION SOCIALE & MÉDICO-SOCIALE**

- EHPAD privé à but non lucratif
- Associations d'aide à domicile
- Structures d'insertion par l'activité économique (SIAE)
- Structures d'accueil, d'accompagnement et d'accès aux droits

**SANTÉ COMMUNAUTAIRE**

- Centres de santé communautaire
- Associations de quartier
- Organisation d'éducation populaire

**PRÉVENTION**

**SPORT SANTÉ**

- Associations sportives et de loisirs
- Etablissements sanitaires et médico-sociaux de l'ESS
- Maisons Sport-Santé associatives

**SANTÉ ENVIRONNEMENTALE**

- Associations de malades, chercheurs et professionnels de santé
- Mutuelles, fondations, coopératives et sociétés commerciales de l'ESS

**PAIR-AIDANCE**

Associations de malades et d'usagers

**SANTÉ AU TRAVAIL**

Associations, mutuelles, fondations, coopératives et sociétés commerciales de l'ESS

**RÉDUCTION DES RISQUES**

- Associations de malades et de professionnels de santé
- Haltes Soins Addictions
- CSAPA, CAARUD

**RÉEMPLOI DU MATÉRIEL MÉDICAL**

Acteurs du réemploi solidaire

# ÉTAT DES LIEUX ET RÔLE DE L'ESS dans le système de santé

## Le rôle et le poids historique des établissements de santé de l'ESS

L'économie sociale et solidaire est historiquement présente dans le secteur de la santé et de l'action sociale et médico-sociale. Elle s'y incarne par de très importants établissements hospitaliers, des structures de soins de premier recours, des centres spécialisés ou des réseaux de professionnels de santé, jouant un rôle central dans l'offre de soin sur de nombreux territoires. **En 2020, l'ESS comprenait ainsi 196 600 emplois dans le secteur de la santé (soit 11,4% des emplois) et plus d'un million dans l'action sociale et médico-sociale (58,2% des emplois)**<sup>14</sup>. Ces structures se caractérisent notamment par une forte implantation territoriale qui en fait souvent les garants du maintien de **services de proximité** au sein de localités où l'accès à une offre de soin est rendu de plus en plus difficile. **Structures à but non lucratif**, leurs activités sont entièrement dédiées à la réponse aux besoins de santé de leurs usagers du fait des particularités de leur mode de gestion mais aussi de leur gouvernance, puisqu'elles ne dépendent pas d'un actionariat capitaliste, au contraire des entreprises à but lucratif.

### DES ACTEURS HOSPITALIERS PRIVÉS, À BUT NON LUCRATIF

Le secteur hospitalier joue un rôle central dans le système de santé en France. Et l'ESS en son sein représente une actrice historique de la prise en charge médicale des malades, bien avant la constitution d'un véritable service public hospitalier après la seconde guerre mondiale. Au XIX<sup>e</sup> siècle, l'hôpital privé se développe à l'initiative de congrégations religieuses (catholiques, protestantes, juives) afin de venir en aide aux personnes les plus pauvres, alors non prises en charge par un système de santé encore balbutiant<sup>15</sup>. Aujourd'hui, ces « **établissements de santé privé d'intérêt collectif** » (ESPIC)<sup>16</sup> participent au même titre que les hôpitaux publics à la **réalisation d'une mission de service public hospitalier**, se traduisant par l'accueil de tous types de patients, l'absence de reste à charge et de dépassements d'honoraires et

la limitation tarifaire de nombreux services essentiels aux patients. Se distinguant par leur caractère non lucratif, l'ensemble de leurs excédents financiers sont réinvestis dans le financement des activités de santé.

Le plus souvent de nature associative, ces hôpitaux à but non lucratif comprennent également d'importantes fondations (**Fondation Cognacq Jay, Institut Curie, Fondation Adolphe de Rothschild**) et de grands établissements mutualistes (**le Pavillon de la Mutualité en Nouvelle Aquitaine, l'institut mutualiste Montsouris à Paris**). En 2020, on compte **650 établissements hospitaliers à but non lucratif**, pour 52 900 lits d'hospitalisation et 14 155 places<sup>17</sup>. Cela représente **21,7% des structures hospitalières et 14,4% des lits et places dans les hôpitaux en France. Et dans certains départements**, ils représentent plus de **30% des capacités d'hospitalisation**<sup>18</sup>, du fait d'une implantation historique.

Les hôpitaux à but non lucratif sont également très présents dans les activités de **soins de suite et de réadaptation (SSR)**, au sein desquelles ils représentent

29% des lits et places. Leur fonction d'**hospitalisation à domicile** est tout aussi significative puisque 57% des capacités de prise en charge simultanée sur cette activité relève d'établissements privés non lucratifs.

S'ils participent d'une mission de service public de santé, ces hôpitaux restent des structures privées et indépendantes de l'État, ce qui leur confère une certaine **souplesse dans la gestion de leur organisation**. Ces établissements se distinguent également par une **forte capacité d'innovation**, tant en termes d'actes médicaux (les premières greffes de l'utérus en France à l'hôpital Foch) que d'organisation des parcours de soins. **Ils savent ainsi mobiliser sur leur territoire une diversité d'acteurs du soin, de l'action sociale et médico-sociale pour faciliter la prise en charge de certaines pathologies nécessitant à la fois prévention, accompagnement, séjours d'hospitalisation et/ou assistance à domicile**. C'est notamment le cas pour la psychiatrie, le traitement des patients en soins palliatifs ou le suivi des personnes diabétiques, activités pour lesquelles le rôle de coordination de ces établissements est reconnu<sup>19</sup>. Les hôpitaux privés à but non lucratif innovent enfin par leur **prise en compte de « l'expérience patient »**, accordant à ce dernier une place importante dans l'amélioration de la qualité de vie et de la prise en charge au sein de l'établissement<sup>20</sup>.

### LES MUTUELLES, PIONNIÈRES DE LA PROTECTION SOCIALE ET ACTRICES DU SOIN

Pour se protéger des risques sociaux et sanitaires engendrés par le développement du capitalisme au début du XIX<sup>e</sup> siècle et la paupérisation des classes laborieuses, les artisans et ouvriers qualifiés mettent en œuvre les premières caisses de secours mutuel dans les années 1830, qui fondent le mouvement mutualiste et représentent une mise en pratique à une échelle encore restreinte des principes de solidarité à l'origine du système de protection sociale, qui se généralise en 1945 avec la création de la Sécurité sociale. Aujourd'hui encore, les mutuelles sont des organisations structurantes pour le système de santé : elles représentent **70% des organismes de complémentaire santé**<sup>21</sup> et gèrent des établissements de santé appelés « **services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM)** ».

Les SSAM regroupent en 2022 un total de **2 927 établissements** parmi lesquels on retrouve notamment une centaine d'hôpitaux à but non lucratif, mais aussi 572 centres de santé et laboratoires, 1 214 centres optiques et d'audio-prothèses, 36 pharmacies et près de 1 000 établissements sociaux et médico-sociaux incluant des EHPAD, des services de soins infirmiers à domicile, des établissements d'accueil du jeune enfant ou encore des établissements dédiés à l'accompagnement de personnes handicapées.

Comme les autres organisations sanitaires et sociales de l'ESS, elles se distinguent du secteur privé lucratif

par un **ancrage territorial historique** et des **services financièrement plus accessibles**, notamment par la limitation du reste à charge. Les établissements mutualistes de santé complètent les activités assurantielles par des services répondant au mieux à des besoins non couverts par l'État et le marché. Ce rôle historique en fait des actrices pionnières en matière d'offre de soin, qu'il s'agisse de santé au travail, de santé mentale ou encore de santé sexuelle. Les centres de santé de l'ESS au cœur des soins primaires et ambulatoires

### LES CENTRES DE SANTÉ DE L'ESS AU CŒUR DES SOINS PRIMAIRES ET AMBULATOIRES

Les centres de santé jouent un rôle majeur dans le système de santé et l'organisation de l'offre de soin sur un territoire. Héritiers des premiers dispensaires médicaux du XVII<sup>e</sup> siècle, ils se développent surtout entre la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et le début du XX<sup>e</sup> siècle, sous l'impulsion d'une diversité d'acteurs (congrégations religieuses, médecins, patrons, associations, mutuelles, municipalités, etc.)<sup>22</sup> adoptant une approche souvent **décloisonnée et préventive** de la pratique médicale, constituant de fait un **outil historique de santé publique**.

Les centres de santé sont des structures d'exercice collectif, essentiellement actifs sur les soins ambulatoires et de premier recours, et dont les professionnels de santé sont salariés. Procédant d'une **logique de solidarité et d'accessibilité des soins**, les centres de santé pratiquent depuis leur début le **tiers payant**<sup>23</sup> et **excluent les dépassements d'honoraires**. Leur collégialité et leur non-lucrativité facilite leur rapprochement avec les modèles de l'ESS. De fait, **sur les 2 800 centres de santé, près de 80% relèvent des statuts l'ESS**<sup>24</sup>, parmi lesquels plus des trois quarts sont des associations et le reste des mutuelles (SSAM). L'ESS y est particulièrement représentée au sein des activités de soins dentaires et des centres infirmiers (plus de 90% des établissements) et représente près de la moitié des centres à activités médicales. Se développent également – mais de façon plus marginale – des centres de santé à statut coopératif depuis leur autorisation en 2018<sup>25</sup>.

19 • Cour des comptes (2013), *Ibid.*

20 • <https://www.france-assos-sante.org/actualite/sengager-pour-ameliorer-l'experience-patient/>

21 • DREES (2022), « Rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », [en ligne]

22 • Acker D., Colin M.-P. (2009), « Les centres de santé : une histoire, un avenir », *Santé publique, HS1, vol. 121*

23 • Paiement du professionnel de santé directement par l'Assurance maladie, sans que le patient n'ai de frais à avancer

24 • Fédération des centres sociaux, *Observatoire 2023 (données 2022) (Total = « associations » + « mutuelles / institut de prévoyance »)*

25 • CGSCOP (2018), « Ordonnance du ministère de la Santé : les centres de santé peuvent désormais se constituer sous forme de Scic », *Communiqué de presse, 15 janvier 2018*

Acteur de premier plan dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, **leur implantation dépend en grande partie des territoires où les besoins sont les plus importants** : les centres de santé se trouvent ainsi le plus souvent dans les espaces urbains où l'offre de soin est plus restreinte comme les quartiers prioritaires de la politique de ville (21% des centres de santé sont localisés en QPV ou à proximité<sup>26</sup>) ou dans les zones prioritaires définies par le schéma régional de santé.

Le développement des centres de santé est en plein essor. **Sur les 20 dernières années, leur nombre a augmenté de plus de 175%**<sup>27</sup>. Cette dynamique résulte de la conjonction de différents facteurs tels que l'assouplissement en 2009 des autorisations de créations de centres dentaires, mais aussi de la mobilisation d'acteurs publics locaux et de professionnels de santé pour répondre aux besoins de santé de la population et aux aspirations d'une nouvelle génération de médecins attirée par le salariat et l'exercice collectif et pluriprofessionnel de la médecine. On observe ainsi une progression de plus de 200% du nombre de centres de santé médicaux polyvalents sur 20 ans et depuis 2017, plus du tiers de ces créations relèvent de l'ESS<sup>28</sup>.

