



Rapport d'étude

Juin 2024

Avec l' Économie Sociale et Solidaire



**Agir ensemble pour la "bonne santé"
de toutes et tous !**



Éditions du CIRIEC-France

SOMMAIRE

1.	La mission confiée par ESS France.....	1
2.	Préambule	5
3.	L'ESS et la santé, une longue histoire.	9
3.1.	Rappel historique de l'intervention de l'ESS en santé.....	9
3.2.	Contexte actuel	11
4.	Organisation et méthodologie.....	13
5.	Etat des lieux - diagnostic.....	15
5.1.	Le système de santé : faire face aux mutations profondes.....	16
5.1.1.	Les transitions démographique et épidémiologique.....	16
5.1.2.	La transition environnementale.....	16
5.1.3.	La transition technologique	17
5.1.4.	Quelles conséquences pour le système de santé et ses acteurs	19
5.2.	Présentation historique des acteurs et des coopérations	23
5.2.1.	Les institutions	24
	La Mutualité	24
	Les Œuvres et le secteur associatif	25
5.2.2.	Les interventions citoyennes en santé et socio-sanitaires	27
	Femmes.....	27
	Migrants.....	28
	LGBTQIA+	28
	Associations de patients et/ou d'usagers	29
	Accompagnement de patients atteints de pathologies spécifiques.....	29
	Toxicomanes et publics en addiction.....	29
	Personnes en situation de handicap.....	30
	Les nouveaux besoins... ..	30
5.3.	L'ESS dans le domaine de la santé, quelques chiffres.....	31
5.4.	La financiarisation de la santé : faire face ensemble	32

Qu'en est-il de la financiarisation actuelle dans le secteur de la santé ?.....	33
5.5. En quoi l'ESS est-elle concernée et pourrait être contributive ?	36
6. Ce qu'il ressort des auditions des acteurs de l'ESS.....	37
6.1. Une analyse avec l'utilisation du cadre théorique de Marthe Nyssens.....	37
6.2. Les relations ESS/pouvoirs publics : expression des acteurs auditionnés.....	44
6.3. La perception mutuelle des acteurs de l'ESS : Coopération ou concurrence ?..	45
6.3.1. La frontière entre concurrence et coopération, un sujet sensible.....	45
6.3.2. Les situations de concurrence qui bousculent l'ADN de l'ESS	45
6.3.3. Des appels à ne pas céder à la concurrence,	46
6.4. Territoires, financements, et place des usagers.	48
6.4.1. La formation mérite une attention toute particulière	48
6.4.2. Le financement des projets en santé est un sujet au cœur des préoccupations des acteurs auditionnés.	49
6.4.3. La démocratie en santé n'est que balbutiante	49
6.4.4. Certains sujets transversaux aux différents acteurs de la santé	50
6.5. Potentialiser la puissance de l'ESS en santé, un chantier à ouvrir	50
7. Recommandations	51
1 – Satisfaire le besoin criant de travailler ensemble sur le thème de la santé au sein de l'ESS	52
2 – Améliorer la visibilité des acteurs de l'ESS dans le champ de la santé	53
3 – Prendre des initiatives en direction des pouvoirs publics et des citoyens	54
4 – Proposer aux pouvoirs publics notamment locaux des solutions de collaboration opérationnelles gagnant-gagnant	57
5 – Agir pour l'innovation.....	58
6 – Sensibiliser les acteurs de l'ESS notamment ceux intervenant sur les marchés concurrentiels	59
8. Conclusion.....	61
9. Annexes	65

1. La mission confiée par ESS France

ESS France - constatant la nécessité de politiques publiques et privées facilitatrices en santé et dans le domaine socio-sanitaire, concernant d'abord les personnes les plus défavorisées et les plus précaires - a confié une mission au CIRIEC-France pour conduire une étude sur la place des acteurs de l'Économie Sociale et Solidaire dans le système de santé, sur leurs perspectives de contribution durable aux politiques publiques nationales et locales dans le domaine et sur les initiatives nécessaires pour y parvenir.

Ce rapport est le résultat d'une enquête, menée en concertation auprès de ces acteurs, concernant le diagnostic qu'ils font entre leurs activités, les besoins actuels, les limites et freins ainsi que les projections et leviers possibles. Il s'inspire de différents travaux publiés (rapports, études, ouvrages, articles) autour des projets de santé dans leur globalité (prévention, soin, promotion) et s'attache à faire transparaître les grands points de tension du secteur sous la forme d'un état des lieux (première partie). Puis à partir de ces constats, en lien avec les données issues des auditions, la seconde partie projette des recommandations dans la perspective d'un système de santé qui prendrait mieux en compte l'expertise et les potentialités de l'ESS.

A l'attention de Monsieur Alain Arnaud,
Président du CIRIEC France
7 passage Tenaille
75014 PARIS

Paris le 25 avril 2023

Monsieur le Président du CIRIEC France, Cher Alain,

Dans une France déjà fragmentée, les difficultés d'accès aux services de santé, en particulier de prévention et de soin, n'ont cessé de croître au fil des années, creusées par la crise sanitaire du Covid-19. Ces difficultés, partie intégrante des inégalités de santé, sont d'abord sociales. Elles sont liées au niveau éducatif, de revenus, aux conditions de logement, de travail, à la sédentarité, à l'alimentation, à la position sociale, aux comportements à risque, à l'environnement.... La mise en place de politiques publiques et privées facilitatrices en santé et dans le domaine socio-sanitaire est nécessaire, concernant d'abord les personnes les plus défavorisées et les plus précaires (l'universalisme proportionné) dans tous les domaines ; de l'éducation à la santé, en passant par une plus grande redistribution des revenus, l'accès à la protection sociale sont le seul moyen de permettre à tous de préserver la bonne santé et de pouvoir pleinement contribuer à l'épanouissement et au développement de nos sociétés.

Le système de santé reste largement piloté par les pouvoirs publics – au premier rang desquels les ministères chargés de la santé et des affaires sociales, garants de la cohérence de la prise en charge des patients et des résidents – et par l'assurance maladie, qui couvre le risque maladie et professionnel, assure le remboursement des dépenses de santé et le financement de la protection sociale. L'État intervient directement dans le financement et l'organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale. Pour ce faire, les ministères chargés de la santé et des affaires sociales assument un large éventail de responsabilités et de budgets, aux côtés de régions et des collectivités territoriales. Cependant pour contribuer à faire de la santé un bien commun et combattre les inégalités en la matière d'autres acteurs sont mobilisables. En effet dans cette période de transition profonde, au moment où le virage préventif est à l'agenda public, au moment où l'amélioration de la santé des populations préoccupe de plus en plus les exécutifs locaux, c'est dans le développement articulé des dispositifs publics et ceux dépendant de l'économie sociale et solidaire (ESS) que des solutions structurelles émergeront.

Les associations, les mutuelles et les coopératives déjà présentes dans le champ de la santé sont des acteurs à fort potentiel pour concourir à relever les défis de l'accès aux soins et du virage préventif.

Pour passer un cap, un certain nombre de prérequis méritent d'être explorés. C'est pourquoi, en tant que Président d'ESS France je souhaite bénéficier d'un éclairage précis sur la place des acteurs de l'Economie Sociale et Solidaire dans le système de santé, sur leurs perspectives de contribution durable aux politiques publiques nationales et locales dans le domaine, sur les constructions nécessaires pour y parvenir. A cet effet, j'adresse cette demande par la présente au CIRIEC France. Votre rôle à savoir « assurer et promouvoir la collecte d'informations, la recherche scientifique et la publication de travaux relatifs aux secteurs économiques et aux activités orientés vers le service de l'intérêt général et collectif », vos travaux dans le domaine de la santé et dans la convergence entre économie publique et économie sociale et solidaire répondent aux compétences nécessaires pour entreprendre cette mission. Je souhaiterais que le rapport final au-delà du diagnostic nécessaire puisse formuler des recommandations opérantes pour que les acteurs de l'ESS puissent agir et porter auprès des pouvoirs publics les dispositions nécessaires à une coopération fructueuse pour la bonne santé de nos concitoyens et pour ainsi contribuer à l'unité de la France. Si vous l'acceptez, je reste à votre disposition pour aller plus en avant sur les conditions de mise en œuvre de ces travaux.

Veuillez recevoir, Monsieur le Président, cher Alain, mes meilleures salutations

Jérôme Saddier,
Président



2. Préambule

La santé est une préoccupation majeure des Français comme en témoignent de multiples sondages¹²³. Il n'y a pas une semaine où les questions de santé ne font pas les titres de la presse généraliste. Tous les élus de la nation sont désormais concernés car souvent interpellés par nos concitoyens interrogatifs voire désabusés. C'est vrai pour ce qui est de la représentation nationale mais, fait nouveau, ce sont les élus locaux qui désormais sont aux avant-postes, poussés par les Français qui ne trouvent plus de solutions satisfaisantes à leurs préoccupations. Nous avons un système de santé reconnu comme un des meilleurs au monde au début du millénaire. Aujourd'hui il est confronté à de graves difficultés qui compromettent l'accès aux soins. Les restes à charge constituent des barrières financières difficiles à enjamber pour nos concitoyens. Les inégalités sociales de santé ne cessent de s'accroître. Pourtant la France y consacre près de 11,9 % de sa richesse nationale soit 313,6 milliards d'euros par an (dépense courante de santé au sens international)⁴. Plusieurs failles, largement connues, viennent lézarder l'édifice depuis plusieurs années.

En premier lieu, le système de santé est largement centré sur le soin là où prévenir les maladies évitables demeure encore un pan mal organisé des politiques de santé et des moyens qui lui sont alloués. Prévenir les maladies consiste à s'attaquer aux déterminants de la santé au premier rang desquels l'éducation mais aussi le travail, le logement, l'alimentation,

¹ <https://www.latribune.fr/economie/politique/sondage-exclusif-les-francais-prets-pour-un-traitement-de-choc-du-systeme-de-sante-995720.html>

² <https://www.europe1.fr/societe/le-pouvoir-dachat-est-la-premiere-preoccupation-des-francais-selon-notre-sondage-4224413>

³ <https://www.ipsos.com/fr-fr/70-des-francais-se-declarent-pessimistes-quant-lavenir-de-la-france>

⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de>

l'urbanisme, le lien social, etc. C'est une approche globale et une culture de santé publique dont il s'agit. Elle dépasse largement les acteurs du soin.

En second lieu, l'organisation des soins, celle qui permet de prendre en charge la maladie quand elle est constituée, montre des signes de faiblesses dans la réponse à la demande de soins. Or les fondements du système datent de l'après-guerre tant pour ce qui est des établissements de soins/méxico-sociaux que des soins de ville avec une césure entre les deux qui fait fi de la réalité des parcours de soins des malades. Des ajustements significatifs ont été apportés depuis pour notamment répondre aux enjeux de maîtrise des dépenses publiques sans jamais vraiment être motivés par des objectifs de santé publique. La tarification à l'activité et la complexification conventionnelle mono catégorielle en sont les marqueurs les plus emblématiques. La césure persiste entre "la ville et l'hôpital" comme si la transition épidémiologique, c'est à dire la très forte prédominance des maladies chroniques avec une histoire de la maladie qui alterne entre le domicile et les établissements de soins, avec des soins qui mobilisent une pléiade d'acteurs, n'avait pas eu d'impact structurel sur le système, comme si les composantes ambulatoire et domiciliaire n'avaient pas de conséquences l'une sur l'autre.

Parallèlement, des éléments essentiels de contexte sont nouveaux et exposent les acteurs à des formes de « burn-out » organisationnel. Il est documenté depuis vingt ans que les dépenses de santé augmentent à la faveur de deux inducteurs principaux à savoir l'innovation technologique et le vieillissement de la population. L'avènement de la puissance et de l'innovation numérique en santé dont la célérité surprend, se couple aux courbes démographiques connues ; c'est l'un des éléments explicatifs de la financiarisation rampante du système de santé. L'accélération des changements climatiques et plus généralement de l'empreinte humaine sur les écosystèmes vient également modifier l'équation classique des enjeux de santé publique. La pandémie de Sars Cov 2 et l'impact des épisodes caniculaires successifs en sont une des illustrations.

Nous sommes donc en face de mouvements structurels qui méritent une attention particulière. Où et comment cette attention peut-elle aujourd'hui cristalliser pour contribuer à trouver des solutions ? Le contexte est difficile. Il est celui d'une France fragmentée où dans le domaine de la santé, les tensions de la société s'immiscent et érodent le fonctionnement du système. Il est celui d'une perte de confiance dans les institutions. Il est celui de l'émotion qui parfois supplante la raison, à la source de violences inimaginables il y a peu. Il est celui du changement profond du rapport au travail. Il est celui de l'égalisation de l'opinion et du fait scientifique conduisant chacun à se penser savant/sachant. Il est celui de la "cancel culture". Il est celui de la désaffection politique et de la désaffiliation collective.

Modestement mais sûrement, dans ce moment de "liquéfaction sociale", la mission confiée par ESS France au CIRIEC-France s'inscrit dans la volonté de mobiliser la société civile, à savoir dans le cas présent les praticiens de l'économie sociale et solidaire, pour tenter de construire les conditions nécessaires à la mise en œuvre de solutions permettant de rendre plus efficient le système de santé français. Les acteurs de l'économie sociale et solidaire sont multiples, grands ou petits, riches ou moins riches, organisés ou pas, plus ou moins établis, locaux ou globaux, etc. Leur diversité, leur nombre et leurs actions dans le monde de la santé sont une richesse potentielle pour agir, pour peser au côté des pouvoirs publics, et mieux, en synergie avec eux, pour bâtir et déployer des politiques de santé à la hauteur des enjeux actuels et futurs. Les mutuelles, les banques coopératives, les associations, les coopératives, les entreprises sociales et les fondations irriguent le territoire. Chacune de ces familles de l'ESS est installée dans son champ statutaire et ses enjeux propres liés à ses activités plus ou moins proches des enjeux de santé, soit en tant que financeurs soit en tant qu'effecteurs (de la recherche jusqu'aux soins en passant par la promotion et la prévention en santé). En réponse à la commande de ESS France, cette mission s'est attachée à travers une revue bibliographique, une série d'auditions et une phase d'analyse, à dégager un état des lieux des forces et faiblesses de l'ESS dans le domaine de la santé

et à suggérer quelques recommandations pour que ESS France et ses composantes puissent proposer aux pouvoirs publics des solutions d'amélioration du système de santé des Français. Nous tenons à remercier l'ensemble des membres des comités de pilotage et de suivi, et Yoann JEANSELME, étudiant dans le Master Cadres des Organismes du Secteur Social de l'université Paris Panthéon-Sorbonne I dont l'implication et l'engagement ont permis la réalisation de ce rapport.

