

# Traiter l'alimentation comme la santé...

Alors que la Sécu est attaquée, reprendre son principe concernant une alimentation de qualité implique que les professionnels de la santé et de l'agriculture remettent l'organisation et la responsabilité de la santé entre les mains des citoyens. Une belle utopie ?

Sylvain Mongabure  
Kinésithérapeute

Mallette de docteur, ferme miniature avec le tracteur et tous les animaux en figurines, livres pour enfants racontant la visite chez le gentil docteur quand on est malade, ou le séjour à la ferme où l'on croise un couple de fermiers rustiques mais sympathiques, comptines et dessins animés, séries télévisées et émissions de télé... Les soignants (médecins en tête) et les agriculteurs sont représentés dans les œuvres culturelles, et ce dès l'enfance, sous un jour plutôt favorable. Les médecins (souvent des hommes) sont héroïsés. Ils sont désintéressés, se dévouent pour leurs patients et leurs compétences techniques sont particulièrement mises en avant<sup>1</sup>. Les agriculteurs sont représentés dans un décor bucolique et harmonieux qui tranche avec la ville, ils sont en harmonie avec la nature dans des fermes à taille humaine<sup>2</sup>.

Ces représentations imprègnent notre imaginaire et construisent une image positive de ces activités. Le problème, c'est que ce sont des représentations fausses, qui ne montrent pas la réalité du travail sur le terrain. Le paternalisme médical, les dépassements d'honoraires, le manque d'empathie, les violences sexistes et sexuelles, le racisme systémique, les liens troubles avec les laboratoires pharmaceutiques, le versant social des maladies... n'apparaissent pas dans les fictions médicales. Les méga-exploitations agricoles en monoculture, les mégabassines, l'épandage massif de pesticides et d'engrais, les masses d'ouvriers agricoles sous-payés, les usines à cochons, les dossiers de subvention pour pouvoir survivre... ne rentrent pas dans le cadre bucolique de nos fermes fictives d'enfance. Le problème, c'est que du côté du public, la confrontation régulière aux réalités du système de soin et la prise de conscience des dégâts causés à la santé et à l'environnement par l'agriculture créent un décalage et un sentiment de repoussoir, augmentés par la perte d'illusions de jeunesse, chez une proportion croissante de la population. De l'autre côté, les soignants et les agriculteurs ont tendance à croire à l'image d'Épinal que leur renvoient les récits collectifs et se révoltent contre les critiques, perçues comme injustes, qui leur sont faites. Au-delà des récits culturels, d'autres points communs relient les soignants

libéraux et les agriculteurs. Ce sont des indépendants, souvent des patrons qui emploient des secrétaires médicales ou des ouvriers agricoles. Ce sont souvent des notables, surtout en milieu rural. 17 % des maires, par exemple, sont agriculteurs (qui représentent 1,5 % de la population active)<sup>3</sup>. Il y a bien sûr des disparités au sein des catégories « soignants libéraux » et « agriculteurs ». Entre les médecins libéraux et les paramédicaux, entre les grands céréaliers à la tête d'immenses exploitations et les petits maraîchers ou les petits éleveurs, il y a des différences parfois énormes de revenus et de poids dans la société. Malgré tout, la mentalité d'indépendant a tendance à se retrouver chez les infirmiers ou kinés libéraux, comme chez les petits paysans.

La grosse différence entre les soignants libéraux et les agriculteurs, c'est que les premiers bénéficient d'une institution révolutionnaire qu'est la Sécurité sociale, qui leur garantit un revenu stable indépendamment des aléas économiques, via la prise en charge d'une grande partie des frais de santé des patients par la socialisation d'une partie des salaires des travailleurs via les cotisations sociales. Pourtant, les médecins libéraux ont refusé pendant longtemps le conventionnement, et refusent aujourd'hui les limitations des dépassements d'honoraires. Reconnaître que le salaire socialisé par la Sécu leur garantit un revenu confortable mettrait à mal leur vision d'eux-mêmes comme indépendants.