## UNE ACTION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE PRIVÉE NON LUCRATIVE

**L'économie sociale et solidaire est la première employeuse du secteur de l'action sociale et médico-sociale.** Celui-ci ne peut être clairement distingué des activités de soins de premier recours, en ce qu'il s'inscrit bien souvent en amont et en aval de la prise en charge médicale des patients, se positionne comme

acteur fondamental de la prévention (c.f. Partie 3) et contribue, par ses activités d'accompagnement et d'entraide, à l'amélioration du bien-être des personnes malades qui en bénéficient.

Dans ce secteur, l'ESS est la première actrice de l'**aide à domicile** (58,1% des emplois) et de l'**hébergement social et médico-social** (53,4% des emplois) qui regroupe des EHPAD (on estime que 30% d'entre eux relèvent des statuts de l'ESS<sup>29</sup>), mais aussi des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ou des centres d'hébergement pour personnes en situation de handicap.

Ce premier panorama des organisations de santé et d'action sociale historiques de l'ESS témoigne de son positionnement déjà structurant au sein du système sanitaire et du rôle que peut jouer la non-lucrativité et sa mise en pratique dans la réponse aux besoins de santé dans les territoires. Ce rôle peut également être approfondi par une intégration plus forte des patients et usagers dans la gestion des établissements, afin d'adapter plus facilement leurs services aux attentes des bénéficiaires mais aussi de faire de ces derniers les acteurs de leur propre parcours de soins. Se dévoile ici un véritable potentiel de démocratisation de la santé qui repose une nouvelle fois sur les organisations de l'économie sociale et solidaire.

26 • Fédération des centres sociaux (2023), *Ibid.*

27 • Saderne E. (2021), « Dynamique de création des centres de santé sur le territoire français entre 2017 et 2021 », *Projet Epidaure Territoires (IJFR - Banque des Territoires)*, novembre 2021

28 • *Ibid.*

29 • Source : DREES, *Enquête EHPA*, 2015

## Approfondir la démocratie dans le système de santé

Démocratiser le système de santé passe par l'engagement de toutes et tous dans sa gestion quotidienne, l'orientation des politiques de santé publique et la redéfinition des rapports entre soignants et soignés. C'est ce qu'incarnent aujourd'hui les associations d'usagers et les démarches de santé communautaire.

### LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ : LE RÔLE DES ASSOCIATIONS DE MALADES ET D'USAGERS DANS LE SYSTÈME SANITAIRE

Les **associations de malades** sont des actrices historiques de la santé publique. Depuis le XX<sup>e</sup> siècle, elles ont permis aux malades et bénéficiaires du système

de santé de voir leurs droits individuels et collectifs reconnus, de peser sur l'organisation, la gestion et le financement de ce système, ainsi que sur certaines pratiques médicales. Elles sont en cela d'importantes sources d'innovations institutionnelles et thérapeutiques pour répondre aux besoins des premiers concernés. On compte parmi les premières grandes associations de malades des organisations telles que l'**Association des Paralysés de France (APF)**, créée en 1933 dans le but de défendre les handicapés moteurs, et aujourd'hui gestionnaire de nombreux établissements d'insertion par le travail pour personnes handicapées. Depuis les années 1950 et le développement des **groupes d'entraide mutuelle**, ces associations ont évolué pour devenir des actrices fondamentales de la

lutte contre les maladies, en permettant la **valorisation institutionnelle de l'expérience des malades** et en se présentant comme des **partenaires de premier plan de la recherche médicale**<sup>30</sup> (c.f. Partie 6). On peut citer à ce titre la **Ligue contre le cancer** ou bien l'**Association Française contre les Myopathies (AFM)**, organisatrice du Téléthon depuis 1987. Enfin, dans les années 1980 et 1990, l'épidémie de SIDA conduit les associations de malades à se mobiliser pour accélérer la mise en œuvre et l'accessibilité de traitements thérapeutiques, en faisant valoir une véritable **contre-expertise scientifique** face au pouvoir médical et à celui des industries pharmaceutiques<sup>31</sup>.

Les associations comprennent aujourd'hui une très grande diversité de modèles, allant du petit groupe d'entraide local au grand réseau national, en passant par des organisations régionales ou départementales. Certaines peuvent être agréées par l'État et être représentées à ce titre au sein d'instances de co-construction des politiques publiques de santé. On compte aujourd'hui **168 associations d'usagers du système de santé agréées au niveau national et 200 au niveau régional** (dont certaines sont des associations régionales ou départementales membres de réseaux agréés au niveau national)<sup>32</sup>. Toutes les associations ont une activité de défense des droits des usagers, à laquelle s'ajoute bien souvent celle d'informer les patients, de les accompagner face aux difficultés rencontrées dans les parcours de soin, ou de les former sur des questions scientifiques, juridiques, politiques, etc. La majorité des associations d'usagers agréées sont fédérées au sein de **France Assos Santé**.

De par leur contribution à la mise à l'agenda politique de certaines problématiques de santé, elles représentent aujourd'hui des **interlocutrices essentielles des pouvoirs publics et des professionnels de santé pour adapter le système aux besoins des premiers concernés**. Cette fonction politique s'est depuis largement institutionnalisée et se matérialise aujourd'hui dans le cadre de ce qu'on appelle la « **démocratie en santé** »<sup>33</sup>, mise en place par les lois de 2002 qui établissent notamment le droit des patients au consentement éclairé ainsi que leur droit de participer à la gestion des structures de santé et d'action sociale, par le biais de représentants d'associations d'usagers, mandatés au sein d'organes consultatifs. Ce premier cadre a été complété et élargi par la loi du 26 janvier 2016.

Il existe aujourd'hui environ **17 000 mandats** que peuvent exercer les **représentants d'usagers (RU)** au sein d'une grande diversité d'instances<sup>34</sup>. Les **Commissions des usagers (CDU)** des établissements de santé en représentent la grande majorité. Les RU y ont la charge d'analyser les plaintes portées par les usagers et de veiller à ce qu'elles y trouvent une réponse adaptée. Ils accompagnent les usagers, les informent de leurs droits, analysent les conditions de leur traitement et peuvent proposer des plans d'actions aux gestionnaires de l'établissement.

Les RU peuvent aussi intervenir dans les **Conseils Territoriaux de Santé (CTS)** ainsi que des **Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)** où ils font remonter les besoins du territoire et donnent leur avis sur les politiques territoriales de santé aux côtés de l'ensemble des acteurs locaux. Les RU sont également présents dans les **Caisse Départementales d'Assurance Maladie** où ils peuvent se prononcer sur les conditions d'accès aux soins et les litiges pouvant exister avec certains assurés. Enfin, à l'échelle nationale, les associations d'usagers et leurs représentants sont consultés au sein de nombreuses instances telles que **la Haute Autorité de Santé, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament** (où ils participent aux efforts de pharmacovigilance sur l'usage et les effets des produits de santé), **la Caisse nationale d'Assurance-Maladie** ou encore **la Conférence Nationale de Santé**, espace de concertation sur les stratégies nationales de santé, s'appuyant notamment sur les rapports des CRSA<sup>35</sup>.

La mobilisation des usagers et malades dans le système de santé a encore aujourd'hui des effets très significatifs sur l'évolution de celui-ci. Dans les instances consultatives de la « démocratie en santé », 83% des représentants d'usagers estiment que des actions concrètes ont été mises en place à la suite de leur intervention<sup>36</sup>. Par l'entraide entre pairs et la visibilisation de certaines pathologies et déterminants socio-environnementaux de santé, elles sont des **actrices essentielles de la prévention sanitaire** (c.f. Partie 3) et de la lutte contre les inégalités de santé.

30 • Rabeharisoa V., Callon M. (2002), « L'engagement des associations de malades dans la recherche », *Revue internationale des sciences sociales*, n°171

31 • Izambert C., Toullier A., Glémarec C., Dixneuf M. (2018), « Associations de patients et innovations thérapeutiques : de la mobilisation pour l'accès précoce à la mise en question des prix. L'exemple des associations de lutte contre le VIH et les hépatites », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°3 ; Krikorian G. (2014), « Un activisme savant - De la lutte contre le sida aux mobilisations contre les accords de libre-échange », *La Vie des Idées [en ligne]*

32 • Ministère de la santé et de la prévention, « Liste des associations d'usagers du système de santé agréées », septembre 2023 [en ligne] [consulté le 19/12/2023]

33 • Initialement formulée sous le terme de « démocratie sanitaire » à l'issue des États généraux de la santé en 1998, la notion de « démocratie en santé » permet d'inclure l'ensemble des activités sociales et médico-sociales intégrées depuis 2009 dans le périmètre des dispositifs consultatifs territoriaux relatifs aux politiques publiques de santé.

34 • France Assos Santé (2023), « Les Représentants des Usagers : Des citoyens engagés au service de la défense des droits des usagers », Décembre 2023

35 • *Ibid.*

36 • *Ibid.*

Elles **repositionnent également au premier plan les besoins des patients et remettent ainsi en cause les rapports de domination qui peuvent structurer certains modes de prise en charge médicale**<sup>37</sup>. On peut prendre pour exemple récent celui des luttes féministes contre les violences gynécologiques et obstétricales ayant eu pour effet la création de Maisons de naissance (portées par des associations) proposant un accompagnement global, moins technicisé et surtout sans violence pour les femmes enceintes<sup>38</sup>. Par conséquent, les associations de patients sont à l'origine d'innovations importantes qui améliorent la qualité des parcours de soins et facilitent la prise en compte par le système de santé de certaines pathologies rares ou en pleine expansion.

### **REFONDER LA MÉDECINE : VERS UNE SANTÉ COMMUNAUTAIRE, PAR ET POUR LES HABITANTS**

Depuis plus de 15 ans se développe en France une approche de la santé reposant sur l'auto-détermination des personnes et de leurs communautés en vue d'agir plus efficacement sur les déterminants socio-environnementaux de santé. Elle puise ses origines dans des pratiques d'éducation populaire latino-américaines, états-uniennes et canadiennes développées entre les années 1960 et 1980<sup>39</sup>. Cette santé communautaire est reconnue internationalement depuis la déclaration d'Alma-Ata de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1978 sur les soins primaires ainsi que la Charte d'Ottawa de la même organisation en 1986. L'OMS la définit comme « **le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.** »<sup>40</sup> De ces principes généraux découle une grande diversité de pratiques : une approche de promotion de la santé se caractérisant par une dimension globale et préventive et reposant sur un travail intersectoriel (non cloisonné à un domaine d'activité ou une profession de santé) ; l'implication d'une communauté et de l'ensemble des acteurs qui la composent dans la co-construction d'un projet de santé, le partage du pouvoir et des savoirs en son sein et la valorisation de ses propres « ressources » ; une démarche d'évaluation et d'adaptation permanente<sup>41</sup>.