Alain ARNAUD
Président CIRIEC-France

Dr Nicolas LEBLANC
Coordonnateur – CIRIEC-France

3. L'ESS et la santé, une longue histoire.

Pour l'accomplissement de l'étude, la mission s'est référée à l'acceptation de la santé définie par Nicolas Leblanc et Alfred Spira (co-rédacteurs du présent rapport) dans leur ouvrage « Santé : les inégalités tuent »⁵.

« Le niveau de santé de la population, complet état de bien-être physique, mental, social et environnemental, dépend en pratique de tous les domaines de la vie sociale, économique et environnementale. La santé constitue la résultante de l'interaction entre de nombreuses composantes, la modification ou l'altération de chacune d'entre elles retentissant sur les autres et sur la façon dont elles se conjuguent. Qu'il s'agisse de l'éducation, des revenus, de l'activité professionnelle, de l'insertion socio-économique, des conditions d'habitation, de comportements potentiellement délétères pour la santé tels que la consommation de tabac et d'alcool, de l'accès aux services de santé..., tous ces déterminants de la santé et bien d'autres encore sont en étroite complémentarité. Que l'un d'entre eux voit sa distribution modifiée dans la population, quels qu'en soient la raison et le sens, et c'est la santé de nombre d'individus qui risque d'être modifiée, pour le meilleur ou pour le pire. »

3.1. Rappel historique de l'intervention de l'ESS en santé

Sous l'Ancien Régime, les interventions dans le champ de la santé sont pour l'essentiel le fait des puissants. On trouve :

- Les initiatives religieuses et philanthropiques (Hospices de Beaune, Théophraste Renaudot.....)

⁵ Alfred SPIRA, Nicolas LEBLANC, "Santé, les inégalités tuent", éd. Le croquant - 2022

- Les interventions spécifiques des monarques (réponses aux grandes épidémies Hôtel-Dieu, Saint-Louis, prise en charges des blessés de guerre Val-de-Grâce, Hôtel des Invalides...)
- Les lieux de relégation de l'Hôpital général (Bicêtre, la Salpêtrière, Saint-Lazare...)

C'est pour une large part la prise en charge par les personnes, oubliées des grandes institutions et en l'absence de toute politique publique, qui va constituer une des formes premières de l'Économie sociale : le secours mutuel. C'est une idée dont on trouve trace sous l'Ancien Régime et dans les premiers temps de la Révolution (Société de secours mutuel des ouvriers typographes parisiens 1791) mais qui va se trouver confrontée aux lois libérales qui s'opposent à toute conception d'une société civile organisée. Pour autant, des initiatives populaires (citoyennes) de solidarité aux débuts du XIXème siècle vont émerger. Elles sont souvent très limitées dans leur objet (l'estropié, l'orphelin, les obsèques...) notamment du fait que les surplus que parviennent à mobiliser leurs promoteurs sont très modiques dans des temps d'appauvrissement des classes populaires (apparition du prolétariat urbain et crises campagnardes). Les initiateurs du secours mutuel vont progressivement se regrouper selon les idées fédéralistes du temps (Proudhon) pour amplifier les effets de leurs engagements.

Face à la montée du mouvement social, Napoléon III va chercher à lui donner des gages et à assurer son contrôle : ce seront les « mutuelles approuvées » sous étroites tutelles des préfets. Tandis que demeurent des mutuelles ouvrières, cette première forme étatique de protection sociale va amplifier le développement mutualiste. Sous la Troisième République, celui-ci va se poursuivre avec la figure de Jean Barberet responsable du bureau des Institutions de prévoyance et initiateur de la loi du 1er avril 1888. Après un premier congrès mutualiste en 1883, la Fédération nationale de la

Mutualité Française est créée en 1902. C'est en 1910 que se crée à Montpellier la première clinique chirurgicale mutualiste ouvrant la voie aux très diverses « réalisations », aujourd'hui appelées SSAM - les services de soins et d'accompagnement mutualistes, et objets du livre III du code de la Mutualité. Avec la loi de 1901 de nombreuses œuvres religieuses ou philanthropiques intervenant dans le champ de la santé se constituent en associations.

3.2. Contexte actuel

La santé aujourd'hui en France et dans le monde est un système porté par une pluralité d'acteurs (public, privé non-lucratif, privé lucratif) qui, bien au-delà des politiques publiques conduites par l'État, revendique une multitude d'actions, d'une grande ingéniosité en termes d'innovation à des avancées technologiques phénoménales. Des enjeux économiques à ceux de lutte contre les inégalités sociales de santé, en passant par ceux de la démocratie en santé, le secteur continue de s'interroger au prisme de son histoire basée sur un socle de solidarités aux prises avec une montée grandissante de la financiarisation des activités de santé.

L'ESS peut alors être perçue comme une réponse à cette difficulté croissante du secteur public à pouvoir répondre à la demande citoyenne toujours plus forte, et également de pouvoir contrer les effets néfastes d'une telle marchandisation. La souplesse et la légitimité des acteurs en santé au sein de l'ESS font de ce secteur une force vive qui s'emploie à s'adapter aux changements sociétaux, aux besoins spécifiques. Pour autant, à l'aune des auditions, l'enquête a mis en évidence un constat troublant : l'ESS n'est pas suffisamment visible et reconnue dans le secteur de la santé et de la protection sociale.

4. Organisation et méthodologie

La mission a été menée entre août 2023 et avril 2024 sous la conduite d'un comité de pilotage et d'un comité de suivi animés par le Dr Nicolas Leblanc, médecin de santé publique⁶.

Grâce à l'engagement des professionnels issus des différents domaines concernés par la thématique (santé publique, médecins, directeur d'hôpital, monde mutualiste, monde associatif, économie de la santé, enseignants-chercheurs, etc.), l'étude s'est déroulée selon l'organisation suivante :

- Un comité de suivi réuni chaque quinzaine regroupant des personnalités qualifiées-expertes pour accompagner l'étude au plus près de sa réalisation.
- Un comité de pilotage réuni à deux reprises pour présenter les avancées de la mission auprès d'un auditoire plus large représentatif des différentes familles de l'ESS et du monde de chercheurs-universitaires.

Sur le plan de la méthodologie, la mission s'est déroulée en plusieurs phases, successives ou simultanées :

- Recherche bibliographique partagée entre les membres du comité de suivi.
- Recueil de données auprès des têtes de réseaux représentant les familles de l'ESS (FNMF, Mouvement Associatif, CGSCOP, fondations) relatives à leur intervention dans le système de santé.
- Établissement d'une liste de personnalités à auditionner sur la base d'un guide d'entretien pour recueillir à partir de leur expérience de terrain ou de leurs responsabilités leur vision du système de santé

⁶ Voir en annexe la liste des membres du comité de suivi.

actuel, leur niveau de connaissance du rôle des acteurs de l'ESS et leurs suggestions d'amélioration.

La méthode choisie pour les auditions s'est établie comme suit :

- Un comité d'expert·e·s menant la réflexivité et l'agencement de l'enquête.
- Un choix d'axer tout d'abord l'étude sur un volet santé mentale (notamment des jeunes), puis de l'ouvrir de façon inductive à d'autres thématiques.
- Une étude de l'art menée à travers les rapports des grandes familles ainsi que dans les éléments cadres du sujet.
- Une Chaire universitaire (Économie Sociale, Protection et société – Paris 1 Panthéon-Sorbonne) investie au travers de la mise à disposition d'un étudiant stagiaire. L'accueil de ce stagiaire, pris en charge par le CIRIEC-France, a permis l'avancement en termes de méthodologie en lien avec les professeur·e·s de l'Université et des membres de la Chaire.

Les auditions, au nombre de 24, ont ainsi été conduites auprès de différents acteurs ayant mené ou menant des activités en santé et protection sociale. Ces auditions, enregistrées, en partie retranscrites, ont permis de recueillir des éléments d'un grand intérêt auprès d'un panel représentatif du secteur santé-social : têtes de réseau, associations d'usagers, experts, personnalités qualifiées, représentants du service public, etc. [Voir annexe – Liste des personnes auditionnées]. Les auditions ont été menées par des membres du comité de suivi, à partir du guide d'entretien préalablement envoyé aux personnes auditionnées. Le temps moyen des auditions se situe autour d'une heure et dix minutes. La retranscription anonyme des différents échanges dans ce rapport permet d'explorer les grands enjeux du secteur, d'éclairer la mission et d'envisager des recommandations afin d'améliorer les coopérations et optimiser les actions.

5. Etat des lieux - diagnostic

C'est donc en partant de l'ensemble des auditions et des recherches que nous avons pu élaborer un état des lieux qui, sans être exhaustif, permet de comprendre combien la question de la santé est au cœur des préoccupations de notre société.

L'analyse de son évolution et de son inscription dans les changements en cours est une première approche qui permet de saisir combien les axes de développement du système de santé est en interaction avec tout ce qui touche aux changements de notre société.

Les nombreuses transitions que nous traversons nécessitent que nous nous attachions à comprendre ce qui a permis de construire une politique de santé au fil des années et de voir combien la connaissance historique des changements intervenus influe sur son évolution et les conséquences que cela peut avoir, tant sur les structures de santé (publiques, privées lucratives, non lucratives) que sur ceux qui, au quotidien, sont les artisans de son développement ou qui en subissent les aléas en fonction de la prise en compte ou non des interventions dans tel ou tel domaine ou auprès de tel ou tel public.

Le poids que représente la santé dans la société est un élément important et qui doit pouvoir être déterminé, non pas seulement sur des critères financiers, mais aussi sur la base de ce que cela représente d'une réelle prise en charge des personnes, d'une solidarité entre les différentes populations, d'une détermination des besoins présents et à venir, en partant d'une analyse et une compréhension de l'évolution de la santé en France.

5.1. Le système de santé : faire face aux mutations profondes

Le système de santé fait face à plusieurs mutations structurelles dont les conséquences sont et continueront à être durables et profondes.

5.1.1. Les transitions démographique et épidémiologique.

Selon l'Institut national d'études démographiques, la transition démographique se caractérise par le passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées et s'équilibrent à-peu-près, à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles et s'équilibrent également. Ainsi, cette transition démographique est consubstantielle à la transition épidémiologique. Elle résulte d'un rapport sacralisé à l'enfant, de la multiplicité des formes et séquences familiales, de la coexistence fréquente de trois générations, d'un allongement du temps de retraite, d'un rapport différent au travail et aux loisirs, d'un rapport différent au capital santé et au bien vieillir, d'une relation à la mort modifiée. La transition épidémiologique se caractérise par une évolution de la répartition des morbidités. Là où les maladies aiguës emportaient nos anciens, les histoires longues et chaotiques de plusieurs pathologies cumulées accompagnent la dernière partie de la vie de nos contemporains. La demande de santé dans les pays occidentaux combine le besoin de longévité et de qualité de vie dans un univers où la polypathologie chronique domine. Cette demande de soins constitue une préoccupation majeure des Français au regard des difficultés multiples d'accès aux soins notamment.

5.1.2. La transition environnementale

La santé de la planète et la santé humaine sont intimement liées. La dégradation de l'environnement a des conséquences directes sur notre

bien-être, et inversement, des choix plus sains pour notre santé peuvent également bénéficier à l'environnement à condition que le secteur s'empare de manière massive de ces enjeux. One Health, est une approche qui reconnaît que la santé humaine, la santé animale et la santé de l'environnement sont interconnectées et interdépendantes. C'est un concept récent, mais il est de plus en plus reconnu comme une approche essentielle pour relever les défis de santé complexes du 21^{ème} siècle.

Il demeure encore balbutiant dans ses déclinaisons opérationnelles au sein du système de santé. La feuille de route santé et environnement du ministère de la santé est très récente. Or au chapitre connu de l'impact des pollutions sur la santé humaine, s'ajoute l'impact des mutations du climat qui opère à plusieurs niveaux. Les effets du changement climatique sur la chaîne du vivant et la santé de l'homme, qu'ils soient directs ou indirects, ont été considérés par la célèbre revue médicale "The Lancet" en 2009 comme la plus grande menace mondiale pour la santé publique au XXI^{ème} siècle. Des catastrophes naturelles aux températures extrêmes en passant par les maladies infectieuses et respiratoires jusqu'aux problèmes de malnutrition, d'accès à l'eau, les menaces sont multiples et globales. Les études ne cessent de se multiplier sur les excès de mortalité liés à nos modes de vie qui eux-mêmes accélèrent la dégradation de l'environnement dans ce cercle vicieux intenable⁷.