Pour les agriculteurs, la situation est moins facile. Les prix des produits alimentaires leur permettent difficilement de vivre s'ils ne produisent pas de gros volumes, ou bien s'ils ne s'adressent pas à un public qui a les moyens de payer plus cher. Mais la proportion de consommateurs prêts à dépenser davantage pour la qualité se réduit avec la baisse du pouvoir d'achat généralisée. De plus, la tendance est à la concentration des terres aux mains de gros propriétaires, avec des multinationales agroalimentaires qui achètent de plus en plus de terres, dont les prix augmentent fortement, et font travailler des salariés<sup>4</sup>. Si on ajoute le fait qu'un agriculteur sur quatre a plus de 60 ans<sup>5</sup>, on risque d'assister à la disparition des agriculteurs indépendants

qui gèrent seuls leur exploitation. La disparition de la paysannerie est une tendance de fond des pays capitalistes. Le remembrement, la fusion à marche forcée des petites exploitations familiales pour moderniser l'agriculture et permettre l'utilisation des tracteurs américains achetés avec le plan Marshall, avait déjà réduit drastiquement la population agricole après 1945<sup>6</sup>. Le futur qui se dessine est un paysage agricole dominé par des méga-exploitants et des multinationales agroalimentaires, qui emploieront des salariés agricoles dans des conditions dégradées, pour produire, dans des conditions écologiques désastreuses, des denrées destinées à l'exportation ou à servir de base aux aliments ultratransformés.

Cette nourriture de mauvaise qualité ne rémunère même pas les agriculteurs. Les produits de qualité ne sont accessibles qu'à un petit nombre de privilégiés. Pour sortir de cette impasse, des citoyens et citoyennes se saisissent du projet de mettre l'alimentation en « Sécurité sociale ». La Sécurité sociale de l'alimentation (SSA) est un sujet de plus en plus présent dans le débat public, qui suscite un vrai engouement auprès de collectifs militants, de partis et d'agriculteurs (Confédération paysanne). Le principe est détaillé sur le site du Collectif National pour une SSA : une carte

Vitale de l'alimentation, permettant de dépenser 150 € par mois et par personne pour acheter des produits conventionnés. Les trois piliers en sont l'universalité, le conventionnement reposant sur des caisses primaires, au niveau local, gérées démocratiquement, et le financement par la cotisation sociale. De nombreuses expérimentations de caisses locales de SSA se montent en France, certaines fonctionnent déjà (Montpellier, Paris 20<sup>e</sup>...). Le principe de ces expérimentations est celui du socle commun de la SSA : les personnes cotisantes reçoivent un certain montant (100 € à Montpellier par exemple), souvent dans une monnaie dédiée, dépensable dans des magasins conventionnés, ou auprès de producteurs conventionnés. Le budget des caisses de SSA comprend des cotisations et des financements de collectivités territoriales ou de fondations privées, car les cotisations seules ne suffisent pas. La gestion des caisses est démocratique, dans le sens où les cotisants se réunissent en comités citoyens de l'alimentation pour déterminer les commerces ou producteurs à conventionner, et organisent eux-mêmes leur mode de fonctionnement.

Ces expériences de SSA reproduisent une partie seulement de la Sécu de la santé : le remboursement des soins prodigués par les soignants libéraux et des



médicaments produits par les laboratoires pharmaceutiques. Un salaire socialisé permet de solvabiliser des consommateurs/patients et de rémunérer des professionnels indépendants, ou des entreprises privées (les commerçants/pharmaciens et laboratoires pharmaceutiques). La nouveauté notable est le contrôle démocratique des caisses, qui s'inspire de la gouvernance de la Sécu entre 1945 et 1967, quand leurs conseils d'administration étaient composés à 75 % de représentants syndicaux élus par les travailleurs. Mais la présence de subventions des collectivités territoriales ou de fondations privées, même si elle est indispensable pour le lancement des expérimentations, pose la question de la poursuite sur le long terme de la gestion citoyenne des caisses et du risque plus ou moins grand de récupération par les pouvoirs publics, avec potentiellement à la clé le soupçon généralisé de fraude des bénéficiaires et limitation d'accès aux droits. Nicolas Da Silva explique bien dans *La bataille de la Sécu* les manœuvres de récupération par l'État des premières mutuelles à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Ces subventions ne sont en outre pas garanties sur le long terme, et restent à la merci d'une alternance politique, d'une baisse du budget municipal ou d'un désintérêt des donateurs privés.

Les défauts de cette approche par la solvabilisation de la consommation, qui rémunère les soignants libéraux à l'acte, sont bien connus dans le soin : multiplication des actes et des dépassements d'honoraires pour les professionnels libéraux, qui ont tendance à ne pas vouloir rendre de compte, et aspiration du salaire socialisé vers les actionnaires des grands labos pharmaceutiques ou les groupes de santé privés. Il n'y a pas de raison que ces défauts ne se reproduisent pas dans l'alimentation. En remboursant « à la pièce » les produits conventionnés, le risque est que demain, Carrefour crée un rayon « conventionnable » pour profiter de la manne d'argent socialisé par la SSA, ou que certains agriculteurs rognent sur la qualité des produits remboursés ou proposent une gamme de produits de meilleure qualité, moyennant supplément, dans un principe de « dépassement d'honoraires » agricole.