### **LA CASE DE SANTÉ, un centre de santé communautaire à Toulouse**

La Case de Santé est le premier centre de santé communautaire français, implanté depuis 2006 dans le quartier Arnaud Bernard de Toulouse, un quartier populaire du centre-ville. Il y emploie une trentaine de salariées, recouvrant une grande diversité de métiers. Aux côtés de médecins généralistes se trouvent ainsi des sage-femmes, des psychologues, des infirmières, des assistantes sociales ou encore des médiatrices en santé qui travaillent en auto-gestion pour garantir aux patients, non seulement une offre de soins de qualité, mais aussi une place singulière dans l'animation et la vie de l'établissement. La Case de Santé promeut en outre un renversement des relations entre patients et professionnelles de santé, ces dernières représentant avant tout des ressources à partir desquelles les usagers du centre peuvent s'appuyer pour agir au mieux sur leur propre parcours de soins. A cette fin, le travail social et l'éducation populaire revêtent une importance centrale dans les activités du centre. Par ailleurs, la Case de Santé se situant dans un quartier populaire et s'adressant en majorité à des personnes précarisées et étrangères, un pôle Santé-Droit a été mis en place pour faciliter leur accès aux droits et à la santé, avec la mobilisation d'un service d'interprétariat téléphonique pour celles et ceux qui ne parlent pas le Français. Ouvert à toutes et tous, sans condition de ressources, le centre représente autant un espace d'émancipation au sein du quartier, qu'un moyen de lutter contre les inégalités sociales de santé.

[www.facebook.com/LaCaseDeSante](https://www.facebook.com/LaCaseDeSante)

37 • *Sur ce que le genre fait au traitement des femmes atteintes d'un cancer du sein* : Sigonneau M., El Kotni M., *Im/patiente, First, 2021* ; *sur les rapports patriarcaux entretenus au sein de la gynécologie* : Koechlin A., *La norme gynécologique, Editions Amsterdam, 2022* ; *sur les différences de traitement des patients sur une base raciale* : Cagnet M., « Les services de santé : lieu d'un racisme méconnu », in. Slaouti O., *Le Cour Grandmaison O. (dir.), Racismes de France, La Découverte, 2020*  
38 • Rozée V., Schantz C. (2021), « Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique », *Santé publique, n°33*.  
39 • Jourdan D., O'Neill M., Dupéré S., Stirling J. (2012), « Quarante après, où en est la santé communautaire ? », *Santé publique, n°24*  
40 • OMS (1978), « Les soins de santé primaires », *Déclaration d'Alma-Ata p. 56. [en ligne]*  
41 • D'après le *Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires* in. Jourdan D., O'Neill M., Dupéré S., Stirling J. (2012), *op. cit.*

La santé communautaire se matérialise en France par la création de **centres de santé** qui se distinguent par une **très forte implication des patients et habitants dans la vie de l'établissement**. Les équipes qui y travaillent sont composées d'une **grande diversité de professions** (médecins généralistes, infirmières, travailleurs sociaux, etc.), en vue de s'adapter à la pluralité des besoins rencontrés sur leur territoire et d'y répondre en **s'appuyant sur les ressources de la communauté**. La plupart de ces initiatives mobilisent ainsi des médiateurs en santé, soit des personnes relais capables d'identifier les personnes et familles qui nécessiteraient un accompagnement. Fortement inspirées de l'expérience belge des **Maisons médicales** ainsi que des **centres locaux de services communautaires québécois**, les centres de santé communautaires se développent en France de plus en plus rapidement. Depuis la création de **La Case de Santé** à Toulouse en 2006, on recense aujourd'hui 9 centres et 10 autres actuellement en projet.

La santé communautaire illustre ainsi les bénéfices que peut engendrer la démocratisation du système de santé, pour les professionnels, comme pour leurs usagers et usagères, comme peut en témoigner Didier Ménard, le co-fondateur de **L'Association Communautaire Santé Bien Être** : « Dès lors que les habitants d'un territoire considèrent que ce lieu de soins et de santé est aussi le leur et pas seulement pour s'y faire soigner, alors la nature de la participation change. La vie du territoire s'invite dans la structure de soins. Des habitants apportent aux soignants de l'information, de l'aide, du soutien, des idées, des critiques, tout ce qui fait la vie d'une communauté. [...] On ne soigne plus par l'expression d'un pouvoir, mais par une négociation, donc on ne soigne plus pour mais avec la personne »<sup>42</sup>. Ces initiatives ont d'ailleurs témoigné de leur réactivité et de leur efficacité dans la gestion de la crise du COVID<sup>43</sup>. Elles s'ajoutent à l'ensemble des actions de prévention initiées par la majorité des organisations de l'ESS dans le système de santé.

## **Prévenir, accompagner, réduire les risques : l'action des organisations de l'ESS sur les déterminants psycho-sociaux et environnementaux de santé**

Les activités de prévention sont centrales dans l'amélioration de la santé d'une population et représentent à ce titre un volet fondamental des politiques de santé publique. En effet, elles représentent le premier levier activable pour assurer la durabilité du système de santé face à l'essor des maladies chroniques et le coût social, économique et écologique<sup>44</sup> de leur prise en charge. Ces activités de prévention sont développées par une grande diversité d'organisations de l'économie sociale et solidaire.

### **D'HIER À AUJOURD'HUI, L'ESS À L'AVANT-GARDE DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ**

La **proximité** des organisations de l'ESS avec leur territoire d'implantation et leur **plus forte capacité d'identifier les besoins en santé de leurs adhérents et bénéficiaires** mettent celles-ci au premier plan de l'innovation en matière de prévention. Historiquement, l'ESS se distingue bien souvent au sein du système de santé par cette fonction préventive qu'illustre bien le **mouvement mutualiste**. Depuis la promotion de l'hygiène corporelle, le développement de dispensaires médicaux et de pharmacies ou encore la couverture des congés maternité, les mutuelles visent tout au long de leur histoire à traiter le plus en amont possible les problèmes de santé rencontrés par leurs adhérents<sup>45</sup>. L'ordonnance du 19 octobre 1945<sup>46</sup>, suivant

celle du 4 octobre créant la Sécurité sociale, consacre ainsi pour les mutuelles un **rôle de « prévention des risques sociaux » au sein du système de santé**. Celui-ci s'incarne aujourd'hui dans une grande diversité de **campagnes de prévention, de rencontres et ateliers** autour de problématiques de santé publique (dépression, santé au travail, alimentation, etc.), souvent à l'initiative des délégués territoriaux, ou encore des **actions ciblées** sur certains publics (personnes à risque de diabète, personnes âgées isolées, etc.).

42 • Ménard D. (2022), *Médecine de ville en péril, Les éditions Utopia, juin 2022*

43 • Ménard D. (2022), *op. cit.*

44 • *La dimension préventive est plébiscitée par le rapport du Shift Project « Décarboner la santé pour soigner durablement » (novembre 2021) comme mesure transversale permettant d'assurer une baisse des émissions de gaz à effet de serre du système de santé de 80% entre 2020 et 2050, complétant largement le potentiel de réduction des émissions des seuls établissements de santé (-50%).*

45 • *Pour un regard historique et synthétique sur les actions de préventions des mutuelles* : <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/le-mouvement-mutualiste/histoire-des-mutuelles/serie-dete-saison-5/les-pionniers-de-la-prevention/>

46 • *Ordonnance n° 45-2456 du 19 octobre 1945 portant statut de la mutualité* : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000699044/>

Comme les mutuelles, la très grande majorité des structures d'action sociale et médico-sociale de l'ESS comportent dans leur projet des activités de prévention. Qu'il s'agisse de l'**aide à domicile**, des **lieux d'accueil** et d'**accès aux droits**, des organisations d'**éducation populaire** ou des **structures d'insertion par l'activité économique**, toutes participent directement ou indirectement à la prévention de risques sanitaires rencontrés par les personnes qu'elles accompagnent.

On peut également citer les réseaux associatifs régionaux **Promotion Santé** (anciennement Instances régionales en éducation et promotion de la santé - IREPS) qui appuient les acteurs du champ éducatif et médico-social ainsi que les acteurs publics locaux dans la mise en place de projets de promotion en santé sur les territoires : **accompagnement à la gestion de projet**, mise à disposition de **ressources pédagogiques**, **formation professionnelle**, etc. Elles s'inscrivent dans le cadre de la **santé globale** telle que promue par la charte d'Ottawa.

## L'ESS, ACTRICE MAJEURE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

L'ESS est également très active dans la prévention des risques de santé au travail. Dans ce domaine, les mutuelles jouent là encore le rôle de pionnières en participant à la mise en place des premiers services de médecine du travail dès les années 1930 pour traiter les maladies professionnelles<sup>47</sup>. On trouve aussi dans l'ESS de nombreuses associations gestionnaires de **services de prévention et de santé au travail inter-entreprises** (SPSTI). Ces organisations permettent aux entreprises de répondre à l'obligation légale qui leur est faite depuis 1946 de mettre à disposition de leurs salariés des services de médecine du travail. Via ces associations, les entreprises mutualisent ainsi les frais de gestion de ces services. En 2019, on recensait 235 SPSTI, employant plus de 17 500 salariés (dont 4500 médecins) au service d'1,4 million d'entreprises et de leurs 16 millions de salariés<sup>48</sup>.

## LES ASSOCIATIONS DE PAIR-AIDANCE ET D'ENTRAIDE : UN RÔLE CRUCIAL DANS LA PRÉVENTION ET LA GUÉRISON

Dans le domaine de la prévention, le rôle des activités de **pair-aidance** et d'**entraide** joué par les **associations de malades** a longtemps permis aux individus de mieux connaître les symptômes de leurs pathologies, leurs causes et les moyens d'y faire face, en s'appuyant sur de nouvelles ressources. Le principe repose sur l'accompagnement d'une personne rencontrant une problématique spécifique par des personnes ayant fait face à la même problématique et disposant d'une expérience à lui partager.

Ces logiques d'entraide permettent non seulement de **réduire sensiblement les risques liés à une pathologie et à son vécu social**, mais aussi d'envisager le **rétablissement** ou la **guérison**. On peut citer en exemple l'action de groupes de parole tels que celle portée par le réseau international des **Alcooliques anonymes** ou bien le dispositif des **Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)** qui visent à faciliter l'insertion sociale et l'autonomie des personnes en situation de handicap psychique ou de troubles autistiques<sup>49</sup>.