5.1.3. La transition technologique

L'histoire de la médecine et plus encore celle de la santé est marquée par les grandes étapes des révolutions scientifiques et technologiques. Très brièvement, la progression lente de la connaissance médicale d'Hippocrate jusqu'au 17^{ème} siècle, a vu progressivement la théorie des humeurs remplacée par une approche anatomoclinique à la faveur d'une meilleure connaissance du corps humain et de sa capacité à l'explorer. Aujourd'hui la

⁷ <https://www.thelancet.com/countdown-health-climate>

révolution numérique détermine une médecine dont la production de données et leur capacité d'analyse permettent de situer, quasiment de manière continue et factuelle, la situation clinique, biologique et génétique individuelle au regard d'une sous population semblable avec la capacité d'adapter un traitement quasi-personnalisé pour un pronostic mesuré. Nous sommes rentrés dans l'ère de la "data-médecine". En 1950, la production de données médicales doublait en 50 ans. Il fallait 7 ans en 1980, 3,5 ans en 2010 puis 73 jours en 2020⁸. C'est donc une véritable révolution qui s'opère devant nos yeux, celle de la médecine des 5 P, selon la formule consacrée. La médecine 5P (personnalisée, préventive, prédictive, participative et fondée sur les preuves), est un modèle de soins qui vise à offrir une prise en charge plus efficace et plus centrée sur le patient. Elle se caractérise par cinq piliers fondamentaux :

- **Personnalisée** : La médecine 5P prend en compte les caractéristiques individuelles de chaque patient, telles que son profil génétique, son mode de vie et son environnement, afin de proposer des traitements et des préventions sur mesure. Cela permet d'optimiser l'efficacité des interventions et de réduire les effets secondaires.
- **Préventive** : L'accent est mis sur la prévention des maladies plutôt que sur leur traitement curatif. Cela implique le dépistage précoce des risques, la promotion de modes de vie sains et la mise en place de mesures de protection individuelle et collective.
- **Prédictive** : Grâce aux progrès de l'intelligence artificielle et de l'analyse de données, la médecine 5P permet d'anticiper le risque de développer certaines maladies. Il est ainsi possible d'intervenir plus tôt et d'améliorer les chances de guérison.
- **Participative** : Le patient est considéré comme un acteur à part entière de sa santé. Il est informé, impliqué dans les décisions concernant son traitement et responsabilisé dans la gestion de sa maladie.
- **Preuves** : La médecine 5P se base sur des données scientifiques probantes pour garantir l'efficacité et la sécurité des interventions.

⁸ <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/fr-levolution-et-la-dynamique-des-connaissances-medicales>

Cela permet d'éviter les pratiques inefficaces ou dangereuses et de promouvoir une médecine de qualité.

L'intégration de ces cinq principes transforme profondément le système de santé en visant à le rendre plus efficient, c'est à dire plus performant à coût maîtrisé. La médecine 5P est encore en développement, elle représente une vision prometteuse de l'avenir. L'accélération des usages de la santé digitale pendant la pandémie de Covid19 et l'avènement spectaculaire de l'intelligence artificielle dans les usages communs en 2022 sont deux éléments qui accroissent considérablement la célérité de ces mutations.

5.1.4. Quelles conséquences pour le système de santé et ses acteurs

Après les satisfécits de l'an 2000 qui le classait comme le meilleur au monde, notre système de santé est aujourd'hui perçu comme défaillant. Il se caractérise notamment par des inégalités sociales de santé notables, une approche de la santé très centrée sur les soins, des difficultés d'accès aux soins, et ce malgré des dépenses à hauteur de 11,9% du PIB soit 313,6 milliards d'Euro en 2022⁹.

Le système tel que nous le connaissons aujourd'hui s'en trouve décalé au regard de la demande. Être malade chronique est le résultat d'un long processus qui, de proche en proche, amène vers le chemin du soin pour compenser, neutraliser ou ralentir l'inexorable progression de la maladie. Avant d'arriver vers le précipice « médical », toute une somme d'éléments concourt à maintenir un bon état de forme, à le favoriser. C'est ce qu'on appelle les déterminants de santé. Plusieurs modèles ont fait l'objet de publications scientifiques majeures. Le modèle de G. Dahlgren et M. Whitehead, une référence, en détermine cinq grandes catégories. Ce sont d'abord les caractéristiques phénotypiques et génotypiques des individus.

⁹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-11/Fiche%2023%20-%20La%20d%C3%A9pense%20courante%20de%20sant%C3%A9%20au%20sens%20international%20et%20son%20financement.pdf>

La deuxième est liée aux représentations et comportements de santé - tabagisme, comportement à risque, etc. -. La troisième concerne les réseaux relationnels et l'intégration dans une communauté. La quatrième revêt les conditions de vie et de travail. Et, enfin, la cinquième englobe les facteurs économiques, sociaux, environnementaux qui déterminent la marche de la société.

Or les indicateurs montrent une grande disparité de l'état de santé des différentes populations de Français. En 2012-2016, la différence d'espérance de vie à la naissance entre les 5% d'hommes ayant les revenus les plus faibles et les 5% ayant les revenus les plus élevés était de 13 ans. De plus, le poids de la mortalité prématurée avant 65 ans est important : près d'un décès sur cinq. Si l'essentiel de la mortalité se concentre désormais aux âges élevés avec, en 2015, des espérances de vie à 65 ans de 23,5 ans pour les femmes et de 19,7 ans pour les hommes, en tête du classement des pays européens, le décalage qui existe entre une espérance de vie à 65 ans très favorable et une espérance de vie à la naissance plutôt moyenne chez les hommes s'explique par le poids des décès prématurés, plus fréquents pour les hommes. D'ailleurs, on constate que la mortalité prématurée est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. La mortalité évitable représente, en 2013, 30 % de la mortalité prématurée et est 3,3 fois plus élevée chez les hommes. Or l'amélioration de l'état de santé de nos concitoyens n'est pas dépendante du seul facteur d'accès aux soins. Celui-ci reste bien entendu majeur puisqu'il est comme la dernière barrière face à la souffrance et la mort. Cependant, une multitude de leviers peut être actionnée en amont et tout au long de la vie pour garantir une meilleure santé à nombre de nos concitoyens comme en atteste la part explicative de chacun des déterminants de santé. Schématiquement, la santé des individus relève de l'environnement pour 7%, des soins médicaux pour 11%, des facteurs biologiques et génétiques pour 22%, des conditions sociales pour 24% et des comportements pour 36%. Aujourd'hui, les politiques de santé et l'allocation budgétaire sont très centrées sur le soin. Et sur ce dernier point, l'offre est complexe. Elle est déliée entre la ville et l'hôpital, entre les différentes catégories de

professionnels de santé. La permanence des soins est mal assurée en ville et engorge les urgences des hôpitaux. La prise en charge n'est quasiment pas graduée. Les métiers de l'accompagnement, du bien-être et de la préservation du capital santé - prévention personnalisée en amont et pendant la maladie, thérapeutique non médicamenteuse, autres médecines - existent mais restent à l'appréciation et aux possibilités de chacun car peu considérés et peu évalués.

Les enjeux sont donc de transformer en profondeur un système de santé fondé depuis 1945 sur une prise en charge des épisodes aigus et qui, tant bien que mal, tente de s'adapter à la demande croissante des malades chroniques¹⁰. Un certain nombre de défis restent à relever, celui de l'efficacité et de la lutte contre les inégalités sociales de santé. De multiples acteurs agissent sur chacun des déterminants de santé et au premier rang desquels ceux de l'ESS qui ont un rôle à jouer avec les acteurs publics et privés dans la finesse des territoires, au plus près de nos concitoyens. Ainsi la mobilisation de toutes les parties prenantes dans une politique de santé appuyée sur une programmation pluriannuelle pourrait faire partie des perspectives.

En ce qui concerne le système de soins, le développement des innovations thérapeutiques et technologiques permet un raccourcissement des durées d'hospitalisation et donc un virage ambulatoire. Le nombre de lits hospitaliers, qu'ils soient de courts, moyens ou longs séjours, va sans doute diminuer. Demain, la demande va vraisemblablement s'orienter vers un système plus simple, plus accessible, mieux coordonné, plus soucieux de la codécision où les séquences et trajectoires seront la maille, plutôt que les actes et tâches ponctuels. La montée en charge de la médecine personnalisée, avec, par exemple, le séquençage génétique des tumeurs, des thérapeutiques innovantes relevant de l'immunothérapie et de la thérapie cellulaire, des robots chirurgicaux, du bioprinting, des technologies de collaboration entre professionnels de santé, des logiciels d'assistance au diagnostic vont considérablement transformer le rôle des

¹⁰ Rapport, *Dessiner la santé publique de demain*, Chauvin F., Novembre 2021.

acteurs et les dépenses de santé. La partie médicale de la prise en charge sera vraisemblablement centrée sur de l'expertise à très forte valeur ajoutée. Dans cette hypothèse, l'hyperspécialisation médicale va s'accroître sur une répartition territoriale concentrée, la dématérialisation des échanges aidant. Les métiers « de l'accompagnement » seront là pour aider les malades à adapter leur mode de vie à leur maladie, à en réduire l'impact, à favoriser la réhabilitation. Le médecin traitant jouera un rôle de détection, d'orientation dans les filières, de suivi et de liens entre les métiers de l'accompagnement et les centres spécialisés. Au chapitre des métiers de « l'accompagnement », il y a ceux qui existent. Il s'agit globalement des auxiliaires médicaux. La place de chacun va dépendre comme aujourd'hui du profil pathologique du malade. Il y a également les métiers du social. Puis il y a ceux qui émergent comme les enseignants et ingénieurs en activité physique adaptée. Quid des métiers de l'éducation thérapeutique très hospitalière aujourd'hui et encore plus nécessaire demain quand bien des traitements se feront à domicile.

Nous assistons donc à des mutations profondes qui s'inscrivent dans des cycles longs tout en bénéficiant de l'accélération qui caractérise nos sociétés modernes. Les répercussions sont déjà nombreuses avec une augmentation des dépenses de santé au regard d'une croissance dont on peut interroger l'évolution au regard des enjeux environnementaux. Nous touchons désormais à la limitation des ressources naturelles accessibles alors que les inducteurs des dépenses de santé sont actifs, à savoir le vieillissement et l'innovation technologique. Parallèlement, l'inefficacité ressentie du système liée notamment aux inégalités et notamment celles de l'accès aux soins contribue à lézarder la cohésion sociale. Enfin, l'organisation des soins a du mal à évoluer, coincée dans ses gouvernances anciennes, lente à s'adapter, victime de sa fragmentation ville-hôpital à l'heure des virages ambulatoires et domiciliaires. Ce décalage entre la demande et l'offre de soins, rehaussée d'une évolution du rapport au travail des professions de santé amène également une crise des vocations et une certaine nervosité dans les rapports professionnels alors que les mutations organisationnelles et l'évolution des métiers sont à la fois une nécessité et

des contingences de tous les jours. Ces mouvements profonds concourent à dégrader la qualité de l'offre de soins en dépit des réglages successifs. Enfin les nécessités d'investissement dans la technologie pour rester dans la course au niveau mondial conjuguées aux renchérissements des dépenses de santé évoquées ci-avant posent plusieurs questions. Comment mobiliser les richesses et les acteurs capables de soutenir l'innovation tout en garantissant une santé accessible à tous ? A l'avenir, glisserons-nous ou pas vers un socle de base socialisé et qui deviendrait au fur et à mesure un « socle de minimum de dignité » alors que, parallèlement, le progrès technique standardisera des prises en charge à « service sanitaire rendu » correct ? Quelle sera donc la place de la solidarité et des instruments de sa réelle matérialisation ? Les acteurs de l'ESS ont une place à prendre pour répondre à ces enjeux tant dans le lien avec les acteurs publics pour garantir un haut degré de solidarité mais aussi avec les acteurs privés pour contribuer au financement de l'innovation.

5.2. Présentation historique des acteurs et des coopérations

Les formes historiques de l'intervention de l'ESS dans le champ de la santé sont principalement la Mutualité et les œuvres, constituées depuis 1901 en associations. La présentation de ces acteurs est utile à une meilleure connaissance des champs d'intervention de chacun puisque c'est ce qui est apparu lors des auditions.

Ces structures sont, historiquement, nées de l'engagement de citoyens pour les faire naître et les développer. On voit bien, dès lors, que leur ancrage est très lié aux travaux de la période des Lumières et particulièrement tous les principes de l'éducation populaire : donner aux citoyens les moyens d'une véritable implication dans l'évolution de notre société par la connaissance (et la reconnaissance) mutuelle.

L'ESS est fille de l'éducation populaire au sens de l'émancipation du citoyen et de sa capacité à construire des réponses à des besoins, elle est donc centrale dans l'élaboration des réponses de tous les secteurs ayant trait à l'intervention auprès des humains : « En santé, la crédibilité de l'éducation populaire réside dans la conscience qu'elle situe ses actions dans l'immense espace des soins non professionnels prodigués entre pairs. En santé, la visibilité et la marchandisation ne sont pas le dernier mot de l'efficacité. Dans toutes les transitions majeures, éducation populaire et démocratie font cause commune. »¹¹

5.2.1. Les institutions

La Mutualité

Quand se crée la FNMF, en 1902, elle est déjà un mouvement social très important. On compte alors plus de trois millions d'adhérents mutualistes. Avec l'évolution des besoins de protection sociale, la Mutualité ne va pas cesser de se développer, et particulièrement par son implication dans la mise en place des retraites ouvrières et paysannes. L'instauration d'un système universel de Sécurité sociale en 1945 ne signifie pas la disparition d'une Mutualité dont le rôle dans la santé est remarqué et défendu par Ambroise Croizat lui-même.

La loi Morice est un cadre qui conforte la Mutualité au sein de la Fonction publique en donnant la possibilité aux mutuelles de gérer la part obligatoire des prestations d'assurance maladie servies par le régime général aux salariés et aux fonctionnaires. Dans les années 1980-1990 vont se produire les deux évolutions majeures auxquelles est confrontée la Mutualité : l'ouverture d'un marché concurrentiel de l'assurance maladie complémentaire et l'adoption des directives européennes sur les assurances. Toutes deux contribuent à donner des cadres contraignants au

¹¹ <https://www.institut-montparnasse.eu/nos-publications/retour-sur-le-15-mars/>

sein desquels la Mutualité agit aujourd'hui. Au-delà de la fonction de complémentaire-santé qui évolue dans un contexte concurrentiel, financier et réglementaire, les Mutuelles n'ont cessé de développer leurs « réalisations », leurs initiatives dans le champ de la santé dans une acception large. Ce sont aujourd'hui les SSAM.