Même avec une demande soutenue par la Sécu, le paiement à l'acte ou à la pièce, s'il donne le sentiment de garder son indépendance, n'est pas sans inconvénients pour les professionnels. Une mauvaise récolte, un aléa climatique et le revenu baisse. Les congés payés n'existent pas, les congés maternité ou paternité sont moins rémunérateurs, la comptabilité prend du temps... De plus en plus de médecins généralistes cherchent d'ailleurs à s'installer en salariat, statut plus protecteur et plus confortable.

La sortie du paiement à l'acte pour aller vers le salariat est une revendication de long terme dans la santé, portée par des collectifs de patients comme par certains soignants, pour lutter contre la mauvaise qualité des soins et les inégalités d'accès aux soins causées

par les dépassements d'honoraires. Un autre argument est qu'aucune rémunération n'est prévue pour les actions de prévention, d'éducation thérapeutique, d'échanges entre les différents professionnels de santé ou avec les travailleurs sociaux, ce qui a pour conséquence de rendre ces activités essentielles marginales. Jusqu'ici, les soignants libéraux s'opposent en grande majorité au salariat, malgré les avantages du statut. L'une des raisons principales, peu avouable, est que la fin du paiement à l'acte viendrait mettre un coup d'arrêt à l'enrichissement des médecins. La multiplication des actes ou les dépassements d'honoraires permettent de moduler à la hausse sa rémunération, ce qui serait empêché par un salaire fixe. Historiquement, les médecins se sont toujours opposés au contrôle de leurs tarifs, d'abord en refusant pendant longtemps la convention avec la Sécu, qui signifiait le contrôle du prix des actes remboursés. Puis, dès la première convention nationale signée, en militant pour pouvoir augmenter leur tarif au-delà du tarif conventionné avec la création du secteur 2<sup>7</sup>. Le statut de profession libérale permet aussi tout un tas de montages pour investir dans l'immobilier professionnel, avec déduction du bénéfice imposable à la clé.

Dans le collectif national pour la SSA, certains membres comme Réseau Salariat militent pour dépasser l'approche par la consommation et ne pas tomber dans un remboursement « à la pièce ». En arguant du fait que la Sécu n'a pas fait que conventionner des indépendants et rembourser des médicaments produits par des entreprises privées, mais qu'elle a aussi construit les CHU et salarie aujourd'hui les fonctionnaires hospitaliers, ils demandent notamment l'instauration d'un salaire paysan. Mais les agriculteurs restent attachés à leur indépendance. La Confédération paysanne, également membre du collectif national pour la SSA, défend une approche centrée sur la consommation, avec un contrôle des prix.

Cet attachement à l'indépendance se comprend. Les agriculteurs disparaissent, on l'a vu. L'attachement à la terre est fort, affectivement et le foncier reste un moyen d'assurer sa retraite. Il y a aussi de bonnes raisons de refuser le salariat : ce n'est pas la panacée pour avoir de meilleures conditions de travail. Les ouvriers agricoles (deux tiers des travailleurs de la production alimentaire sont déjà des salariés<sup>8</sup>) sont mal payés, souvent saisonniers. Les grosses entreprises agroalimentaires qui rachètent les terres et y font travailler des salariés ne sont pas réputées pour faire preuve de largesses envers leurs employés. Si l'on regarde de nouveau du côté de la santé, les centres de santé privés, qui proposent des consultations de médecine générale ou paramédicales assurées par des soignants salariés, mettent la pression pour que le nombre de consultations soit suffisant afin de dégager des bénéfices.

Assurer un statut de fonctionnaire pourrait être un premier pas : certaines communes rachètent des fermes

et salarient les agriculteurs qui y travaillent comme fonctionnaires territoriaux, pour approvisionner les cantines scolaires ou distribuer des paniers. Salaire garanti, service public, pas d'échange monétaire entre bénéficiaires et producteurs... Ce système est très intéressant. Mais on sait que les mairies ont de moins en moins de ressources du fait du désengagement de l'État, et la pression du chiffre pour être rentable n'est jamais loin. Dans les centres de santé municipaux, la gestion peut parfois se concentrer davantage sur les aspects financiers que sur l'offre de soin. Et le statut de fonctionnaire hospitalier n'est pas garant d'un exercice du soin serein et d'un service de qualité, comme on le voit dans les hôpitaux publics depuis la mise en place de la... tarification à l'acte.