## PRÉVENIR LES RISQUES DE SANTÉ PAR LE SPORT : UNE APPROCHE INTERSECTORIELLE DE LA SANTÉ PROMUE PAR L'ESS

L'activité sportive représentant un important facteur de prévention de santé, elle est prescrite dans le cadre de la médecine. Le « **sport santé** » regroupe ainsi une grande diversité d'activités adaptées à un public éloigné de la pratique sportive afin de l'encourager à une pratique régulière, ou bien à des personnes atteintes d'affections de longue durée ou de maladies chroniques, et peut représenter une part complémentaire mais non moins essentielle du parcours de soins. Il mobilise les organisations de l'ESS qui, en France, encadrent majoritairement la pratique sportive, à savoir les associations sportives, les clubs et leurs fédérations, ainsi que les acteurs de l'éducation populaire et des loisirs<sup>50</sup>. Se développent également de nombreux espaces et dispositifs dédiés tels que les **Maisons sport-santé (MSS)**, créées en 2019. Pour moitié de nature associative<sup>51</sup>, elles regroupent en leur sein des professionnels du sport et de la santé, s'appuyant sur un réseau territorial d'acteurs pluridisciplinaires (médecins, enseignants, éducateurs sportifs, nutritionnistes, acteurs publics locaux, etc.) afin de proposer une activité sportive adaptée aux personnes qui en ont besoin.

47 • <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/le-mouvement-mutualiste/histoire-des-mutuelles/serie-dete-saison-2/du-dispensaire-au-centre-de-sante-mutualiste/>

48 • IGAS, « *Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI)* », Rapport, février 2020

49 • CNSA (2022), « *Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM) - Année 2021* » [en ligne]

50 • Observatoire national de l'ESS - ESS France (2023), *Atlas commenté de l'économie sociale et solidaire*, Editions Lefebvre - Dalloz

51 • INJEP, « *Les Maisons sport-santé : des enjeux de coordination, de légitimation et de financement* », INJEP Analyses et synthèses, n°69, juillet 2023

## L'ESS, PIONNIÈRE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

La réduction des risques est une démarche s'adressant aux usagers de drogues et visant, d'après le code de la santé publique, « à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants »<sup>52</sup>. Partant du principe que les risques liés à ces consommations ne peuvent disparaître sous l'effet d'une approche punitive et stigmatisante des usagers, la politique de réduction des risques s'appuie sur une **approche préventive, accompagnatrice et pragmatique**. Elle **considère l'addiction comme une maladie chronique à part entière** qu'il convient de traiter avec des moyens renouvelés, notamment en agissant sur les déterminants sociaux et psychologiques des consommations à risque et en **facilitant l'accès à du matériel et des produits de santé permettant de limiter les risques lors de ces consommations**. Cette approche voit le jour en France dans le cadre de la mobilisation contre l'épidémie de sida dans les années 1990, sous l'impulsion d'ONG et d'associations de malades, alors que le virus se transmet non seulement par voie sexuelle mais également par le sang, et plus particulièrement à travers la consommation d'héroïne par voie intraveineuse et l'usage de seringues non stérilisées.

La politique de réduction des risques est aujourd'hui mise en œuvre au sein de dispositifs spécifiques tels que les **Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)**. Ces derniers accueillent et accompagnent les personnes en situation d'addiction dans leur parcours de soins et leur réinsertion sociale. En 2020, on comptait 500 CSAPA, majoritairement portés par des associations et prenant en charge plus de 200 000 patients. S'y ajoute l'action des 151 **Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)**, également portés par de nombreuses associations (ainsi que des hôpitaux publics), qui accompagnent 92 500 usagers de drogues<sup>53</sup> au travers d'un important travail de prévention et de médiation sociale. La politique de réduction des risques continue d'innover dans l'accompagnement des consommateurs de drogues avec la création de **salles de consommation à moindre risques** (appelées aujourd'hui **Haltes Soins Addiction**) qui, dans le prolongement des activités des CSAPA et des CAARUD, mettent à disposition des usagers un espace sécurisé avec des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, et où les consommations peuvent se faire au moyen de matériel stérilisé.

## FOCUS SUR...

### GAÏA, une Halte Soins Addictions à Paris

Gaïa est une association fondée en 2005 à Paris. Elle gère à Paris un CSAPA et un CAARUD et, depuis 2016, la première Halte Soins Addictions en France, adossée à l'hôpital Lariboisière. Elle y accueille et accompagne aujourd'hui 800 usagers de drogues par an, parmi lesquels se trouvent de nombreuses personnes en situation de grande pauvreté (des personnes à la rue et ou/exilées). Si ces personnes trouvent au sein du lieu la possibilité de consommer de façon plus sécurisée et hygiénique, elles y bénéficient également un espace où s'extraire de la violence de la rue et créer du lien social (entre usagers et avec des travailleurs sociaux).

La halte est fortement ancrée dans son territoire, par le biais de ses partenariats avec de nombreux acteurs du soin et de la solidarité mais aussi dans les relations qu'elle entretient de façon permanente avec les habitants et les entreprises du quartier, conditions de l'efficacité et de la pérennité d'une innovation médico-sociale ayant suscité de vives inquiétudes à ses débuts.

Gaïa a également développé un dispositif d'insertion socio-professionnelle, le Labo Fabrik, ainsi qu'un outil de formation des usagers à la réduction des risques pour devenir « travailleurs pairs » (14% des salariés sont d'anciens usagers). La structure met enfin à disposition des modules de formation professionnelle à la réduction des risques à destination des travailleurs sociaux du territoire.

[www.gaia-paris.fr](http://www.gaia-paris.fr)

Les résultats sont prometteurs puisqu'il a été observé une nette diminution des problèmes de santé chez les consommateurs passant par ce dispositif, une économie en coûts médicaux de 11 millions d'euros sur 10 ans et une réduction des délits liés à la consommation de drogues<sup>54</sup>.

52 • Article L3411-8 du code de la santé publique  
53 • Observatoire français des drogues et des conduites addictives, « *Chiffres clés* », 2022  
54 • Inserm, « *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique* », Institut de Santé Publique de l'Inserm, Mai 2021



# Coopérations et coordinations interprofessionnelles des activités de soins : le rôle de plus en plus structurant de l'ESS dans l'organisation du soin sur les territoires

La démocratisation du système de santé, de la même façon que le renforcement de son efficacité en matière de prévention et d'amélioration des parcours de soins, se joue également au niveau de l'organisation du travail des professionnels à l'échelle territoriale.

L'ESS représente ici une actrice clé de la structuration des coordinations mono- et pluriprofessionnelles dont les impacts en termes d'amélioration des conditions de travail pourraient être par ailleurs déterminants pour la durabilité du système.

Les **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** représentent un exemple éclairant du rôle de l'ESS dans l'organisation du système de santé. Il s'agit d'associations de professionnels et d'établissements de santé se donnant pour objectifs d'améliorer l'**organisation des soins de proximité** sur un territoire donné en portant des actions communes telles que la facilitation de l'accès aux médecins, la coordination dans la prise en charge de soins non programmés, la mise en place de campagnes de prévention thématique, le partage de bonnes pratiques et d'informations, le traitement de certaines pathologies en fonction des besoins identifiés, etc. Reposant à l'origine sur des coopérations interprofessionnelles déjà existantes, les CPTS ont été formalisées par la loi du 26 janvier 2016 de « modernisation de notre système de santé » et leur cadre de fonctionnement a été précisé en 2019 par un accord conventionnel interprofessionnel. Ils sont depuis au cœur de la stratégie gouvernementale « Ma Santé 2022 » qui, dans l'optique de garantir la permanence de l'accès aux soins, souhaite généraliser ces modes de coopération.

Les CPTS répondent à plusieurs enjeux. Les professionnels font état d'un **besoin croissant de travailler en collectif et de décloisonner les pratiques** afin de faciliter le suivi et la prise en charge de leurs patients. Cela s'avère particulièrement nécessaire dans le cas du traitement de pathologies chroniques et complexes requérant l'intervention d'acteurs et de praticiens aux compétences complémentaires. Avec l'augmentation des maladies chroniques et le vieillissement de la population, **les CPTS représentent donc un outil de prévention et d'adaptation particulièrement efficace pour l'amélioration du système de santé.**

On peut ajouter à cela la capacité des CPTS à **optimiser les disponibilités des professionnels sur le territoire** afin de faciliter l'accès aux soins. Pendant la crise du COVID-19, les CPTS ont pu démontrer cette fonction. Elles ont notamment contribué à la mise en place de centres de vaccination et ont permis aux professionnels d'orienter plus facilement leurs actions vers les personnes les plus éloignées des dispositifs de prévention<sup>55</sup>.

Fin 2022, on comptait 756 CPTS, couvrant 68% de la population française. On estime que le dispositif en couvre 83% à la fin de l'année 2023<sup>56</sup>. Conformément à la loi, les CPTS sont toutes de statut associatif, doivent répondre à plusieurs missions légales dans le cadre d'un projet de santé validé par les Agences régionales de santé et sont financées par les Caisses primaires d'assurance maladies en fonction du nombre de la population couverte et d'indicateurs de résultats définis par l'accord conventionnel interprofessionnel. Elles sont surtout présentes en milieu urbain et connaissent depuis 2019 un très fort dynamisme.

On peut également citer, aux côtés des CPTS, les **Dispositifs d'Accompagnement à la Coordination (DAC)**, portés pour la plupart par des structures associatives, et servant à accompagner les acteurs sanitaires et médico-sociaux d'un territoire dans le suivi de patients aux pathologies complexes. On en comptait 119 en 2021<sup>57</sup>.

En complément des coopérations pluriprofessionnelles sur les territoires, les organisations de l'ESS développent de nouveaux outils d'organisation du travail en santé permettant de répondre aux besoins des professionnels de travailler dans de meilleures conditions ainsi qu'aux besoins des patients<sup>58</sup>.

55 • Fédération des CPTS (2023), « Tour de France des CPTS : Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé », Rapport

56 • Ibid.

57 • Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2022), op. cit.

C'est notamment le cas de l'association **Asalée** (Action de santé libérale en équipe) qui met en place depuis 2004 des binômes médecins-infirmières afin de renforcer le suivi thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques par la délégation d'actes de suivi et de dépistage du médecin vers un ou une infirmière formée à l'éducation thérapeutique. Si l'ESS contribue fortement à l'essor des coopérations interprofession-

nelles, ses innovations touchent également l'**organisation du travail au sein d'une même profession** comme en témoigne l'association **Soignons Humains**.

58 • Pour plus d'informations sur les innovations portées par l'ESS dans le domaine de l'accès aux soins, c.f. Labo de l'ESS (2021), « Un système de santé pour toutes et tous, ancré dans les territoires », Etude [en ligne]

## FOCUS SUR...

### SOIGNONS HUMAINS, vers l'auto-organisation des professionnelles du soin

Soignons Humain est une association créée par des infirmiers et infirmières en 2016 dans le but de refonder la pratique du soin infirmier sur la base de l'auto-organisation et d'une approche globale centrée sur la personne. Pour rompre avec le sentiment de perte de sens et d'épuisement professionnel généré par l'isolement de nombreuses infirmières libérales, Soignons Humains leur permet d'exercer en équipe autonome (de 4 à 8 collègues), afin de faciliter la coordination de la prise en charge des patients, la prise en compte de leur environnement social dans leur parcours de soins, ainsi que le partage de bonnes pratiques. Les infirmières sont accompagnées dans l'auto-organisation de leur travail par un coach en intelligence collective.