Les SSAM peuvent proposer notamment des consultations médicales, des prises en charge hospitalières, des biens et services comme de l'optique et de l'audioprothèse, des soins dentaires et de la biologie. Ils peuvent également proposer différents services d'aide aux familles, aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées. Ils sont à ce jour au nombre de 3000. Les SSAM connaissent aujourd'hui à la fois un accroissement de la demande d'interventions et de services et des difficultés financières de l'ensemble du système social et de santé.

Sous l'effet des directives européennes, les Mutuelles ont dû scinder leur activité de complémentaire-santé (devenu Livre II) et leur activité SSAM (devenu Livre III).

Les Œuvres et le secteur associatif

Sous la forme d'associations ou de fondations les œuvres furent les héritières de l'action en santé et en charité des grandes structures d'origine religieuse et/ou philanthropique. Aujourd'hui, les œuvres telles qu'elles existèrent au début du XXème siècle sont en nombre plus réduit et ce sont souvent des associations déclarées (loi 1901 ou loi 1908) qui sont porteuses de politiques sanitaires-sociales et médico-sociales. Elles représentent 37.700 établissements employeurs, soit 24% du secteur privé non lucratif pour 1.158.000 salariés, soit 58% de la masse salariale du secteur privé non lucratif¹².

¹² Chiffres repris du bilan de l'emploi dans les associations et fondations du champ sanitaire et social - Centre de ressources DLA Solidarités – Santé et en partenariat avec Recherches & Solidarités – 2023

L'UNIOPSS

Ces associations sont regroupées, en grande partie, au travers de fédérations, au sein de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes non-lucratif sanitaires et sociaux (UNIOPSS) : 25.000 établissements employant 750.000 salariés (soit 42% de l'emploi associatif en France).

La Croix Rouge Française

Certaines associations, du fait de leur place singulière comme la Croix-Rouge Française réalisent des interventions très diverses au sein d'un mouvement international. En France, la Croix-Rouge mobilise plus de 70.000 bénévoles, 17.000 salariés et plus de 600 établissements sanitaires et sociaux. Aux côtés de ces deux familles, il existe des regroupements fonctionnels auxquels adhèrent des structures tant mutualistes que relevant des associations.

Les autres associations relevant de la santé (12.700) se sont regroupées au sein d'autres fédérations ou unions, selon leurs affinités ou leurs champs d'intervention. Il demeure de nombreuses petites associations intervenant dans les territoires qui ne sont pas encore regroupées et connaissent, dès lors, des conditions d'activités souvent difficiles.

La FEHAP

Elle regroupe l'essentiel des acteurs non-lucratif de l'hospitalisation qui assurent de l'ordre de 15% de l'hospitalisation en France. Ses adhérents disposent de 5.500 établissements et emploient 450.000 personnes.

La FNCS

La Fédération Nationale des Centres de Santé est un acteur important des interventions en santé sur les territoires. Elle regroupe des établissements aux statuts divers (communaux, mutualistes et associatifs). Les Centres de santé se distinguent des Maisons de santé principalement du fait qu'au sein des centres les praticiens sont salariés (et le plus souvent en secteur 1) tandis que les maisons accueillent en un lieu commun des praticiens

libéraux (souvent en secteur 2). La FNCS dispose d'un institut de recherche l'Institut Jean François Rey. C'est au sein de la FNCS que sont regroupés les centres de santé ayant opté pour le statut de sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC).

5.2.2. Les interventions citoyennes en santé et socio-sanitaires

Mais au regard de la commande de ESS France, d'autres interventions doivent être ici mentionnées et développées. Le rôle des associations est aussi essentiel en ce qui concerne la prise en compte de la promotion de la santé, la prévention, l'accompagnement de certaines catégories de personnes, voire l'alerte et la recherche en matière de certaines situations sanitaires ou sociales. C'est ainsi le cas pour les femmes, les migrants, les personnes LGBTQIA+, les toxicomanes, les patients atteints de pathologies spécifiques, les personnes en situation de handicap qui vont mettre en œuvre de nouvelles pratiques sous la forme associative pour la plupart. De la même manière ce sont des associations qui vont accompagner les personnes en grande pauvreté.

Femmes

A leur égard les structures relevant de l'ESS se montreront souvent précurseurs, ainsi la diffusion des pratiques d'accouchement sans douleur fut promue par une clinique mutualiste celle des Bleuets. Mais ce sont les femmes elles-mêmes qui se sont mobilisées pour répondre à leurs besoins spécifiques. Avant la loi Neuwirth, c'est au sein d'associations, notamment le Planning familial, et les médecins y adhérant, que vont se développer, dans une certaine illégalité, l'information sur les pratiques contraceptives et leur diffusion. Avant la loi Veil, ce sont des associations comme le MLAC qui, en toute illégalité, vont agir de même en matière d'interruption volontaire de grossesse. Aujourd'hui ce sont très souvent des structures associatives, comme le centre de santé ouvert par l'Institut de victimologie, qui interviennent dans l'accueil et l'appui des femmes en butte à des

violences. Il en est de même s'agissant des mutilations comme l'excision (Gams, Fondation Fleur du désert...). Ce sont des associations qui vont également porter sur la place publique des questions comme celle de l'endométriase.

Migrants

De même que des associations ont très tôt porté l'accompagnement juridique des immigrés, ce sont des associations qui vont les accompagner, avant les dispositifs étatiques demeurant parfois insuffisants dans leur accès à la santé. Dans le cadre de ses interventions nationales, Médecins du Monde, comme les médecins du Secours populaire (que nous retrouverons dans d'autres champs) vont intervenir en leur direction. Des associations portent spécifiquement la santé des femmes migrantes en répondant notamment en matière d'information et de prévention aux dimensions culturelles de leurs problèmes de santé. Elles assurent aussi l'accompagnement sanitaire sur des territoires spécifiques comme Calais.

LGBTQIA+

L'épidémie du SIDA va provoquer une mobilisation de ce qui n'apparaissait pas à l'époque comme la « communauté » homosexuelle. Les gays devant l'indifférence, voire l'hostilité des pouvoirs publics et d'une partie du corps médical, face au développement de la maladie vont être amenés à mettre en place des associations spécifiques pour l'information, la prévention et l'accompagnement des personnes touchées. Si ActUp se consacre essentiellement à la nécessaire agitation politique, des associations comme AIDES et Apparts vont s'impliquer dans l'intervention sanitaire auprès des populations dites « à risque » ou touchées par la maladie : information et prévention pour AIDES, logement et appartements thérapeutiques pour Apparts (dont l'action sera reprise par le groupe SOS). Ces associations vont évoluer quand la question du SIDA va sortir de son tropisme « communautaire » premier (les « pédés » et les « toxicos ») quand l'épidémie, avec d'autres MST, va toucher d'autres publics et se répandre :

diffusion par les transfusions, par les pratiques hétérosexuelles notamment liées à la prostitution.

C'est autour de la question de la prostitution et du SIDA que vont se constituer les premières associations en direction des « trans » notamment PAST et son bus parcourant les bois des alentours de Paris.

Associations de patients et/ou d'usagers

La crise du Sida a mis en avant les associations de patients, dont certaines étaient déjà anciennes. Leur regroupement au sein du CISS a développé leurs interventions. Puis le CISS est devenu en 2017, l'ANAAAS qui se présente désormais sous l'appellation France Assos Santé et regroupe une centaine d'associations d'usagers de la santé, portant leur parole auprès des pouvoirs publics et des autres acteurs. Cette représentation usagère souhaite participer à l'importance de la voix citoyenne ; le « rien sans nous », slogan historique, s'efforce de rester actuel.

Accompagnement de patients atteints de pathologies spécifiques

Face à certaines maladies, pathologies ou affections, des associations particulières se sont constituées, à la fois pour accompagner les malades, faire entendre leur voix, constituer des protocoles de soins en lien avec le corps médical, rechercher des solutions alternatives, des procédures d'accompagnement. Un grand nombre d'entre elles sont regroupées au sein de France Assos Santé.

Toxicomanes et publics en addiction

La prise en charge associative des personnes en addiction alcoolique est chose ancienne : Croix-Bleue, Alcooliques Anonymes... Dans les années 70 des associations vont s'efforcer de prendre en charge les nouveaux publics toxicomanes et notamment les héroïnomanes. De petites structures très professionnelles, souvent proches de l'action conduite par le professeur

Olivenstein au centre Marmottan, y côtoient d'autres plus incertaines comme « le Patriarche » aux tendances sectaires plus tard reconnues. Dans la suite de la création de la MILDT, la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, la constitution du groupe SOS avec les associations qui lui sont liées sera une date majeure dans les approches de ces publics.

Personnes en situation de handicap

Là encore devant les regards détournés, l'indifférence de nombre de décideurs et d'institutions, les personnes en situation de handicap, leurs familles et leurs proches vont être amenés à prendre en charge les réponses à leurs besoins spécifiques. C'est ainsi que des associations regroupées au sein de l'UNAPEI, l'Union des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés, vont mettre en place les premiers centre d'aide par le travail (CAT devenus ESAT puis entreprises adaptées). La démarche est la même pour l'Association des Paralysés de France devenue APF-France Handicap. On n'est pas là dans le champ de la santé mais dans l'accompagnement de personnes dans la recherche de leur « bien-être physique, mental et social » comme l'indique l'OMS. La FNATH, association des accidentés de la vie, s'est constituée comme un « syndicat » des personnes accidentées au travail ou malades de maladie professionnelles et compte 100.000 adhérents et 10.000 bénévoles. L'Association pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH) existe depuis 1962 et a une double expertise en tant qu'association à la fois militante et gestionnaire, sur tous les types de handicap.

Les nouveaux besoins...

A la fin des « trente glorieuses » selon l'appellation de Jean Fourastié et la mise en œuvre progressive des politiques libérales s'accompagnant de reculs des interventions publiques, la France va voir croître les inégalités et le chômage provoquant l'apparition de nouveaux publics en grande

pauvreté. Aux soupes populaires résiduelles vont succéder de grandes associations d'aide alimentaire (Banques alimentaires, Restos du Cœur, Secours Catholique, Secours Populaire) actrices des précaires équilibres de santé d'un nombre croissant de personnes. Elles vont intervenir aussi bien dans la prise en charge sociale qu'alimentaire ou sanitaire des publics en situation de précarité. Médecins du Monde, fondé sur la solidarité internationale, va déployer une part croissante de son activité sur le territoire métropolitain. Les médecins du Secours Populaire vont agir de même en direction des « oubliés » des dispositifs étatiques (CSS complémentaire santé solidaire, ex CMU-C, couverture maladie universelle complémentaire).

5.3. L'ESS dans le domaine de la santé, quelques chiffres

Globalement, l'ESS représente 10% du PIB et près de 14% des emplois privés en France (2,4 millions de salariés), 200.000 entreprises. Mais surtout 12 millions de bénévoles¹³.

La part de l'ESS, contributeur d'emplois dans le domaine de la santé, est de 180 000 emplois¹⁴. Mais si l'on adopte une vision globale de la santé et de la prévention en cette matière, on peut être amené à considérer que 2/3 de l'emploi ESS du domaine de l'action sociale contribue à des objectifs de santé publique : cela concernerait alors 600.000 emplois environ et près de 22.000 établissements « véritables acteurs de proximité » selon ESS France.

A cela s'ajouteraient 100% du personnel employé par les mutuelles, c'est-à-dire 138.000 salariés. Il pourrait être ajouté une quote-part de 10% (basé

¹³ Source ministère de l'Économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, synthèse 2020

¹⁴ Source ESS France, Atlas infographique

sur le fait que 10% du PIB national concerne les dépenses de santé) des effectifs des secteurs du sport et de l'enseignement : donc 42.000 emplois.

Le chiffre total des emplois contribuant à la santé des Français serait de l'ordre de 1 million d'emplois (960.000 selon les clefs retenues). Ce chiffre est comparable à l'emploi de la fonction publique hospitalière : 1,2 million en 2023¹⁵. Il représente 5 fois plus que l'emploi dans l'hospitalisation privée (185.000 emplois)¹⁶.

Ces constats conduisent à des interrogations tant en direction des pouvoirs publics que des acteurs de l'ESS eux-mêmes :

- La perception par les pouvoirs publics nationaux de la contribution de l'ESS à la santé des Français tient-elle compte de ce poids global de l'ESS dans le secteur ?
- Tient-elle compte de la contribution effective et de l'engagement du mouvement multiforme qu'est l'ESS ?
- L'ESS, en tant qu'employeur et contributeur de services concourant à une santé globale de nos concitoyens, communique-t-elle suffisamment, et, si oui, sous quelle forme ?
- Quels indicateurs sont choisis pour une communication plus « marketée » ?

5.4. La financiarisation de la santé : faire face ensemble

Comme la période contemporaine est celle d'une « financiarisation dans le secteur de la santé » mais n'est pas encore une « financiarisation du système de santé », il paraît indispensable que le modèle ESS, au sens de modèle économique, de gouvernance et de vocation d'intérêt général, soit actif et visible pour peser sur le contexte. Ce contexte est analysé par

¹⁵ Chiffres clés 2023, ministère de la Transformation et de la fonction publique

¹⁶ Source FPH 2023.

beaucoup (think-tank, organismes de recherche, professionnels de santé, acteurs de l'ESS, patients, pouvoirs publics) comme dangereux ; il est donc nécessaire de trouver les moyens de continuer à garantir un égal accès aux soins et une qualité de soins adaptée aux besoins sans que les acteurs ne soient asservis aux indicateurs d'une rentabilité financière au bénéfice d'investisseurs privés en recherche de rendement.

A ce titre, et c'est une première dimension sociétale qu'il faut prendre en compte, le modèle ESS doit pouvoir être appelé à la rescousse. Mais il faut, dans le même temps, que le monde de l'ESS puisse assurer, pour la survie de son modèle, les transitions nécessaires. En effet, une étude sur la financiarisation dans le domaine de la santé montre que les acteurs professionnels ont trop peu réfléchi aux évolutions de leur modèle d'exercice professionnel et qu'ils ont été largement pris de court. Comment alors se situer entre des pouvoirs publics endettés et des capitaux privés friands de bénéfices sur de vastes champs socialisés où la prise en charge de haut niveau et le remboursement rapide par l'assurance maladie permet un développement avec des largesses de trésorerie (l'Assurance Maladie rembourse en moyenne à 15 jours) et des tarifications connues d'avance ?