Pour sortir des travers du paiement à l'acte (ou ne pas y tomber en créant une SSA), et pour emporter l'adhésion des professionnels concernés, il faut un salaire avec des garanties. Déjà, il doit être « à vie », c'est-à-dire qu'il doit continuer après l'arrêt de l'activité pour la retraite. Plus besoin donc d'un patrimoine immobilier, terres agricoles ou cabinet, pour anticiper la chute des revenus à la retraite. Les prix des terres et de l'immobilier ne s'en porteront que mieux. Il doit être versé par les caisses locales de Sécu (assurance maladie ou SSA), gérées démocratiquement par des représentants des habitants élus ou tirés au sort, incluant des professionnels. Le montant y serait décidé démocratiquement, en fonction d'une grille nationale, mais pouvant tenir compte des spécificités locales. Les locaux, les terres, le gros matériel, seraient mis à disposition par les caisses de Sécu, qui en auraient la propriété patrimoniale afin d'éviter les phénomènes de spéculation. Les travailleurs du soin et de l'agriculture en auraient la propriété d'usage, c'est-à-dire qu'ils pourraient décider en autogestion comment travailler dans ces lieux et avec ce matériel, mais qu'ils ne pourraient pas le remettre sur le marché et en tirer un bénéfice.

Ce salaire détache la survie matérielle du marché, il garantit une continuité de revenus lors des congés, des maladies, de la retraite. Les tâches administratives et la pression du chiffre disparaissent, ne restent que le travail, source de satisfaction personnelle du service rendu et reconnaissance de la société. Pas de rapport de subordination hiérarchique, mais une responsabilité devant les usagers. Les projets de soin, le choix des cultures, les campagnes de prévention, la protection de la biodiversité... doivent être des questions débat-

tues de manière démocratique au niveau le plus local possible entre les habitants et les professionnels concernés pour aboutir d'échelon en échelon successifs, à des orientations nationales en matière de santé et d'agriculture. Les critiques sur les méthodes de traitement des cultures, sur les violences systémiques et le paternalisme dans le domaine du soin, la gestion de l'eau, devront être entendues.

En prenant pour base le salariat « à vie » des soignants, la création d'un service public territorial de santé<sup>9</sup> permettrait de réduire les inégalités d'accès aux soins et de privilégier les actions de prévention, de travailler en pluridisciplinarité en questionnant la relation de pouvoir entre médecins et paramédicaux et en incluant les travailleurs sociaux, pour le bénéfice des usagers et des professionnels.

Une SSA créée sur la même base ne se contenterait pas d'un conventionnement minimal, mais chercherait vraiment à socialiser l'alimentation, en incluant les travailleurs de la transformation, de la distribution et de la restauration<sup>10</sup>. La production agricole deviendrait un travail enviable qui permettrait de vivre dignement, et d'augmenter le nombre de travailleurs. Il serait alors possible de produire une alimentation de qualité, accessible à tous, en préservant au mieux la biodiversité, les sols, les ressources en eau potable.

Dans les deux secteurs, peut-être que cette responsabilité partagée entre travailleurs et usagers, pour le bénéfice de tous, permettrait de créer un récit collectif, moins héroïsé, mais plus honnête et plus sain, sur les soignants et sur les agriculteurs. ■

- 1 Bolchegeek, 11/04/2026, « Pourquoi aime-t-on autant les séries médicales ? », à retrouver sur YouTube.
- 2 George Monbiot, *Nourrir le monde*, Les liens qui libèrent, 2023.
- 3 Julian Mischi, « Maires en campagnes », *Le Monde diplomatique*, mars 2026.
- 4 Lucie Leclair, « L'agro-industrie avale la terre », *Le Monde diplomatique*, février 2022.
- 5 INSEE, 27/02/2024, « Transformations de l'agriculture et des consommations alimentaires », à retrouver sur le site de l'INSEE.
- 6 Inès Léraud, Pierre Van Hove, *Champs de bataille*, Delcourt, 2024.
- 7 Nicolas Da Silva, *La Bataille de la Sécu*, La fabrique, 2022.
- 8 MSA, « Chiffres utiles édition nationale 2025 », à retrouver sur le site de la MSA.
- 9 SMG, « Inégalités territoriales d'accès aux soins, que faire ? », 15/02/2024, à retrouver sur le site du SMG.
- 10 Laura Petersell et Kévin Certenais, *Régime général. Pour une Sécurité sociale de l'alimentation*, Riot, 2023.