[www.soignonshumain.com](http://www.soignonshumain.com)

L'autre dimension structurante de l'innovation portée par Soignons Humains est la substitution du paiement à l'acte par le paiement horaire, une dérogation permise par l'article 51 du projet de loi de financement de sécurité sociale de 2018 et qui s'inscrit dans le projet expérimental « EQUILIBRES » de l'association. Alors que le paiement à l'acte sous-valorise le temps accordé à la création de liens avec le patient et à la compréhension de ses facteurs de santé, survalorise les actes les plus rémunérateurs et encourage leur multiplication, générant souffrance et perte de sens au travail, l'expérimentation du paiement horaire redonne au contraire aux infirmières le pouvoir d'exercer leur métier de façon plus efficace tout en étant plus justement rémunérées. L'expérimentation EQUILIBRES comprend aujourd'hui 160 infirmières sur 3 régions différentes (Île-de-France, Hauts-de-France et Occitanie) et sont suivies par 4 coachs.

## L'ESS au service de la transition écologique du système de santé

L'économie sociale et solidaire est une importante contributrice de l'écologisation du système de santé. Ses apports en la matière pourraient se situer principalement dans le **domaine de la prévention**, qui permet de retarder la prise en charge médicale, de limiter les consommations de médicaments et l'usage de matériel médical, voire d'éviter l'apparition de certaines maladies chroniques. Ces actions de prévention se déclinent également au travers des **luttes citoyennes** et de la **mobilisation des associations de malades** qui contribuent à faire le lien entre santé et

environnement en alertant sur les risques sanitaires encourus par les populations en raison des différentes formes de pollutions, de la dégradation des conditions de travail, ou de l'évolution des modes de production et de consommation alimentaire. C'est notamment le cas du **Réseau Environnement Santé** regroupant des associations de malades, des scientifiques et des associations de professionnels de santé dans le but d'alerter les pouvoirs publics et les citoyens sur les problématiques de **santé environnementale**.

# L'ESS dans la recherche et la production de médicaments et de matériel médical

L'ESS est également très active dans la promotion d'une **santé globale** (« one Health ») qui comprend non seulement la santé humaine mais également celle des écosystèmes, toutes deux s'inscrivant dans une relation d'interdépendance qui incite à dépasser le seul cadre du système de santé dans la mise en œuvre d'une action de soin plus globale. La fondation « **Une Santé durable pour tous** » participe ainsi au financement et à l'organisation de rencontres entre acteurs mobilisés sur ce sujet.

## FOCUS SUR...

### ENVIE AUTONOMIE, pionnier du réemploi de matériel médical

Envie Autonomie est un réseau d'entreprises de réemploi de matériel médical, créée à Angers en 2015 par une entreprise du réseau Envie, spécialisée dans l'économie circulaire et l'insertion par l'activité économique. La finalité : rendre financièrement plus accessible le matériel médical nécessaire à la compensation du handicap et au maintien à domicile des personnes âgées grâce au réemploi. Depuis 2019 et son déploiement à l'échelle nationale, elle a créé une société coopérative d'intérêt collectif (SCIC), tête de réseau qui anime aujourd'hui une vingtaine d'établissements répartis sur 7 régions et accompagnent le développement national. Ceux-ci collectent au sein d'établissements de santé et auprès des particuliers des aides techniques (principalement des fauteuils roulants, mais aussi le matériel d'aide au maintien à domicile, aide au soin, la toilette, etc.), les reconditionnent au sein d'ateliers dédiés et les distribuent à moitié prix dans les magasins du réseau avec une garantie de 2 ans et toutes les conformités réglementaires. Envie Autonomie propose également pour les

[www.envieautonomie.org](http://www.envieautonomie.org)

Mais l'ESS est également impliquée dans la transition socio-écologique des établissements de santé et plus particulièrement sur le **réemploi de matériels médicaux et d'aides techniques** (fauteuils roulants, lits médicaux, produits hygiéniques, etc.). De plus en plus de partenariats se nouent ainsi entre les organisations du soin et celles du réemploi solidaire. L'ESS est d'ailleurs plus fortement positionnée sur ce champ d'activités, aujourd'hui délaissé par les acteurs privés lucratifs.

établissements de santé des prestations de réparation et maintenance des aides techniques, ainsi que la vente de pièces détachées issues du réemploi. Le réseau emploie 140 salariés dont près de la moitié sont en parcours d'insertion socio-professionnelle. Ils se forment au sein des ateliers aux métiers de la maintenance et de la réparation mais également aux métiers de l'économie circulaire et du réemploi.

Pionnier sur le réemploi du matériel médical, Envie Autonomie a développé un Système d'Information qui sécurise la collecte, le tri et le reconditionnement en conformité avec la réglementation tout en garantissant la traçabilité du matériel. Dans le cadre de son développement, le réseau a par ailleurs initié l'écriture d'une norme Afnor qui permettra une professionnalisation et une reconnaissance de la qualité des procédures de reconditionnement mis en place au sein de l'ensemble des acteurs du secteur des aides techniques. Fin 2022, Envie Autonomie signait le premier contrat à impact social de l'Ademe pour un montant de 4,9 millions d'euros. En 2023, le réseau ENVIE Autonomie a collecté 40 000 aides techniques dont près de 25% ont été reconditionnées et distribuées.

Le bon fonctionnement du système de santé repose, en amont, sur des moyens efficaces de recherche et de production de médicaments et de matériel médical. Si l'ESS est fortement présente dans le domaine de la recherche médicale, elle l'est cependant beaucoup moins sur la production pharmaceutique.

### L'ESS, UNE ACTRICE MAJEURE DE LA RECHERCHE MÉDICALE

L'économie sociale et solidaire est historiquement présente dans le domaine de la recherche médicale, notamment au travers d'importantes fondations, les plus connues étant l'**Institut Pasteur** et l'**Institut Curie**. En 2013, on pouvait recenser **214 fondations actives dans la recherche médicale**, soit une fondation sur dix, pour un total de financement de plus de 500 millions d'euros (la moitié provenant des Institut Pasteur et Curie)<sup>59</sup>. Leur poids financier dans le montant total des financements accordés à la recherche en 2016 (7,6 milliards d'euros selon l'INSEE<sup>60</sup>) peut donc être estimé à 6,5%<sup>61</sup>.

Ces organisations peuvent relever de modèles différents comme les **fondations opératrices**, directement gestionnaires d'établissements de santé ou d'unités de recherche, ou les **fondations distributrices**, ayant pour objectif principal la redistribution de fonds auprès d'œuvres sanitaires. Ce dernier modèle peut être représenté par de très grandes structures telles que la **Fondation pour la recherche médicale** (47 millions d'euros alloués en 2022). Aux côtés des fondations agissent également de nombreuses **associations de malades** dont le rôle dans le financement de la recherche est tout aussi important. L'une des plus connues, déjà citée ici, est l'**Association Française contre les Myopathies** qui organise chaque année le téléthon (56 millions d'euros alloués à la recherche en 2022). Les associations de malades sont elles-mêmes à l'origine de la création de fondations dédiées à la recherche médicale.

Si leur poids global dans l'ensemble du financement de la recherche reste relativement faible, les fondations et associations financent principalement des projets, là où l'État finance majoritairement des postes de chercheurs. Son rôle dans la recherche est donc complémentaire et non négligeable. Il s'est également renforcé ces dernières années sous l'effet de mesures de rigueur budgétaire imposées au financement de la recherche publique<sup>62</sup>.

## FOCUS SUR...

### FONDATION MÉDECIN SANS FRONTIÈRE, une recherche médicale au service de l'action humanitaire

Médecins Sans Frontière (MSF) est une organisation non gouvernementale humanitaire fondée en France en 1971 pour apporter une aide médicale dans des pays rencontrant des situations d'urgence sanitaire et n'ayant pas les moyens d'y faire face (conflits armés, épidémies, catastrophes naturelles, etc.). La branche française du réseau international MSF a depuis créé une fondation aujourd'hui dédiée à la recherche, dans le but de développer du matériel médical en mesure de faciliter les actions du réseau sur le terrain, en amont ou en aval de la prise en charge des patients. La fondation travaille en partenariat avec des universités, des professionnels de santé, des industriels et des start-ups pour développer des outils numériques d'aide au diagnostic et au dépistage (en s'appuyant notamment sur l'intelligence artificielle), pour faciliter l'accès à des prothèses sur-mesure via la technologie 3D ou encore disposer de systèmes numériques de surveillance des épidémies. Ce positionnement de la recherche-action sur du matériel médical numérique (« software as medical device ») permet à la Fondation de produire des solutions reproductibles à moindre coût et par conséquent faciles d'accès sur l'ensemble des terrains du réseau MSF. Ces innovations, qui ne répondent pas à des critères de rentabilité, illustrent la façon dont les organisations à but non lucratif se distinguent du reste de la recherche privée. La Fondation MSF dispose également d'une forte connaissance de la complexité des terrains d'action ce qui facilite l'identification du potentiel d'implémentation des innovations produites.

[www.fondation.msf.fr/fr](http://www.fondation.msf.fr/fr)

59 • Truffinet N., « Fondations philanthropiques et recherche médicale en France au tournant des XXe et XXIe siècles », Thèse d'histoire sous la direction de Michel Margairaz, Université Panthéon-Sorbonne - Paris I, 2018  
60 • Insee, Tableaux de l'économie française, Éditions 2016, p. 93.

61 • Truffinet N. (2018), op. cit.

62 • Truffinet N. (2020), « Transformations dans la recherche médicale : l'essor des fondations privées », Savoir/Agir, n°53

# OPPORTUNITÉS & DÉFIS

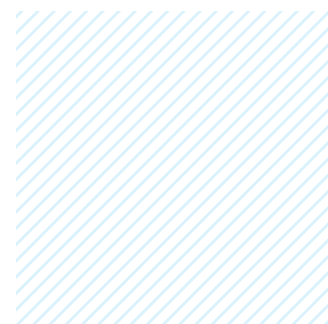
Les projets financés par l'ESS se concentrent également plus fréquemment dans la recherche fondamentale que dans la recherche clinique ou appliquée, où domine le secteur public et les entreprises pharmaceutiques. Il existe toutefois de nombreuses exceptions comme la **Fondation MSF** (c.f. portrait), actrice importante de la recherche-action dans l'innovation technologique en santé.

## PRODUIRE DES MÉDICAMENTS PAR L'ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE

La position dominante des grands groupes pharmaceutiques dans la filière de production et de commercialisation de médicaments se trouve aujourd'hui largement contestée. La question de la possibilité d'une filière alternative se pose donc de plus en plus fortement dans le débat public, et avec elle le rôle que pourrait y jouer l'ESS.