Qu'en est-il de la financiarisation actuelle dans le secteur de la santé ?

Une étude approfondie diligentée par la Chaire Santé de SciencesPo, reprise dans le rapport "charges et produits" 2023 de l'assurance maladie propose un diagnostic précis en la matière et trace des perspectives^{17 18}. Les auteurs du présent rapport soulignent la gravité de l'alerte ainsi lancée par les chercheurs et observateurs.

¹⁷ Yann Bourgueil, membre de la Chaire santé, Sciences Po Daniel Benamouzig, titulaire de la Chaire santé, Sciences Po, LA FINANCIARISATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE : TENDANCES, ENJEUX ET PERSPECTIVES. Juillet 2023

¹⁸ <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2023-rapport-propositions-pour-2024-charges-produits>

Financiarisation : qu'entendre par-là ?

«La financiarisation est le processus par lequel des acteurs privés, extérieurs au monde de la santé, vont rentrer, de manière significative, dans le secteur médical. Ils ont pour finalité première de rémunérer (au maximum) le capital investi (...) toutes les entreprises de santé sont convoitées.»¹⁹

Où en est la financiarisation du secteur privé de la santé (résumé issu de l'analyse faite par Y. Bourgueil et D. Benamouzig dans la note de la Chaire Santé de Sciences Po²⁰) :

- Hospitalisation privée : 4 groupes privés lucratifs regroupent la moitié des établissements d'hospitalisation privée.
- Biologie médicale : le secteur s'est concentré rapidement grâce à des acteurs industriels et financiers ayant une stratégie solide. 6 groupes privés concentrent 62% des sites et réalisent 61% du chiffre d'affaires du secteur ; l'Académie de médecine et l'Académie de pharmacie pointent de nombreux risques liés à cette évolution.
- Radiologie et imagerie médicale : le mouvement de financiarisation est en route. Toutefois, la profession cherche à s'organiser et envisage le développement d'un nouveau capitalisme professionnel comme alternative à la financiarisation. Les radiologues veulent voir leur spécialité moins menacée à court terme par les capitaux spéculatifs. Une ordonnance du 8 février 2023 vise à protéger les activités de professions libérales d'investisseurs non professionnels. Pour la Fédération Nationale des Médecins Radiologues, l'enjeu est de continuer à « être un radiologue libre », échappant au contrôle financier d'investisseurs non professionnels. A travers un large ensemble d'initiatives se dessine une sorte de contre-modèle

¹⁹ Par Marie-Christine Deluc, avocat associé, Cabinet Auber, En collaboration avec Laure Antoine, Juriste, Cabinet Auber – Source : CRAPS avril 2024.

²⁰ Yann Bourgueil, membre de la Chaire santé, Sciences Po Daniel Benamouzig, titulaire de la Chaire santé, Sciences Po, LA FINANCIARISATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE : TENDANCES, ENJEUX ET PERSPECTIVES. Juillet 2023

professionnel, reprenant certaines propriétés d'une intégration industrielle et financière, comme celle qui a été observée en biologie, mais en les déployant à l'échelle d'un exercice contrôlé par les membres de la profession. Les axes de travail de la profession pourraient être adaptés pour inspirer les acteurs de l'ESS

- Ophtalmologie et Soins dentaires : le mouvement se caractérise notamment en ophtalmologie par une organisation de la profession sans que celle-ci endigue l'immixtion des capitaux privés dans des modèles s'apparentant à ceux connus des investisseurs financiers purs.
- Soins de proximité (médecine généraliste) : *« L'offre de centres de santé détenus par des investisseurs privés paraît encore peu développée en France. Il semble néanmoins que le processus soit émergent dans le secteur des soins primaires et mérite une observation attentive, au même titre que le développement des centres de santé dentaires et ophtalmologiques. »*

Si la financiarisation dans le système de santé devenait une financiarisation du système de santé, on peut en craindre des effets pernicioseux :

- Une offre standardisée, qui serait centrée sur les risques les mieux remboursés et sur les territoires plus faciles à équiper ;
- Une proximité ambiguë avec le développement capitaliste de plateformes de consultations dont les opérateurs peuvent être facilement délocalisés (comme les centres d'appel l'ont été en leur temps) ;
- Des décisions médicales guidées par des indicateurs de rentabilité ;
- Une éthique affaiblie en raison de la perte progressive des conditions d'exercice de la responsabilité éthique du médecin et du soignant ;
- Une perte de repères avec l'avènement d'une médecine industrielle alors que le développement de la santé publique sur les territoires s'est fait par l'engagement d'« artisans-médecins » de proximité ;

- Un bouleversement non maîtrisé et rapide (5 à 7 ans) des structures porteuses de l'offre de soins, facilité par les conditions de rentabilité financière actuelles et donc disjoint des besoins de santé.

5.5. En quoi l'ESS est-elle concernée et pourrait être contributive ?

Le modèle ESS – au-delà des acteurs actuels - peut-il être un modèle ressource pour les Pouvoirs Publics, soucieux des effets de la financiarisation rampante ? Comment et à quelles conditions ?

Quels équilibres financiers- rentables mais non lucratifs - pourraient être développés à plus large échelle qu'aujourd'hui dans le système de soins ? Sur quels secteurs ? A partir de quelle information et de quelle mobilisation, avec quels acteurs ? Par exemple, les jeunes médecins libéraux, qui cherchent un autre modèle d'organisation, pourraient-ils être intéressés par l'ESS si elle les prospecte avec des arguments adaptés ... alors que le monde financier ne s'en prive pas ?

Une approche plus anticipatrice et stratégique de l'investissement et de prêts mutualistes devrait permettre de soutenir des démarches de mutualisation entre secteurs. Cette approche pourrait permettre également d'inclure, d'accompagner voire de renforcer le rôle des collectivités territoriales et de leurs bailleurs traditionnels (CDC). Des conditions pourraient aussi être définies pour inclure des partenaires privés intéressés par des placements à la rentabilité garantie, sans nécessairement viser une rentabilité élevée et le risque de fragilisation de l'offre que cette exigence contient. Il apparaît donc opportun que face au défi d'ampleur de la financiarisation dans le système de santé les familles et les acteurs de l'ESS travaillent ensemble sur un projet alternatif qui fasse barrage à la prédation de capitaux spéculatifs.

6. Ce qu'il ressort des auditions des acteurs de l'ESS.

6.1. Une analyse avec l'utilisation du cadre théorique de Marthe Nyssens

La grille de lecture utilisée pour comprendre les liens entre l'ESS, le secteur privé lucratif et l'État dans le domaine de la santé est celle proposée par Marthe Nyssens dans son article de 1998 « *Raisons d'être des associations et théorie économique* ».

Cette grille d'analyse a été choisie car elle permet de rendre compte différentes logiques de complémentarité/substituabilité entre les différents secteurs. Elle apporte en effet des pistes de compréhension sur la place de l'ESS dans le secteur de la santé, en expliquant les mécanismes économiques et sociaux qui ont rendu nécessaire la mise en place d'un troisième secteur, différent du secteur privé à but lucratif et du secteur public. À noter que, dans son article, Marthe Nyssens s'intéresse essentiellement aux associations mais l'ensemble des structures de l'ESS nous semblent pouvoir être concernées par les arguments et théories mis en avant.

A ce stade, on peut aussi rappeler que les structures de l'ESS ont en commun le respect de trois principes (au moins) : la non-poursuite du profit ou but non lucratif, une gouvernance démocratique ainsi qu'un objectif d'utilité sociale. Le financement des structures de l'ESS est multiple, pouvant aller de la subvention publique au don en passant par des financements d'investisseurs privés.

Selon les travaux de Marthe Nyssens, deux éléments théoriques expliquent l'existence d'un secteur comme l'ESS en complémentarité des secteurs public et privé traditionnel :

- La théorie du rendement social qui repose sur l'idée que le marché ne conduit pas à une allocation efficace des ressources dans toutes les situations. Les associations se sont donc constituées comme une voie alternative pour prendre en charge un certain nombre de situations non considérées ou non réalisées efficacement par le secteur privé à but lucratif.
- La théorie des organisations qui offre une analyse des formes organisationnelles permettant de minimiser les coûts de transaction, formés en grande partie des coûts de coordination. Le marché et le secteur public ne sont pas nécessairement les formes d'organisation les plus efficaces dans toutes les situations car elles peuvent engendrer des coûts importants de coordination. Dans certains cas, le secteur de l'ESS, en étant plus proche du terrain et composé de structures plus souples, réduit les coûts de transaction par sa meilleure capacité de réponse à certains problèmes.

Et trois autres éléments théoriques expliquent comment les structures de l'ESS peuvent être plus efficaces et/ou moins coûteuses que le secteur public ou le secteur privé à but lucratif :

- La théorie de la confiance : les échanges peuvent être sapés par des comportements opportunistes d'agents au détriment d'autres agents en raison d'une recherche par chacun de son intérêt propre. Ce faisant, les organisations les plus efficaces sont celles permettant de diminuer l'occurrence de ces comportements opportunistes et ainsi de susciter de la confiance. Les associations seraient donc un mode d'organisation efficace pour minimiser les coûts nécessaires à l'établissement de cette confiance. Cette efficacité repose, selon Marthe Nyssens, sur trois principaux arguments. Le premier est l'absence de but lucratif, qui n'amènerait normalement pas les associations à tirer profit d'une situation. Le deuxième est la présence des parties prenantes dans les organes de prise de décision ou dans le fonctionnement de l'organisation qui envoie un signal de confiance.

Le troisième est le lien avec les différents acteurs locaux dans une optique d'entrepreneuriat social visant à construire un projet commun avec de multiples acteurs. Autant d'éléments en faveur de l'instauration d'une confiance facilitée pour les associations.

- La théorie de la demande excédentaire repose sur les difficultés de production par le marché des biens collectifs et quasi-collectifs qui sont alors financés par l'État. Mais, celui-ci va apporter une solution médiane qui, de fait, ne peut pas satisfaire toutes les demandes. Cette défaillance du secteur public est d'autant plus importante que la société est hétérogène et donc porteuse de demandes variées et non-consensuelles. Les associations vont intervenir pour répondre à ces demandes insatisfaites. Ces réponses vont s'incarner de deux façons. La première est qu'elles produisent un service déjà prévu par l'État mais en quantité insuffisante, à l'aide d'un financement par la générosité ou par le biais de ressources volontaires. La seconde est qu'elles produisent un service non prévu par l'État, afin de répondre à des demandes spécifiques. Ce nouveau service peut d'ailleurs être financé par l'État qui, du fait de sa structure, n'a pas la capacité de produire le service et délègue ainsi le soin aux associations de satisfaire la demande. Ainsi, les associations permettraient de répondre à certaines demandes en raison d'une possibilité de faire appel à différents financements et d'avoir moins de contraintes structurelles afin de pouvoir répondre à des demandes spécifiques.
- Enfin, la théorie de l'interdépendance entre les associations et l'État avance l'idée selon laquelle les associations ne sont pas seulement créées pour compenser les carences du marché et celles de l'État, mais également pour jouer le rôle de pionniers sociaux défrichant les demandes sociales émergentes. Les associations joueraient ainsi le rôle primordial d'amortir des demandes sociales émergentes et de porter ces demandes devant les instances publiques en vue d'une prise en charge. Cette théorie met ainsi l'accent sur la collaboration fondamentale entre les associations et l'État et non pas sur des

rapports de concurrence entre les secteurs comme pourraient le supposer les autres théories.

Une première analyse des auditions a été faite en utilisant la grille de lecture théorique présentée.

- Sur la théorie de la demande excédentaire : Monsieur 202, un ancien membre de l'inspection générale des affaires sociales, met en avant la place importante de l'ESS dans le système de santé français. On peut inscrire son intervention dans le cadre de la théorie de la demande excédentaire. En effet, pour lui, l'ESS va tout d'abord permettre de prendre en charge les personnes vulnérables de la société et mettre en place des structures d'accompagnement. Il cite notamment les « salles de shoot » qui ne sont prises en charge ni par l'État ni par le secteur privé à but lucratif en raison d'une « rentabilité à court terme pas fou » alors qu'il s'agit d'une « rentabilité pour la société formidable ».
- Sur la théorie des organisations : Plus largement, il met en avant des caractéristiques importantes de l'ESS, que l'on peut relier au cadre de la théorie des organisations, à commencer par sa souplesse par rapport au secteur public qui est « asservi par des règles statutaires » et un « gigantisme des structures » rendant complexe toute mise en place de solutions spécifiques et adaptées à des petits groupes de population en difficulté. L'ESS, elle, a la possibilité de monter des projets ciblés, permis notamment, comme l'indique monsieur 20, par son ancrage local. Cet ancrage local permet aux structures de l'ESS d'intervenir sur l'ensemble des « maillons de la chaîne » du soin et donc à mettre en rapport un certain nombre de gens.
- Sur la théorie de la demande excédentaire : Ce deuxième « atout » est d'autant plus important que le secteur public fait face à un « cloisonnement » fort, lié à une centralisation du système de santé en contraste avec des différenciations sociales du territoire importantes. Ainsi, selon monsieur 20, l'ESS incarne une tentative de pallier les

déficiences du secteur public dans le système de soins en mettant en place des initiatives spécifiques à un public en difficulté. Ce n'est pas sans rappeler la théorie de la demande excédentaire où, l'État n'ayant pas la capacité de répondre à des demandes spécifiques et locales, l'ESS va donc se charger de répondre à ces besoins.

- Sur la théorie de la confiance : Cette plus grande flexibilité de l'ESS est également mise en avant par monsieur 2, élu local, chargé de la santé publique. Elle permet la mise en place d'initiatives intéressantes et innovatrices.
- Sur la théorie de l'interdépendance : Monsieur 2 met également en avant l'interdépendance entre l'ESS et les collectivités territoriales pour la mise en œuvre de nouvelles solutions. Mais surtout, monsieur 2 met en avant une préférence de certaines collectivités pour travailler avec l'ESS en raison du principe de « démocratie sanitaire » qui permet ainsi d'avoir « moins de chance de dériver ». Ainsi les structures de l'ESS sont considérées comme des structures de confiance (la théorie de la confiance) par le secteur public par rapport au secteur privé à but lucratif. Il indique ainsi avoir travaillé avec l'ESS à de multiples reprises pour lancer des campagnes de prévention.
- Un aspect proche de la théorie du rendement social : Plus largement, l'ESS est considérée par monsieur 2 comme un outil performant et utile car ancré territorialement, permettant ainsi une efficacité plus importante et une médiation avec la population visée. Il indique ainsi ne pas hésiter à déléguer la gestion de centres de santé à l'ESS car du fait de ses principes et de sa souplesse, il est plus simple pour tous de laisser la charge de ces centres à l'ESS.
- Sur la théorie de la demande excédentaire : Des éléments également énoncés par monsieur 1 dans le champ de l'addiction. Comme l'indique monsieur 1, président d'une association travaillant dans le champ de l'addiction, le premier avantage des structures de l'ESS est leur ancrage territorial, les amenant à être « proche du terrain » et de construire un « tissu social » permettant un accompagnement plus efficace des personnes en difficultés. Cet ancrage va s'incarner entre

autres dans le développement du secteur médico-social qui, comme l'indique monsieur 1, « a une place à part » car « plus inséré par rapport à un service hospitalier plus contraint », du fait d'une « souplesse de gestion et de décisions qui n'est pas la même que l'hôpital ». Le « souci démocratique » des associations permet à la « liberté d'expression » de s'exprimer, « les orientations de l'asso, les investissements sont débattus. Ils ne sont pas décidés seuls » contrairement aux structures médicales qui sont « aux ordres des ARS ». Ces avantages de l'ESS se sont notamment exprimés à l'occasion d'une initiative de santé publique initialement portée par le secteur public qui a dû l'arrêter. Cette initiative a été reprise immédiatement par « toutes les assos du champ [...] avec des bouts de rien » (théorie de la demande excédentaire). Ainsi, les associations ont repris le projet avec très peu de financement et très rapidement en raison notamment d'une « chaîne de décision courte ». Comme l'indique monsieur 1, « on peut le faire quand on est une asso » car on peut se déployer rapidement et à moindre frais.

- Sur les théories de l'interdépendance et de la confiance : Plus largement, monsieur 1 met en avant une caractéristique importante des structures de l'ESS par rapport au secteur public, la pérennité des parties prenantes et leur expertise. Il souligne que « les fonctionnaires tournent » et qu'« ils manquent de culture du domaine ». Les associations vont ainsi occuper une place particulière dans le domaine de la santé et occuper une « fonction pédagogique » pour ces nouveaux intervenants. Cette fonction pédagogique est permise par la confiance accordée à ces structures qui découle de leur présence locale ; intégrative de l'ensemble des besoins mais également, dans le cas de l'association de monsieur 1, du « lien avec le champ scientifique ». Cela leur permet d'avoir une présence dans le « débat sociétal » élargissant ainsi le rôle des structures de l'ESS à autre chose que l'aide. L'exemple de cette association met en avant l'interdépendance forte de l'ESS avec l'État qui, loin d'être concurrents, vont travailler ensemble en tirant profit des

caractéristiques de chacun. On retrouve ainsi les cadres de l'interdépendance et de la confiance abordés dans l'audition précédente.

- La dimension socio-politique de l'ESS : Cet ancrage local et cette expertise de terrain sont également des caractéristiques de l'ESS mises en avant par monsieur 8 qui selon lui justifient une place importante de l'ESS en tant que participant aux politiques publiques. Selon monsieur 8 l'ESS intervient dans la « construction des politiques publiques » en tant qu'expert du terrain et non pas seulement en tant qu'opérateur ou « sous-traitant » de l'État. En complément des théories cités explicitement précédemment, on retrouve dans cet entretien la dimension socio-politique de l'ESS.
- Les structures et la théorie des organisations : Pour finir, il paraît intéressant de se pencher sur les différences entre les structures de l'ESS, point présenté par Monsieur 6. Il travaille actuellement dans une fondation qui était initialement une association. Il souligne les différences entre ces deux structures de l'ESS et in fine leur rôle. Selon monsieur 6, ce qui différencie ces structures est l'instance de décision de l'organisme : l'assemblée générale pour l'association et le conseil d'administration pour la fondation. L'assemblée générale rassemble l'ensemble des adhérents de l'association qui peuvent débattre démocratiquement pour prendre des décisions. Le conseil d'administration est composé d'un nombre restreint d'individus non élus prenant les décisions ensemble. Dans le cas de la fondation de monsieur 6, le changement d'association à fondation a été en grande partie motivé par le faible nombre de bénévoles et d'adhérents ce qui posait la « question de la légitimité » en tant qu'association, notamment au vu des avantages fiscaux induits par le statut associatif. Le changement a entraîné une modification au niveau du financement. En tant qu'association, le financement dépendait en grande partie de l'État alors qu'en tant que Fondation, le financement est devenu en grande partie d'origine privée. Le changement de statut entraîne ainsi une certaine prise de distance et d'indépendance avec

l'État. Plus concrètement selon monsieur 6, ce changement de statut va avoir des conséquences sur la structure. Selon monsieur 6, la fondation et son mode de financement et de gestion permet un meilleur « encadrement » des gens qui viennent travailler, avec des conditions de travail plus encadrées et stables que ce que pourrait proposer les associations. De plus, le fait d'être une fondation et notamment une fondation "abritante" permettrait d'ouvrir le champ d'action de la structure non plus seulement à la gestion d'établissements mais à d'autres projets comme de la recherche ou de l'architecture.

6.2. Les relations ESS/pouvoirs publics : expression des acteurs auditionnés

- ESS de sous-traitants ou ESS d'acteurs-participants ? Les témoignages et partages d'expériences montrent la diversité des situations : les acteurs de l'ESS peuvent se percevoir tantôt comme des opérateurs, des sous-traitants du service public, ou a contrario comme des acteurs participants au service public.
- Le besoin d'un langage commun : Il est à créer car les acteurs de terrain ressentent une forme d'incompréhension par manque de langage commun. Sinon, c'est un « choc des cultures » qui empêche d'avancer conjointement sur des projets.
- L'État est ressenti comme trop centralisé : Dans les politiques de santé, l'État est trop centralisé et a une connaissance parcellaire des besoins de terrain. Ceci vient souligner le besoin d'intermédiaires et de médiations. Y-a-t-il des corps intermédiaires adéquats ? faut-il en créer ?
- La négociation des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) : Elle est vécue comme un atout non négligeable qui permet

d'impacter les politiques publiques (en sus des consultations) et les politiques locales (en matière de prévention notamment). La négociation des CPOM donne aussi une place pour un plaidoyer nécessaire et utile à tous les responsables de l'ESS.

6.3. La perception mutuelle des acteurs de l'ESS : Coopération ou concurrence ?

6.3.1. La frontière entre concurrence et coopération, un sujet sensible.

Alors que les acteurs du champ santé-social au sein de l'ESS ont des principes communs en partage, la segmentation et le cloisonnement des activités favorisent les situations de concurrence²¹. Pourtant les collaborations sur des projets renforcent les liens de coopérations : ceci est possible par des projets permettant à des acteurs de l'ESS de se retrouver ensemble. C'est aussi possible autour de « bons partenariats » entre les acteurs territoriaux des secteurs du social/médico-social et sanitaire, et particulièrement pour faire face aux inégalités de santé.

6.3.2. Les situations de concurrence qui bousculent l'ADN de l'ESS

- Depuis la fin des années 80, les Mutuelles-Santé ont renoncé en leur sein aux anciens usages de non-concurrence tandis que la loi Evin de 1989 ouvrait le marché des complémentaires-santé aux Institutions de Prévoyance et aux sociétés d'assurance ; mais depuis, tant les directives européennes que les ANI, les accords nationaux

²¹ Rapport, *Le secteur privé non lucratif, la troisième voie au service de l'intérêt général, une chance pour l'Etat !* Synopia, Novembre 2023.

interprofessionnels, ont aggravé ces situations et ces pratiques de concurrence. Ainsi l'ANI 2013, sur l'élargissement de la complémentaire-santé à l'ensemble des salariés et sa transcription législative, a conduit à une substitution par des contrats collectifs voire à des pratiques de dumping entre mutuelles. Alors même que les contrats collectifs sont généralement déficitaires, ces pratiques pèsent aujourd'hui lourdement sur les équilibres des mutuelles qui s'y livrent. Qu'en sera-t-il avec PSC, la protection sociale complémentaire, pour les mutuelles complémentaires-santé de la fonction publique ?

- Au niveau des associations, la généralisation des procédures de marchés, d'appels d'offre a fait évoluer l'action associative de la réponse, libre et jugée prioritaire, aux besoins à la réponse à des politiques publiques, État ou collectivités territoriales qui peuvent avoir d'autres déterminants.

6.3.3. Des appels à ne pas céder à la concurrence,

Ces dernières années, des appels à développer de nouvelles coopérations ont été lancés au sein de l'ESS, de la Mutualité et du monde associatif

- A l'automne 2021, le Haut Conseil de la Vie Associative (HCVA) publiait un rapport intitulé « *Impact de la concurrence sur le modèle associatif et sur la multiplication des exclusions* »²². Dans ce rapport, Joëlle Bottalico, secrétaire générale adjointe du SPF, et Thierry Guillois, avocat, soulignaient les effets délétères de la concurrence tant pour les structures au risque de se dénaturer que pour leurs publics qui sont pour une large part ceux de notre rapport.

²² [https://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/hcva - rapport sur la concurrence 20210920.pdf](https://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/hcva_-_rapport_sur_la_concurrence_20210920.pdf)

- Jacques Fournier appelait à développer une « économie des besoins », dans son dernier ouvrage (éd. Odile Jacob, 2013) ²³. Cette « nécessité » était un des fondements premiers de l'ESS et devrait le demeurer.
- On pourrait, en matière de coopération, citer l'expérience du Centre Français d'Appui à la Demande (CFAD). En s'inscrivant dans un nouveau dispositif public, des acteurs du handicap constatant une dérive gestionnaire des structures qu'ils avaient contribué à créer et des pratiques d'offre, induites par les situations concurrentielles, ont voulu revenir à des politiques d'analyse fine de la demande en liaison avec leurs usagers et de réponses coordonnées. Le CFAD travaille ainsi sur la coopération des acteurs du champ notamment à travers la formation et la recherche-développement.
- L'éducation populaire est un ferment de justice et d'innovation sociales : Plusieurs groupes ou structures de l'ESS (Institut Montparnasse, LABO de l'ESS notamment) se reconnectent aux besoins exprimés sur les territoires. Leurs thèmes de recherche sont ainsi réorientés et ils mettent en place des formations et des espaces de partage de connaissances.
- Le besoin d'une mobilisation coordonnée : Les acteurs auditionnés sont conscients qu'il faut revenir à des pratiques de coopération, tant pour la survie des structures que pour la qualité des services aux adhérents ou aux publics. Pour eux, l'ESS ne pourra pas prétendre incarner un modèle pouvant prendre sa part dans la nécessaire transformation sociale de notre pays si elle ne mobilise pas de façon coordonnée ses potentiels.

²³ Jacques Fournier. "L'économie des besoins – Une nouvelle approche du service public" éd Odile Jacob - Février 2023

6.4. Territoires, financements, et place des usagers.

L'importance de la territorialisation pour analyser les besoins et y répondre :
La mission a constaté une vision commune des acteurs auditionnés. Quels sont les arguments avancés ?

- Les besoins sont connus quand ils sont appréhendés dans une connaissance fine.
- Le maillage des acteurs est facilité au niveau local par la souplesse de fonctionnement que permet l'ESS.
- La gouvernance démocratique reste un levier fort pour répondre au mieux aux besoins des territoires.
- Les disparités et inégalités entre territoires doivent être traités grâce à un travail à faire avec l'appui des fédérations.

L'écosystème des acteurs de l'ESS dans le domaine de la santé est complexe et varié.

- La non-lucrativité (ou lucrativité limitée) impose de fait certains liens avec notamment le secteur lucratif pour la recherche de fonds.
- Des collaborations avec les services publics sont nouées au travers des diverses instances de concertation et d'élaboration des relations entre l'ESS et les pouvoirs publics (délégations de services, appels à projets, commandes publiques partenariats).

6.4.1. La formation mérite une attention toute particulière

Alors que la formation est un élément-clé des écosystèmes, elle est jugée parcellisée, éclatée et participant à un effet de cloisonnement des acteurs. Cela est contraire aux besoins de coordination des acteurs qui sont nécessaires pour prévenir les problèmes de santé. Les acteurs auditionnés dénoncent un cloisonnement par secteur, un cloisonnement par domaine d'intervention (sanitaire, social, médico-social), des standards qualitatifs

insuffisants (par exemple pour s'occuper des jeunes enfants). A noter que ces caractéristiques toucheraient tant la formation initiale que les formations continues.

6.4.2. Le financement des projets en santé est un sujet au cœur des préoccupations des acteurs auditionnés.

- L'ingénierie de projets publics est trop compliquée notamment pour les petites structures de l'ESS (AAP, AMI, etc.). Les sources de financement sont multiples et trop diversifiées.
- D'un autre côté, les financements provenant du secteur privé sont aléatoires et mettent le secteur de l'ESS en état de dépendance. Il leur est demandé une certaine rentabilité, ce qui est antagoniste avec les fonctions et valeurs premières de ce secteur.
- L'impérieuse requête d'avoir, c'est-à-dire de créer, des outils partagés (de type plateforme de réponse à des appels à projets) qui permettraient d'avancer plus vite, de manière plus fiable, plus simple et avec des objectifs communs,

6.4.3. La démocratie en santé n'est que balbutiante

La place de l'utilisateur au sein des projets de santé instaurée par différentes réglementations (Loi du 2 janvier 2002) interroge les acteurs. La société civile reste en effet peu écoutée lorsqu'il s'agit de mettre en place des projets qui la concernent directement. La démocratie en santé mérite une attention plus stricte et un déploiement plus important. Tout comme dans la promotion en santé et dans la prévention, une approche populationnelle est à privilégier.