Certaines organisations coopératives jouent en effet un **rôle structurant dans l'approvisionnement en médicaments et matériels médicaux** pour les établissements publics hospitaliers qui en sont les sociétaires comme **UniHa**. Les **coopératives de pharmaciens** sont également des actrices importantes de la mutualisation de moyens et de l'accompagnement de leurs sociétaires dans l'évolution de leur métier. Toutefois, le nombre d'entreprises de l'ESS actives dans la production de médicaments est marginal voire quasiment inexistant (hormis **Bioluz**, laboratoire pharmaceutique repris en coopérative en 2013).

Alors que l'enjeu de relocalisation de la production pharmaceutique se pose de façon de plus en plus urgente et que la mainmise des grands groupes pharmaceutiques sur les brevets limite l'accès à certains produits médicaux essentiels, des organisations se mobilisent aujourd'hui pour proposer des alternatives, comme le collectif associatif **Médicament Bien Commun**, créé en 2018, autour de chercheurs, militants syndicaux et professionnels de santé, dans le but de promouvoir pour les médicaments un statut de bien commun inappropriable. Celui-ci pourrait en conséquence bénéficier plus facilement d'une politique de relocalisation, reposant sur la transparence et l'implication démocratique de l'ensemble des acteurs de la filière, potentiellement par le biais des modèles de l'économie sociale et solidaire (c.f. Partie suivante).



## SYNTHÈSE DES LEVIERS, OPPORTUNITÉS ET DÉFIS POUR ESSIER LE SYSTÈME DE SANTÉ

LEVIERS	OPPORTUNITÉS POUR L'ESS	DÉFIS POUR L'ESS
<b>Modèles économiques et de développement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des modèles à but non lucratif dont l'activité économique ne sert pas à rémunérer des actionnaires mais à répondre aux besoins des bénéficiaires</li> <li>Une capacité à mettre en œuvre des innovations en santé et des coopérations entre structures de soins afin de :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Faciliter le développement, la pérennité et la coordination des activités de soins sur les territoires</li> <li>Améliorer les conditions de travail des professionnels et rendre certains métiers plus attractifs, notamment sur les zones où l'offre de soin est plus faible</li> </ul> </li> <li>Une implication historique et beaucoup plus importante dans la prévention, comme outil essentiel d'anticipation des besoins de santé, de limitation des coûts économiques et environnementaux de prise en charge médicale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une augmentation très forte des besoins en santé dans les territoires</li> <li>Une tarification à l'acte encore structurante dans l'économie de la santé, qui limite le financement d'une prise en charge plus globale des patients et le développement des coopérations inter-professionnelles.</li> <li>Une concurrence accrue du secteur privé lucratif</li> <li>Une prédominance au sein du système de santé de l'exercice libéral et de la contestation par les ordres professionnels majoritaires de certaines innovations sociales et organisationnelles (santé communautaire, délégation d'actes de soins à d'autres professions, etc.)</li> </ul>
<b>Politiques publiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un soutien de plus en plus prononcé au développement des innovations en santé et des coopérations interprofessionnelles portées en grande partie par des organisations de l'ESS (santé communautaire, nouvelles organisations du travail, communautés professionnelles territoriales de santé, etc.)</li> <li>Le développement et la généralisation des expérimentations mises en œuvre dans le cadre de l'article 51 du PLFSS 2018</li> <li>Le développement et la structuration d'une filière à responsabilité élargie du producteur (REP) sur le réemploi et le recyclage des aides techniques médicales, sur lesquels l'ESS est pionnière</li> <li>Le renforcement depuis 20 ans de l'intégration des usagers et de leurs représentants dans l'orientation des politiques publiques de santé</li> <li>Un intérêt de plus en plus fort des acteurs publics pour la relocalisation de la production de produits de santé, pouvant s'appuyer sur les modèles de coopération de l'ESS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une invisibilisation fréquente des spécificités des modèles de l'ESS dans l'action publique de santé, contribuant à leur fragilisation économique face à un secteur privé lucratif en plein développement</li> <li>Une filière REP des aides techniques médicales dont les contours ne sont pas encore définis, laissant incertains les avantages dont pourraient bénéficier les acteurs du réemploi solidaire</li> <li>Une démocratie en santé qui reste incomplète et dont les instances ne sont pas systématiquement mobilisées dans le cadre de l'ensemble des politiques publiques de santé.</li> <li>Une stratégie nationale de soutien à la relocalisation de la production de médicaments qui dépend encore des intérêts des grands groupes pharmaceutiques</li> </ul>
<b>Formation / besoins en compétences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des formations développées par l'ESS en vue d'accompagner l'évolution des pratiques professionnelles vers des approches innovantes du soin (prévention et promotion de la santé, coopération interprofessionnelles, réduction des risques, approche holistique du soin, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficultés de recrutement pour les métiers des secteurs de la santé et du médico-social</li> <li>Des formations universitaires qui font encore peu de place à l'acquisition des compétences nécessaires aux innovations en santé</li> </ul>



## UN SECTEUR PRIVÉ NON LUCRATIF ESSENTIEL MAIS DONT LA FONCTION AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ N'EST PAS ASSEZ PRISE EN COMPTE

Les organisations de l'économie sociale et solidaire jouent une fonction particulièrement déterminante pour assurer la capacité du système de santé à répondre aux besoins des populations. Leur **approche non lucrative et démocratique de la gestion des activités sanitaires**, de soins et d'action sociale s'est historiquement illustrée par l'**accessibilité** de celles-ci aux personnes qui en étaient jusqu'ici exclues, mais aussi par un **traitement holistique et innovant de l'ensemble des déterminants sociaux de santé**, contribuant par là-même à la **réduction des inégalités de santé**. Représentant plus d'un tiers des emplois de la santé et de l'action sociale (et 64% sur le seul secteur privé), l'ESS s'est donc constituée comme une actrice majeure du droit à la santé et une contributrice essentielle des politiques de santé publique.

Cela en fait un **atout pour faciliter la prise en charge de maladies chroniques** en très forte expansion depuis plusieurs décennies, et pour **encaisser d'importants chocs sanitaires** telles que la crise du COVID-19. Cette dernière a d'ailleurs été l'occasion de renforcer la reconnaissance et la légitimité du rôle des structures de soins de proximité, de plus en plus mobilisées par les élus et acteurs publics locaux afin de lutter contre les déserts médicaux et de répondre à une augmentation toujours plus forte des besoins sur les territoires (en témoigne l'augmentation du nombre de créations de centres de santé depuis plusieurs années déjà). Les organisations de l'ESS représentent en outre un **facteur d'attractivité notable pour les professionnels de santé dont certains priorisent l'exercice de leurs activités dans un cadre plus collectif**, favorisant la coordination pluriprofessionnelle du soin et permettant de limiter l'isolement que peut générer aujourd'hui la pratique libérale.

Pourtant, ces structures sont aujourd'hui en **situation de crise**. Le modèle économique des hôpitaux privés à but non lucratif a été durablement fragilisé par l'application de tarifications au séjour moins importantes que dans le secteur public hospitalier et la non-application de nombreuses mesures de soutien à la rémunération de personnel, accordées là aussi aux seuls hôpitaux publics<sup>63</sup>. Les mutuelles doivent, quant à elles, faire face une augmentation financière de leur prise en charge sur de nombreux produits de santé avec les mesures de reste à charge zéro sur les audioprothèses, l'optique et les soins dentaires ou la baisse de certains remboursements obligatoires par la Sécurité sociale. Cela pèse sur leur équilibre budgétaire ainsi que sur les établissements de santé qu'elles portent.

On peut également souligner les obstacles rencontrés par les centres de santé de l'ESS qui parviennent difficilement à financer l'ensemble des activités réalisées en dehors des seuls actes curatifs et notamment dans le domaine de la prévention, de l'accompagnement et du soin. Les centres de santé prennent également en charge une patientèle dont les besoins sont plus importants (20% de publics vulnérables en moyenne contre 8% au sein des maisons de santé). C'est aussi le cas de la grande majorité des organisations privées non lucratives de l'action sociale et médico-sociale, fortement implantées sur des territoires peu attractifs pour le secteur privé lucratif (territoires ruraux, quartiers populaires).

Cela n'empêche pas le secteur privé lucratif d'exercer une **concurrence accrue** sur les modèles de l'ESS dans le champ de la santé et du soin. Cette concurrence est alimentée par la **mise en équivalence par les pouvoirs publics de structures privées pourtant radicalement différentes**, tant par leurs modes de gestion que par leurs effets en termes de santé publique. Bien que les dérives aujourd'hui rencontrées dans de nombreuses entreprises commerciales<sup>64</sup> plaident en faveur d'une limitation de la lucrativité au sein du système de santé, **les modalités de financement des organisations ne prennent pas totalement en compte les spécificités des organisations l'ESS**. Celles-ci se voient ainsi régulièrement **invisibilisées** dans les politiques publiques de soutien au secteur, alors même que les innovations sociales et sanitaires dont elles sont les initiatrices sont de plus en plus valorisées par ailleurs.

Cette situation se traduit aujourd'hui par de **plus faibles rémunérations** et des **conditions de travail dégradées**, et donc par une **plus grande difficulté à maintenir ou à recruter des effectifs**. Elle **précarise également le financement d'innovations qui ont pourtant fait preuve de leur efficacité**. Elle fait enfin courir le **risque de voir certaines activités essentielles disparaître** au dépend de celles et ceux qui en bénéficient. Le **vieillessement d'une population** de plus en plus confrontée à la perte d'autonomie et à l'augmentation des maladies chroniques, aujourd'hui largement prises en charge par des organisations de l'ESS, ne permet pas non plus qu'une telle situation puisse encore perdurer.

63 • Moreau R., « 83% des hôpitaux privés à but non lucratif sont aujourd'hui dans le rouge » (interview), Hospimédia, 26/06/2023 [en ligne - consulté le 10/01/2024]

64 • Castanet V. (2022), *Les Fossoyeurs*, Fayard ; Gastaldi D., Périsset M., *Le prix du berceau* (2023), Seuil ; Cyran O., *Sur les dents* (2021), La Découverte



## LA COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ : DES ATOUTS AUX OBSTACLES

Les coopérations pluriprofessionnelles portées par des organisations de l'ESS au sein du système de santé (CPTS, DAC, Soignons Humains, Asalée, centres de santé communautaires, etc.) représentent des atouts en termes de **suivi des parcours de soins complexes**, d'**optimisation** et d'**organisation du travail sanitaire** et donc de **prévention**, de plus en plus reconnus par les pouvoirs publics. Cependant, les marges de progression sont importantes afin qu'ils puissent représenter la norme de l'organisation des soins de proximité, comme le préconise le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)<sup>65</sup>.

En ce qui concerne les coopérations territoriales, l'implication des professionnels au sein des dispositifs existants n'est pas évidente. En plus de leur activité principale, ceux-ci devraient **endosser de lourdes responsabilités de gestion**, de coordination, de montage d'organisation ou de recrutement pour lesquelles ils manquent de financements comme de compétences. Pour développer ces coopérations, les CPTS<sup>66</sup> font par exemple état d'un **besoin de moyens plus importants au démarrage**, notamment pour financer des postes de coordination et accompagner les professionnels qui veulent bien s'engager dans cette démarche afin de faciliter leur pérennisation. De nombreuses autres difficultés ont été identifiées telles que la **moindre capacité à couvrir des territoires ruraux** où le nombre de professionnels est restreint ou bien la **difficulté à élargir le cercle des parties prenantes à d'autres acteurs** tels que les hôpitaux ou les structures d'action sociale et médico-sociale.

Un autre frein majeur réside dans la **réticence des ordres professionnels à la délégation et au partage d'actes de soin vers d'autres professions dans le cadre de ces coopérations, qui sont alors considérées comme le vecteur d'une forme de concurrence directe**<sup>67</sup>. Les dispositifs de coopérations et les innovations en santé qui remettent ainsi en question la hiérarchie et le cloisonnement des professions médicales, qui promeuvent le financement collectif de nouveaux modes d'exercice pluriprofessionnel ou bien la transformation de la relation entre soignants et soignés, souffrent encore de la défense d'une culture de l'exercice libéral et des relations de pouvoirs qui lui sont attachées. La formation initiale et continue des professionnels de santé représente à ce titre un enjeu déterminant pour dépasser ces obstacles.

65 • HCAAM (2022), « Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité », Rapport

66 • FCPTS (2023), op. cit.

67 • HCAAM (2022), op. cit.



## LA FORMATION : UN ENJEU CLÉ POUR FAVORISER LES INNOVATIONS PORTÉES PAR L'ESS

Alors que certaines filières de formation aux métiers sanitaires et médico-sociaux connaissent une **baisse de fréquentation** à cause de la faible attractivité des métiers, la crainte des difficultés de recrutement dans l'ESS se renforce. Les études de médecine laissent par ailleurs **peu de place dans leurs cursus de formation au secteur social et médico-social et aux innovations dans la pratique médicale comme dans ses modes d'organisations** (à l'instar des initiatives de santé communautaires). Cela limite par conséquent les capacités des futurs professionnels de santé à œuvrer, dans une perspective transversale et pluridisciplinaire, à la coordination des activités de santé dans les territoires.

Le champ de la formation est donc de plus en plus investi par les organisations de l'ESS. S'il l'est déjà grâce à des structures historiques de formation supérieure et professionnelle telles que les **Maisons Familiales Rurales (MFR)** ou des organismes spécialisés comme le **GRIEPS**, SCOP de formation-conseil pour les acteurs de la santé, les établissements de santé tendent à développer eux-mêmes leurs propres parcours de formation, de façon à s'adapter au mieux aux besoins rencontrés.

Ainsi la **Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)** dispose de ses propres parcours de formation adaptés aux métiers des établissements à but non lucratif. De son côté, la **Fédération nationale des centres de santé** et la **Fédération des CPTS** travaillent en partenariat avec l'**École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP)** autour du **Programme d'Amélioration Continue de Travail en Equipe (PACTE)** visant à **développer des compétences autour de l'organisation des soins primaires dans les territoires**. La Halte Soins Addictions Gaïa (c.f. Portrait d'Acteur p. 15) a également créé des **formations certifiantes sur les enjeux de réduction des risques**, ainsi que sur l'ouverture de nouvelles Haltes Soins Addictions pour **faciliter l'essaimage de son expérience**. On peut aussi évoquer les **centres de santé communautaires** qui contribuent à la professionnalisation des activités de **médiation en santé** en permettant aux habitants participant aux activités du centre et l'animation de leur communauté de mieux valoriser les compétences acquises dans ce cadre<sup>68</sup>. Enfin, l'enjeu de formation continue se joue aussi sur les **possibilités d'évolution professionnelle entre les différents établissements, métiers et activités de l'ESS** dans le champ de la santé, afin que ces passerelles puissent **améliorer la qualification des métiers, leur rémunération et, in fine, l'attractivité du champ médico-social, en particulier dans ses établissements non lucratifs**.



## QUEL AVENIR POUR LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ ?

Le cadre institué par la « démocratie en santé » permet aujourd'hui à nombre d'utilisateurs du système de santé d'intervenir au sein. Cette dynamique de démocratisation converge par ailleurs avec une évolution des pratiques dans les établissements, plus sensibles à « l'expérience patient » et aux besoins des professionnels d'agir efficacement sur la santé de leur patientèle en mobilisant une approche plus humaine et transversale du soin.

Pourtant, **cette démocratisation est encore loin d'être une évidence**. L'exemple de la gestion de la crise du COVID-19 en témoigne : malgré une forte mobilisation des associations d'utilisateurs, des réseaux de coopérations interprofessionnels sur les territoires comme les CPTS ou bien des associations de prévention et des initiatives de santé communautaire pour limiter les effets de la pandémie sur les populations les plus vulnérables<sup>69</sup>, les institutions de la démocratie en santé ont été largement abandonnées par le gouvernement durant les premiers mois de la crise<sup>70</sup>.

Par ailleurs, si l'implication des utilisateurs devait prendre de plus en plus de place dans la définition des politiques publiques de santé, elle resterait limitée par des obstacles plus structurels. Au sein des associations d'utilisateurs se pose en effet la **capacité à occuper l'ensemble des 17 000 mandats accordés à des représentants d'utilisateurs** au sein des différentes instances de la démocratie en santé (c.f. Partie 2). En effet, ces mandats nécessitent parfois un engagement important de la part des bénévoles mandatés, en temps disponible comme en formation, pour assumer au mieux ces responsabilités. Ils dépendent également du renouvellement d'un bénévolat dont le vieillissement fait peser un risque conséquent sur la perpétuation de la représentation des utilisateurs au sein du système. Cette dernière pourrait enfin progresser en termes de représentativité puisqu'une grande majorité des mandatés comprend des retraités (68%) ainsi que des cadres ou cadres retraités (la moitié), reproduisant ici un phénomène déjà observé dans l'ensemble du champ associatif<sup>71</sup>.

68 • Ménard D. (2022), *op. cit.*

69 • Institut Renaudot (2021), « Crise sanitaire de la covid-19 et démarche communautaire en santé, une opportunité pour agir ensemble ? », *Les cahiers de l'institut*, n°3 [en ligne]

70 • Conférence nationale de santé (2022), « La démocratie en santé : une urgence de santé publique - 11 recommandations pour l'avenir de la démocratie en santé », 6 avril 2022

71 • Prouteau L., Tchernonog V. (2023), *Le paysage associatif français, Juris-Associations Hors-Série, Editions Lefebvre Dalloz*, août 2023

Pour faciliter le développement de la démocratie en santé, de nombreux leviers restent à activer pour faire face à ces défis : une augmentation du temps de congés de représentation pour les bénévoles mandatés, une augmentation du financement public des associations agréées afin de soutenir la formation des représentants et le développement de leurs activités en toute indépendance ; la simplification des conditions de désignation des mandatés par les Agences régionales de santé ; le renforcement des relations entre associations et pouvoirs publics dans le suivi des politiques publiques pour assurer une place à l'expression des utilisateurs dans le devenir de leur propositions ; etc. Enfin, l'émergence de nouveaux dispositifs d'organisation des soins sur les territoires tels que les CPTS pourraient bénéficier d'une représentation des utilisateurs, qui n'est pas encore automatique.



## PERSPECTIVES POUR LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES

Nous l'avons vu, la prévention est pour l'ESS un élément qui la distingue tout particulièrement des autres acteurs du système de santé. Les actions de prévention sont d'ailleurs de plus en plus valorisées par les organisations de l'ESS qui veulent se démarquer dans la concurrence qui leur est imposée face au secteur privé lucratif. Elle devient la **garantie qualitative des réponses que l'ESS sait apporter aux besoins de santé de la population** et positionne celle-ci comme une partenaire privilégiée des politiques nationales et locales de prévention. Les pouvoirs publics soutiennent d'autant plus le développement de ces activités que leur impact sur la réduction des coûts de prise en charge des maladies chroniques est significatif pour la collectivité.

Toutefois, parmi les actions de prévention, la **politique de réduction des risques est celle qui pâtit encore d'une faible reconnaissance des pouvoirs publics**, malgré l'institutionnalisation de nombreux dispositifs portés initialement par des associations (CSAPA, CAARUD). Ainsi, les innovations proposées par les Haltes Soins Addictions, dont l'évaluation a pourtant démontré l'efficacité, restent cantonnée à un dispositif expérimental censé s'arrêter en 2025 et se trouvent donc dans l'incertitude quant à leur pérennisation. De nombreux projets d'extension des dispositifs existants de HAS ou de création de nouvelles HAS sur d'autres villes émergent mais aboutissent très difficilement du fait de la méconnaissance et de la défiance encore existante des pouvoirs publics et d'autres acteurs des territoires concernés vis-à-vis de structures que les détracteurs nomment encore péjorativement « salles de shoot ». Il manque par ailleurs une **politique cohérente de réduction des risques à l'échelle locale** qui permettrait à ces dispositifs de gagner en efficacité (et en reconnaissance) en « maillant » plus largement leur territoire d'implantation, comme cela se fait déjà dans d'autres pays<sup>72</sup>.



## DÉVELOPPER L'ÉCONOMIE CIRCULAIRE DANS LA SANTÉ : LES DÉFIS POUR L'ESS

Les acteurs du réemploi solidaire disposent d'importants leviers pour représenter au sein du système de santé un atout fondamental dans l'accélération de sa mutation écologique. Tout d'abord, le potentiel de la commande publique a été renforcé par les lois successives de 2014 sur l'ESS, celle de 2020 sur la lutte contre le gaspillage et l'économie circulaire et celle de 2021, dite « Climat et Résilience ». Toutefois, contrairement à d'autres types de produits, **il n'existe pas encore pour les aides techniques d'objectifs obligatoires d'achats de produits reconditionnés au sein des établissements de santé publics comme privés**. Les achats responsables des établissements reposent encore sur la bonne volonté de leurs gestionnaires et, surtout, sur un **intense travail de conviction et de sensibilisation mené par les structures du réemploi solidaire auprès des établissements de santé du territoire**. Un travail qui porte principalement ses fruits auprès des établissements de santé de l'ESS mais commence à intéresser les établissements publics qui intègrent progressivement dans leur politique d'achat le matériel issu du réemploi. Il s'aligne d'ailleurs avec l'intérêt accru de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (cinquième branche de la Sécurité sociale) pour la décarbonation des établissements médico-sociaux qu'elle finance<sup>73</sup>. L'enjeu est particulièrement important puisqu'on estime que l'empreinte carbone des achats réalisés par les établissements sanitaires pourrait sensiblement se réduire par ce biais<sup>74</sup>.