6.4.4. Certains sujets transversaux aux différents acteurs de la santé

Ils ont pu être abordés, comme la question de l'évaluation. Malgré une certaine appréhension à s'y affairer, le principe de l'évaluation n'est pas contesté. Mais la question de son sens et de son utilité finale fait débat : il manque, par exemple, une façon d'imaginer une reproductibilité des expérimentations.

6.5. Potentialiser la puissance de l'ESS en santé, un chantier à ouvrir

Les témoignages livrent un ressenti encore très prégnant : il est attribué à un manque de reconnaissance des métiers de l'ESS.

Pourtant, les acteurs de l'ESS sont présents, engagés et utiles depuis très longtemps et massivement dans l'ensemble du champ de la santé. Mais il s'agit plutôt d'une dynamique de travail et de rayonnement qui se fonde sur l'activité propre de chacune des entités, dans son territoire avec, pour les acteurs traditionnels notamment dans le monde du soin et de l'assurance santé, une activité fédérale reconnue.

La potentialisation d'une approche coordonnée de tous ces acteurs au niveau de l'ESS, tant au niveau national que dans les territoires, permettrait une lisibilité utile pour les pouvoirs publics afin de faire valoir une stratégie clarifiée et des coopérations renforcées. Le déficit actuel de reconnaissance se transformerait en « crédit de reconnaissance ».

7. Recommandations

Ces propositions sont établies à partir des principaux constats relevés lors des auditions et des analyses effectuées. Il en ressort essentiellement que la nature et l'importance de l'action des acteurs de l'ESS dans le système de santé sont largement méconnues, et dans certains cas, déniées voire combattues. Dans le même temps, s'expriment des aspirations à une réforme du système de santé pour un accès aux soins plus accessible et plus solidaire.

La recommandation générale et prioritaire qui est faite par la mission est d'ouvrir un chantier « santé » au sein d'ESS France : il s'agirait d'œuvrer au renforcement du poids et de l'audience de l'ESS au sein de la société, de construire les voies et moyens pour y parvenir, et de faire entendre les propositions des acteurs de l'ESS pour améliorer l'efficience du système de santé, pour plus de solidarité et pour réduire les inégalités. Afin d'y parvenir, il est nécessaire que les acteurs publics de la santé et ceux de l'ESS construisent et partagent des éléments d'appropriation culturelle communs (même langage par exemple)

L'objectif est de permettre ainsi de construire une relation forte, éclairée, partenariale et non concurrentielle avec les acteurs publics nationaux et locaux.

La mission propose à ESS France les axes de travail suivants

1 – Satisfaire le besoin criant de travailler ensemble sur le thème de la santé au sein de l’ESS

A – Formaliser au sein d’ESS France une thématique de travail spécifique dédiée aux sujets de santé et de protection sociale, et à leurs déterminants, aux côtés des cinq thématiques annoncées sur son site internet (Egalité femmes-hommes, Europe et international, développer l’ESS, Observatoire national de l’ESS, Transition écologique) ;

B – Proposer aux membres d’ESS France d’organiser une « task force » santé pour créer un rapport de force qui n’empiète pas sur leurs prérogatives et responsabilités propres mais qui les valorise et les complète, en permettant à ESS France, représentante institutionnelle des acteurs de l’ESS, de porter une voix plus forte et unitaire auprès des pouvoirs publics ;

C – Créer une « Académie populaire de la santé » reposant sur les principes et valeurs de l’éducation populaire, dans laquelle toutes les parties prenantes pourraient apporter leur contribution pour créer des outils d’échange et d’acculturation sur la santé ;

D – Élaborer des projets pilotes partagés d’interventions permettant aux acteurs de travailler ensemble et d’identifier les solutions les plus efficaces au bénéfice du public ;

E – Organiser une stratégie d’alliances dans les territoires à partir des CRESS, les Chambres régionales d’économie sociale et solidaire, dans le respect des représentations régionales des acteurs de l’ESS, afin de déployer localement ce rapport de force et de peser vis-à-vis des pouvoirs publics locaux.

2 – Améliorer la visibilité des acteurs de l’ESS dans le champ de la santé

A – Élaborer une stratégie d’influence professionnalisée (poids économique, nombre d’emplois, plaidoyer, résultats, ...) en direction des acteurs publics pour mieux faire connaître la place, le rôle, le savoir-faire des organisations de l’ESS en santé ;

B – Mettre en évidence les innovations et les initiatives positives de l’ESS dans les territoires ;

C – Valoriser l’utilité démocratique et sociale des organisations de l’ESS.

3 – Prendre des initiatives en direction des pouvoirs publics et des citoyens

A – Parallèlement à la mise en œuvre des recommandations 1 et 2, suggérer au Conseil économique, social et environnemental, le CESE, une mission sous la forme la plus appropriée (avis, rapports, études, convention citoyenne ou autre) pour proposer aux pouvoirs publics une évolution des gouvernances de la santé en s'appuyant sur les points suivants :

Réduire les inégalités sociales de santé

- Prendre en considération les rôles et moyens des parties prenantes sur les principaux déterminants de la santé pour réduire les inégalités sociales de santé et améliorer durablement la santé de toutes les populations : prévention, éducation, logement, travail, aide sociale, inclusion,
- En déterminer une gouvernance rénovée pour contribuer à la construction et à l'exécution des politiques de santé, de la prévention aux soins, sur les points suivants : planification, financement, décentralisation, coopération puissance publique et ESS.

Adapter la gouvernance du système de soin à cet objectif.

- Proposer une nouvelle gouvernance des soins en prenant acte de l'obsolescence de la gouvernance conventionnelle libérale catégorielle et de celle étatique des établissements de soins, en tenant compte de critères indispensables aux mutations actuelles :
 - Libérer les potentialités de coopérations au niveau des territoires des différents acteurs de soins publics, ESS, et privé lucratif existant : utiliser les voies de la décentralisation,
 - Promouvoir la non-lucrativité car la santé est un bien commun,
 - Renforcer les capacités d'investissement et de financement auprès des acteurs de terrain pour rester dans la course aux innovations,

- Développer les coopérations entre acteurs quel que soit le statut (ESS - privé -public - libéral) : tendre vers le concept de Pôle territorial de coopération de santé : coopération ville - hôpital, Coopération interprofessionnelle,
- Favoriser l'attractivité des métiers en mutation,
- Homogénéiser les calendriers de décisions concernant les soins hospitaliers et les soins de ville.
- Mieux prendre en compte dans la gouvernance du système de soins primaires, la participation des territoires et de tous les acteurs de santé.
- Appréhender les impacts des décisions potentielles prises par les instances de gouvernance des soins primaires sur les établissements de soins et médico-sociaux et vice et versa.

B – Chercher les voies et moyens pour un partage équitable de la valeur dans le champ économique de la santé

- Contenir la financiarisation du système de soins en soutenant la proposition de création d'une instance de régulation de la financiarisation et y trouver sa place ès compétences.
- Créer et piloter un répertoire économique des parties prenantes de l'ESS dans le champ de la santé afin de mesurer et suivre le poids réel de l'ESS en la matière.
- Travailler de manière ciblée avec des professionnels de santé pour développer des formes et modèles ESS qui peuvent correspondre aux attentes des jeunes professionnels.
- Mobiliser le CESE sur le champ des financements possibles et les outils de leur mobilisation dans le domaine de la santé afin de proposer des alternatives aux dérives potentielles de la financiarisation.

C – Organiser sous l’égide des CRESS, en lien étroit avec les représentants régionaux des différents acteurs de l’ESS, des conférences thématiques en direction des citoyens sur les sujets de santé et de prévention, en lien avec les conférences régionales de l’ESS telles que prévues dans l’article 8 de la loi du 31 juillet 2014²⁴.

D – Mettre en place des actions concertées pour la réappropriation par les citoyens des dispositifs de santé et de protection sociale.

E – Mettre en pratique dans les structures de l’ESS ce qui fonde l’action de l’Éducation populaire : la coopération, la solidarité, la justice, par l’émancipation, l’accès aux savoirs, à la culture et faciliter l’exercice de la citoyenneté.

²⁴ **Article 8**

I. - Le représentant de l’État dans la région et le président du conseil régional organisent, au moins tous les deux ans, une conférence régionale de l’économie sociale et solidaire à laquelle participent notamment les membres de la chambre régionale de l’économie sociale et solidaire, les réseaux locaux d’acteurs de l’économie sociale et solidaire, les représentants des collectivités territoriales concernées ainsi que les partenaires sociaux concernés.

II. - Au cours de la conférence régionale de l’économie sociale et solidaire, sont débattus les orientations, les moyens et les résultats des politiques locales de développement de l’économie sociale et solidaire. Ces débats donnent lieu à la formulation de propositions pour le développement de politiques publiques territoriales de l’économie sociale et solidaire. Est également présentée l’évaluation de la délivrance de l’agrément « entreprise solidaire d’utilité sociale » mentionné à [l’article L. 3332-17-1 du code du travail](#).

Les politiques publiques des collectivités territoriales et de leurs groupements en faveur de l’économie sociale et solidaire peuvent s’inscrire dans des démarches de co-construction avec l’ensemble des acteurs concernés. Les modalités de cette co-construction s’appuient notamment sur la mise en place d’instances associant les acteurs concernés ou de démarches associant les citoyens au processus de décision publique.

4 – Proposer aux pouvoirs publics notamment locaux des solutions de collaboration opérationnelles gagnant-gagnant

A – Dynamisation des coopérations “public - privé non lucratif” (PPNL) locales

- Rendre visibles les acteurs, les instances de gouvernance, les actions, les alliances dans les territoires entre l’ESS et les pouvoirs publics déconcentrés et décentralisés de santé en s’appuyant sur les organisations et événements existants,
- Bâtir un plan d’action local de coopération ESS et Pouvoirs publics à l’occasion de la préparation et du suivi du Programme Régional de Santé et du pilotage des Contrats Locaux de Santé par les ARS.
- Dynamiser dans le champ de la santé, les politiques, les actions, les partages d’expériences entre acteurs de l’ESS dans les territoires sous le pilotage des instances et organisations existantes en fonction de ce qui marche dans les territoires (logique de solution en lieu et place d’une logique de conformité institutionnelle). Cela peut être les CRESS, avec les instances de telle ou telle famille qui assume un leadership fonctionnel en fonction du territoire.

B – Création d’outils communs tels que les SCIC, les GIP ou autres ; définition d’un cahier des charges national de délégation de services publics.

5 – Agir pour l'innovation

A – Promouvoir, par des acteurs financiers de l'ESS, des dispositifs collectifs de financement et de soutien à l'innovation technologique et à l'innovation sociale (fonds d'investissement, plateforme de moyens, mécénat de compétences, ...);

B – Construire des outils de soutien pour répondre aux appels d'offre de tous types pour les acteurs de l'ESS et notamment les plus petits ;

C – Inventorier les capacités de recherche en santé, les développer, et créer des liens avec les instituts de recherche.

6 – Sensibiliser les acteurs de l’ESS notamment ceux intervenant sur les marchés concurrentiels

Rappeler l’importance sinon la nécessité de fonder leur action sur les principes premiers de l’ESS, de ne pas céder à la banalisation à laquelle conduisent les contraintes financières et institutionnelles :

A – Mettre en œuvre des leviers innovants et une réflexivité au service de ces valeurs partagées ;

B – Créer un logo spécifique aux acteurs de l’ESS(dans le même esprit que le « don en confiance » du Comité de la charte) ;

C – Dispenser un enseignement autour de l’ESS à tous les âges de la vie et notamment dans le secondaire ;

D – S’inscrire résolument et de façon visible dans la lutte contre les inégalités.

8. Conclusion

ESS France regroupe les organisations nationales représentant les différentes formes statutaires de l'économie sociale et solidaire et a pour mission de représenter et promouvoir l'ESS et ses modèles auprès des pouvoirs publics et du grand public. De ce fait, ESS France est légitime sur deux axes : porter un plaidoyer spécifique sur le système de santé et proposer des mesures concrètes pour peser, en coopération, avec la puissance publique.

Aussi l'analyse et les recommandations du présent rapport combinent trois types de « conseils » :

- En matière de santé – et tout particulièrement de prévention pour une meilleure santé de la population - les acteurs de l'ESS manquent d'une vision commune et rassembleuse. Les auditions menées par la mission du CIRIEC et les rapports consultés l'ont montré.

ESS France est légitime à ouvrir un chantier interne « prévention et santé » pour déterminer une vision commune fondée sur les valeurs d'intérêt général de l'ESS, pour définir une stratégie de coordination des acteurs de l'ESS et pour identifier des thématiques et services, sur lesquels l'ESS pourra ensuite s'engager.

- Les plans nationaux, en matière de santé et de prévention, se succèdent sans relâche depuis une trentaine d'années. Les politiques publiques se réorganisent (gouvernance, financement, modèle économique, coordination des acteurs, régulation ...). La prise en considération des citoyens est une nécessité demandant un

partage des connaissances et des décisions par une démarche d'acculturation réciproque.

ESS France est légitime à peser auprès des pouvoirs publics pour promouvoir les gouvernances démocratiques et les modèles non lucratifs mais aussi pour promouvoir des propositions et des projets concrets. Si l'ESS se donne plus de visibilité, s'organise et se coordonne en conséquence, son poids, sa capacité à agir, sa capacité à travailler avec de multiples acteurs en feront un allié naturel pour les pouvoirs publics.