L'année 2024 pourrait par ailleurs voir apparaître une **nouvelle filière à responsabilité élargie du producteur (REP) relative aux aides techniques**. Ces filières reposent sur le principe du « pollueur-payeur » : les « metteurs en marché » deviennent responsables de la fin de vie des produits qu'ils ont introduit sur le territoire national. Pour chaque REP, un éco-organisme a pour mission de collecter l'ensemble des produits en fin de vie et d'organiser leur dépollution et recyclage. Le réemploi est la priorité avant le recyclage des matières. Pour soutenir le réemploi, des objectifs sont fixés et un fonds réemploi peut aider son développement. Il est porté principalement par des acteurs de l'ESS. **Toutefois ces modalités restent à définir, de même que la place des acteurs de l'ESS dans la gouvernance de la future filière REP**.

72 • Institut d'Aménagement et d'Urbanisme d'Île-de-France (2018), « Salles de consommation à moindre risque mise en œuvre et impacts »

73 • <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/climat-la-cnsa-et-len3s-lancent-une-etude-sur-la-decarbonation-de-la-branche-autonomie-avec-the-shift-project>

74 • The Shift Project (2023), *op. cit.*

Une autre opportunité qui s'offre à la filière du réemploi de matériels médicaux est son **financement par l'Assurance Maladie**. Alors que cette disposition a été votée dans le cadre du projet de loi de finance de la Sécurité sociale 2020, le décret d'application est toujours en attente. Celui-ci pourrait être publié en 2024 et élargir la demande d'aides techniques réemployées. Cependant, la possibilité que le développement de l'économie circulaire au sein du système de santé atteigne des taux de réemploi sur les aides techniques proches de 40%, comme en Allemagne, reste conditionnée au renforcement de l'action publique en la matière. Pour peser plus fortement sur cette filière, **les acteurs de l'ESS se professionnalisent déjà, développent des normes de qualité sur leurs procédés et commencent à se structurer en réseau** pour revaloriser de plus en plus de produits de santé.



### QUELLES PERSPECTIVES DE TRANSFORMATION ÉCOLOGIQUE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX DE L'ESS ?

Le décret d'application du dispositif Éco Énergie Tertiaire (DEET) de la loi ELAN de 2018, dit "**décret tertiaire**", impose aux structures relevant d'activités tertiaires (administration, médico-social, enseignement, commerce, hébergement, etc.) de réduire la consommation d'énergie de leurs bâtiments dont la surface est supérieure à 1 000 m<sup>2</sup>. Ce sont donc de nombreux établissements de santé et médico-social de l'ESS qui vont devoir se conformer à ces nouvelles normes qui les soumet à une obligation de réduction de la consommation énergétique de 40% d'ici à 2030 par rapport à une année postérieure à 2010 puis de 50% en 2040 et de 60% en 2050. **Les coûts engagés pourraient peser fortement sur des modèles économiques déjà fragilisés.**



### VERS UNE PRODUCTION DE « COMMUNS PHARMACEUTIQUES » ?

À la suite de la crise du COVID-19 et d'un renouvellement de la prise de conscience de la dépendance du système de santé à l'égard d'une production fortement délocalisée de médicaments et de principes actifs, le gouvernement a débouqué d'importants financements afin de soutenir une stratégie de relocalisation dans le cadre du plan France 2030 et éviter les risques de pénurie. Ce sont aujourd'hui 25 médicaments qui bénéficieraient prioritairement d'un plan de relocalisation. Toutefois, cette stratégie s'appuie en grande partie sur les capacités des grands groupes

pharmaceutiques qui détiennent le monopole sur le marché et l'exploitation des brevets. Or ces acteurs ont une grande part de responsabilité dans la situation actuelle. Depuis les années 1990, leur financiarisation a largement favorisé la rémunération de leur actionnariat au dépend de la R&D et du maintien d'unités de production sur leur territoire d'implantation<sup>75</sup>, ce qui laisse douter de la pérennité d'une stratégie de relocalisation reposant sur les intérêts de ces grands groupes<sup>76</sup>. De plus, l'application d'une logique de rentabilité sur des produits qui conditionnent l'état de santé de toute une population limitera toujours d'un côté, la production de médicaments dits « matures » dont la rentabilité sur le marché a fortement diminué après l'expiration des brevets, et de l'autre, l'accès du plus grand nombre à des innovations médicamenteuses que les industriels vendent au prix fort<sup>77</sup>, au détriment des capacités de remboursement de l'Assurance maladie.

**La relocalisation de la production de médicaments et de matériel médical pourrait donc, elle aussi, bénéficier d'une approche orientée vers « d'autres buts que le seul partage des bénéfices »**<sup>78</sup>. Les propositions d'alternatives ne manquent d'ailleurs pas en la matière. Certains acteurs appellent ainsi à la mobilisation des organisations de l'économie sociale et solidaire, notamment par le biais de **sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC)**, pour prendre en charge les efforts d'une relocalisation qui se voudrait démocratique et solidaire<sup>79</sup>. D'autres font valoir l'intérêt d'un « **pôle public du médicament** »<sup>80</sup>, piloté par la puissance publique, voire d'un « **pôle socialisé du médicament** »<sup>81</sup>, reposant sur l'implication des citoyens, des professionnels soignants et des acteurs publics dans un cadre de gouvernance démocratique.

75 • Cohen L., De la Provôté S., « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », Rapport sénatorial de Commission d'enquête n° 828 (2022-2023), déposé le 4 juillet 2023 [en ligne]  
76 • Coutinet N., « Relocalisation des médicaments : la France a-t-elle la bonne stratégie ? », Alternatives Économiques, 22/11/2023 [en ligne - consulté le 10/01/2024]  
77 • Krikorian G. (2022), Des Big Pharma aux communs, Lux  
78 • Art. 1 de la Loi du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire  
79 • Dechy F. et Saddier J., « Créons un réseau de sociétés coopératives d'intérêt collectif pour produire les médicaments » (Tribune), Le Monde, 10/06/2020 [en ligne - consulté le 10/01/2024]  
80 • [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b0890\\_proposition-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b0890_proposition-loi)  
81 • Stambach F., Vernaudon J., « Vers un pôle socialisé du médicament », LVSL, 06/10/2021 [en ligne - consulté le 10/01/2024]

Ces propositions peuvent être également soutenues par l'expérience concrète d'une **gestion coopérative de la production et de l'approvisionnement de médicaments stratégiques**, comme l'illustre l'expérience états-unienne de Civica, une organisation privée à but non lucratif permettant à plus de 1000 établissements hospitaliers de se fournir en médicaments essentiels à de meilleurs prix et de produire en communs des médicaments génériques sur le sol américain<sup>82</sup>.

L'ESS pourrait donc jouer un **rôle déterminant dans la perspective d'une relocalisation démocratique de la production de médicaments, en organisant la coopération entre les différents acteurs de la filière et en définissant les contours d'un nouveau « contrat social »**<sup>83</sup> : les établissements de santé, les Caisses primaires d'assurance maladie, les acteurs de la recherche, les petits laboratoires pharmaceutiques, les quelques 270 sites de production en majorité exploités par des PME, les syndicats des travailleurs de l'industrie pharmaceutique, les associations de malades, ou encore les mutuelles pourraient construire en commun les règles d'une production pharmaceutique garantissant la transparence sur l'ensemble de la chaîne de valeur, le plafonnement des niveaux de profits et la gestion de l'approvisionnement des médicaments en fonction des besoins de la population, en dehors du contrôle monopolistique des grands groupes pharmaceutiques. L'aboutissement d'un tel projet nécessite un premier **travail d'identification des acteurs, de modélisation de la gouvernance du réseau**, de

**codification précise des critères qui définissent ces « communs pharmaceutiques »** et leur articulation aux politiques publiques de santé, notamment d'achat et de remboursement. Il impose de **clarifier la sélection des médicaments à produire en fonction de critères sanitaires** et appelle à une **révision de la fixation des prix** en la fondant sur une transparence des investissements, des financements, et des coûts (là où l'argument de la protection du secret des affaires conduit aujourd'hui à l'opacité), et un plafonnement des bénéfices sur ces produits. Il pourrait s'agir des premiers pas vers la réalisation de « **communs pharmaceutiques** » que certains ont déjà commencé à poser<sup>84</sup>.

82 • Cassier M. (2023), « Trois expériences d'appropriation sociale des médicaments », Intervention lors de la rencontre-débat du 21 octobre 2023, organisée par Médicament Bien Commun [en ligne - consulté le 10/01/2024]. Voir aussi : Cassier M. (2023), Il y a des alternatives - Une autre histoire des médicaments (XIXe-XXe siècle), Seuil  
83 • Krikorian G., « Pénurie de médicaments : pour un nouveau contrat social », Alternatives Économiques, 10/10/2023, [en ligne - consulté le 10/01/2024]  
84 • Krikorian G., « Un réseau de communs pharmaceutiques », Intervention lors de la rencontre-débat du 21 octobre 2023, organisée par Médicament Bien Commun, [en ligne - consulté le 10/01/2024]

# 8 bonnes raisons pour "l'ESSisation" du SYSTÈME DE SANTÉ

## #1

Parce que les organisations privées non lucratives opèrent dans le système de santé afin de répondre aux besoins de santé des populations plutôt que dans une logique de profitabilité.

## #2

Parce que l'ESS, en s'appuyant sur la prise en compte des besoins de l'ensemble des acteurs du système de santé (professionnels, malades, etc.), permet de rendre l'offre de soins plus efficace et accessible.

## #3

Parce que l'ESS est historiquement l'initiatrice des innovations qui ont transformé, et transforment encore, le système de santé afin qu'il s'adapte aux besoins de la société.

## #4

Parce que l'ESS est une vectrice d'écologisation du système de santé, tant par son rôle fondamental dans la prévention de nombreuses pathologies lourdes à prendre en charge, que par sa capacité à réduire l'empreinte écologique des établissements de santé au moyen des filières de réemploi solidaire.

## #5

Parce que l'ESS développe au sein du système de santé les compétences et les formations qui permettront de faire évoluer les pratiques des professionnels de santé de demain.

## #6

Parce que l'ESS innove pour faire progresser les conditions de travail au sein des différentes professions du système de santé, rendant ces dernières plus attractives.

## #7

Parce que l'ESS, au travers de sa gouvernance démocratique et de ses modèles non lucratifs, représente un outil de relocalisation démocratique, écologique et solidaire des filières de production de médicaments et autres produits de santé.

## #8

Parce qu'en démocratisant la gouvernance du système de santé, de ses structures de soins et de ses pratiques professionnelles, l'ESS fait de la santé un droit effectif et contribue par ce biais à l'amélioration des conditions d'émancipation des individus.

### CONTACT

**ESS France**  
34 bis rue Vignon  
75009 Paris

[www.ess-france.org](http://www.ess-france.org)  
[contact@ess-france.org](mailto:contact@ess-france.org)  
[@ESS\\_France](https://twitter.com/ESS_France)

**ess**  
France

**AÉSIO**  
MUTUELLE  
C'est ça, la mutuelle d'aujourd'hui