- Un mouvement de réappropriation culturelle est en cours : les acteurs auditionnés et d'autres (Labo de l'ESS, Institut Montparnasse, Le Mouvement associatif par exemple) se réapproprient les valeurs de l'Éducation populaire (qui a donné naissance, au fil du XXème siècle, au mouvement ESS). Toucher directement la population par l'éducation et des services, c'est à la racine du mouvement ESS.

ESS France est légitime à capitaliser sur ce mouvement de réappropriation de l'Éducation populaire et à l'amplifier. Pour cela, les acteurs ESS de la prévention et de la santé doivent être clairement identifiés (il n'y a pas de honte à « marketer ») pour devenir des partenaires visibles, fiables et incontournables pour la population et les pouvoirs publics. Cette dynamique peut revivifier l'élan démocratique et s'exprimer au niveau territorial, au niveau national et au niveau européen. La diffusion du projet « Maisons des 1000 premiers jours » en est une bonne illustration et pourrait, par exemple, devenir avec d'autres, un projet pilote d'ESS France.

En bref, le monde de l'ESS en France et ESS France ont vocation à être un « laboratoire » de revitalisation démocratique et participative, pour œuvrer pleinement dans le domaine de la santé.

9. Annexes

- Liste des membres du comité de suivi et comité de pilotage
- Bibliographie
- Liste des acronymes
- Guide d'audition / Lettre de prise de contact
- Liste des personnes auditionnées

Liste des membres participants à l'enquête

Membres du comité de suivi

ARNAUD Alain – Président du CIRIEC-France

CABRESPINES Jean-Louis – Délégué Général du CIRIEC-France

FESSLER Jean-Marie – Président du Conseil scientifique de l'Institut Montparnasse

GRAS Catherine – Présidente du Conseil d'Orientation de Galilée.sp

LEBLANC Nicolas – Médecin de santé publique

MILESY Jean-Philippe – Expert en Économie sociale et solidaire

SPIRA Alfred – Professeur honoraire de santé publique

YOANN JEANSELME – Étudiant dans le Master Cadres des Organismes du Secteur Social de l'université Paris Panthéon-Sorbonne I (accompagné d'un membre universitaire de la Chaire ESoPS)

Membres du comité de pilotage

Ce comité de pilotage est composé d'une quinzaine de personnes ayant des compétences dans le domaine de la santé : universitaires, professionnels de santé, acteurs de la protection sociale, représentants de collectivités publiques, personnalités qualifiées

ARNAUD Alain – Président du CIRIEC-France

BELLAREDJ Fatima – Déléguée générale de la CGSCOP

BOUCHOUX Jacques – Professeur émérite Paris-1 Panthéon-Sorbonne

CABRESPINES Jean-Louis – Délégué général du CIRIEC-France

CHASERANT Camille – Professeure des Universités Paris-1 Chaire ESoPS

FESSLER Jean-Marie – Président du Conseil scientifique de l'Institut Montparnasse

GRAS Catherine – Présidente du Conseil d'Orientation de Galilée.sp

JOSEPH Dominique – Secrétaire générale de la Mutualité Française

LEBLANC Nicolas – Médecin de santé publique
LELOUVIER Marion – Présidente du directoire de la Fondation de l'Avenir
MILESY Jean-Philippe – Expert en Économie sociale et solidaire
OULD KACI Karim – Directeur de la Fondation MGEN
ROGER Muriel – Professeure des Universités Paris-1 Chaire ESoPS
SPIRA Alfred – Professeur honoraire de santé publique
THOURY Claire – Présidente du Mouvement Associatif
VEZINAT Nadège – Professeure des Universités Paris-8

Bibliographie

Ouvrages – Articles

Beudet T., *Repoussons les frontières de la démocratie*, 2023, Fondation Jean Jaurès, L'Aube.

Beudet T., *Journal d'une crise. De l'urgence du Covid aux soins du quotidien*, 2020, L'Aube.

Chenut E., *L'émancipation, horizon de nos engagements mutuels*, 2020, Fondation Jean Jaurès, L'Aube.

Duverger T., *L'économie sociale et solidaire*, 2023, La Découverte.

Duvoux N., Vezinat N., *La santé sociale*, 2022, PUF.

Galilée.sp, *Voyage de Galilée.sp dans la cosmologie de l'action publique*, Collection Réfléchir, Les Éditions Marinières, 2021.

Les études du CIRIEC-France, *Collection Économie collective & territoires, thème 1 – Notre santé*, Éditions du CIRIEC-France, 2022.

Magrez, M., *Les centres de santé associatifs en proie à une crise d'ampleur*, Médiapart, 6 avril 2024.

Milesy J-P., *ESS L'Économie sociale et solidaire. Dynamiques d'innovation et d'émancipation*, 2023, Éditions du croquant.

Mintzberg H., *Rééquilibrer la société. Entre le secteur privé, le secteur public et ceux qui agissent différemment*, 2015, Maxima.

Oyarbide C., *Réinventer le mutualisme*, 2023, Les Petits Matins.

Saddier J., *Pour une économie de la réconciliation*, 2022, Les Petits Matins.

Spira A, Leblanc N, *Santé. Les inégalités tuent*, 2022, Éditions du croquant

Rapports – documents cadres

Avis du Conseil Supérieur de l'économie sociale et solidaire sur *le bilan de la loi 2014*, 2022.

Enquête, *Santé mentale, si on osait en parler ? Toutes et tous concernés par la santé mentale*, Groupe VYV, 2023.

Étude, *Un système de santé pour toutes et tous, ancré dans les territoires*, Le Labo de l'ESS, 2021/

Note d'opportunité pour une essisation de l'économie, *Décryptage et opportunités dans le système de santé*, ESS France, Février 2024

Note *La financiarisation dans le secteur de la santé : tendances, enjeux et perspectives*, Chaire Santé de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris, par Yann Bourgueil et Daniel Benamouzig – juillet 2023

Rapport, *Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, Drees, 2023.

Rapport, *Le secteur privé non lucratif, la troisième voie au service de l'intérêt général, une chance pour l'Etat !*, Synopia, Novembre 2023.

Rapport, Tubiana M., Legrain M., *Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ?* 2002

Rapport, *Dessiner la santé publique de demain*, Chauvin F., Novembre 2021.

Rapport, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*, IGAS, Mai 2011.

Sitographie

Avisé

CNAM

CIRIEC International

Cour des comptes

Cress

ESS France

Insee

Institut Montparnasse

Santé. Gouv

Santé Publique France

Senat

...

Liste des acronymes

AA

AAP

AIDES

AMI

ANAAAS

ANI

APAJH

APF

ARS

CAT

CFAD

CIRIEC

CISS

CPOM

CRESS

CSS (Ex. CMU-C)

ESAT

ESS

FEGAPEI

FEHAP

FMNF

FNATH "

FNCS

FNMF

FOCSS

FOF

GIP

HCVA

MILDT

MLAC

MST

OMS
PAST
PPNL
PSC
SCIC
SSAM
UNIOPSS

Lettre de prise de contact



Promouvoir l'Economie Publique, Sociale et Coopérative

Paris, le

Madame, Monsieur,

Le CIRIEC-France a été missionné par la Chambre Française de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS France) pour conduire une étude sur la place et le rôle des acteurs de l'Economie Sociale et Solidaire dans le système de santé français, sur leurs perspectives de contribution durable aux politiques publiques nationales et locales dans le domaine, et sur les constructions nécessaires pour y parvenir.

Afin de mener cette étude, nous souhaitons procéder à des auditions de personnalités du monde de la santé et de la protection sociale afin de recueillir leur vision de l'organisation de notre système de santé ainsi que leur avis sur la contribution apportée par les associations, mutuelles, sociétés coopératives et fondations à l'accès aux soins de nos concitoyens, sur les possibilités de coopération entre ces structures non lucratives et les acteurs publics, notamment dans le domaine de la prévention.

Nous avons pensé que vos fonctions et votre expertise dans ces domaines apporteraient une contribution éclairante à notre réflexion, raison pour laquelle nous vous sollicitons pour un entretien avec deux ou trois membres du comité de pilotage de la mission. Cet entretien pourrait avoir lieu en présentiel ou visioconférence si cela était votre préférence.

En souhaitant une réponse favorable à cette sollicitation et en vous en remerciant par avance, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de notre considération distinguée.

Alain ARNAUD

Président du CIRIEC-France
06 82 84 33 81

Nicolas LEBLANC

Président du Comité de pilotage
06 50 62 79 52

Guide d'audition

Fil conducteur des auditions

Préambule

Cette première série d'auditions se déroule avec des acteurs de terrain.

L'ensemble du questionnaire ci-dessous a donc pour objectif de faire remonter les éléments suivants :

- Les expériences concrètes sur lesquelles les réponses doivent, tant que faire se peut, se fonder.
- Les retours des interviewés dans le domaine de la santé mentale et sur la population jeune (deux axes d'approfondissement de la mission)

Présentation des objectifs de la mission - pour mémoire :

- Appréhender la place des acteurs de l'Économie Sociale et Solidaire dans le système de santé (notamment santé mentale des jeunes),
- Tracer les perspectives de contribution durable aux politiques publiques nationales et locales dans le domaine,
- Préciser les constructions nécessaires pour y parvenir

N.B : Audition enregistrée après accord et anonymisée dans la retranscription pour le rapport.

Pour commencer, nous souhaiterions faire connaissance avec vous et mieux connaître votre parcours.

A. Contexte et contours des missions

Pouvez-vous vous présenter (poste, carrière) ?

Quelle est la nature de votre poste actuel ?

Quels postes avez-vous occupés jusqu'à présent ?

Quelle formation avez-vous suivie ? Pouvez-vous présenter votre association/structure/organisme (objet, missions, moyens) ?

Comment fonctionne l'organisme pour lequel vous travaillez ?

Quelles sont les missions de l'organisme dans lequel vous travaillez ?

Quelles sont les sources de financement de l'organisme dans lequel vous travaillez ?

Dans quelle mesure votre organisme est-il impliqué dans le système de santé ?

B. Fonctionnement et projets

Vous, acteur-trice de l'économie sociale et solidaire, mettez en place des projets de santé. Pouvez-vous en décrire certains ?

Plus spécifiquement :

- En prévention ? (primaire, secondaire, tertiaire)
- Sur l'accès aux soins ?
- En santé mentale ?
- En santé mentale visant les jeunes ?

Comment êtes-vous arrivé à ce projet ?

Pourquoi avoir choisi de mettre en place ce projet plutôt qu'un autre ?

Quel acteur a été le promoteur de ce projet ?

Quels sont les objectifs ?

A quels besoins ce projet répondait-il ?

Comment a-t-il été financé ?

Quels sont les différents acteurs impliqués dans ce projet ?

Quel a été l'apport de ces différents acteurs ?

Avec maintenant un peu de recul, selon vous, est-ce que ce projet a répondu à ses objectifs ?

Quels sont les résultats du projet ?

Selon vous, est-ce que ce projet pourrait être transposable dans un autre contexte ?

Quels sont les éléments nécessaires à sa réalisation ?

Est-ce que ce projet a été inspiré par d'autres expériences ou tentatives ou projets ? En termes de moyens, comment fonctionnez-vous ? (AAP, fonds propres, mécénat, etc.)

C. Partenariats – Public / ESS

Quels sont les relations entre l'organisme dans lequel vous travaillez et les autres acteurs du système de santé ?

Comment communiquez-vous avec eux ?

Est-il courant que vous échangiez sur des propositions de projets de votre part ou de la leur ?

Si, oui est-ce que vos projets et leurs projets sont souvent différents (entendu comme répondant à d'autres objectifs) ?

Concernant vos interactions avec les services publics de santé et médico-sociaux, comment communiquez-vous avec eux ?

Sont-ils acteurs de vos projets ?

Concernant vos interactions avec les professionnels de santé, comment communiquez-vous avec eux ?

Sont-ils acteurs de vos projets ?

Concernant vos interactions avec le monde la recherche, comment communiquez-vous avec eux ?

Interviennent-ils dans le cadre de vos projets ?

Liste des personnes auditionnées par ordre chronologique

Personne	Qualification
Bernard BASSET	Président Addiction France
Gilbert HANGARD	Président Élu santé publique et territoire - Albi
Martine ANTOINE	Présidente de la Maison de la prévention de Fontenay-sous-Bois
Salem ZAÏDI	Directeur de la Maison des adolescents de Champigny-sur-Marne
Antoine GUEDENEY	Professeur émérite – Pédopsychiatre
François GERAUD	Directeur Général de L'élan retrouvé
Marguerite DE LABOULAYE	Responsable à LaVita
Daniel GOLDBERG et Jérôme VOITURIER	Président et Directeur Général de l'UNIOPSS
Nathalie CASSO VICARINI	Directrice générale d'Ensemble pour la petite enfance
Delphine DORE-PAUTONNIER	Directrice générale de Promotion Santé - IDF
Lionel COLLET	Président de la Haute Autorité de Santé
Gérard RAYMOND	Président France Assos Santé
Christine FERRON	Déléguée générale Fédération Promotion santé
Marie Sophie DESAULLE	Présidente de la FEHAP
Caroline SCHERRER PINCAS	Responsable développement à Unis-Cité
Stéphanie PUECHAVY, Martin DUTEURTRE	Médecins – Association "Renouée des oiseaux"
Éric CHENUT (Yannick LUCAS et Anthony ALY)	Président de la Fédération nationale de la Mutualité Française

Pascal BEAU	Espace Social Européen et l'Observatoire Européen de la Protection Sociale
Lucie GRAS, Lydie SMORTO THEVENIN	Président de VYV 3 Bourgogne, Directrice régionale Handicap VYV 3 Bourgogne
Christophe LANNELONGUE	Expert senior en organisation et régulation de système de santé (ancien DG ARS Grand-Est)
François BOURDILLON	Médecin de Santé publique (ancien DG de Santé Publique France)
David OLLIVIER-LANNUZEL	Président général de la Mutuelle civile de la défense
Laurent CHAMBAUD	Inspecteur honoraire à l'IGAS (médecin en santé publique)
Alain BEAUPIN	Président de la coopérative de santé Richerand

