

Après Covid19, changer vraiment la Santé !

Imaginer, construire un après-covid 19 qui promeuve une meilleure Santé, nécessitera comme dans d'autres domaines de la vie, de faire un bon diagnostic pour mettre en œuvre un bon traitement.

Pour paraphraser la très discutable et discutée terminologie guerrière employée par le président Macron concernant la crise sanitaire Covid19, nous sommes tous impressionnés par la masse d'articles, de déclarations, d'avis, d'appels qui tombent comme à Gravelotte, et relatifs à l'après covid. Combien d'analyses, de critiques ou de propositions sur l'hôpital, la médecine générale, les Agences Régionales de Santé (ARS), la démocratie sanitaire, les inégalités sociales de santé fleurissent, certaines plus documentées que d'autres, certaines plus radicales que d'autres, certaines plus optimistes ou pessimistes que d'autres. Avoir le temps d'en prendre connaissance, de les lire, de les analyser est sans doute un privilège qui ajoute ses propres inégalités pour l'action de demain....

Comment tirer avantage et leviers de changement pour la santé des Français.es de toutes les riches contributions du moment ? Comment dans la masse des propositions, dont certaines ne sont que des actualisations opportunes de propositions parfois très anciennes, essayer d'y voir clair, de percevoir une cohérence, un sens plus global d'organisation de la santé ?

Construire demain nécessite d'abord de clarifier les enjeux et pour cela de convenir d'un constat : derrière les mêmes mots toujours posés pour revendiquer d'améliorer la santé, des points de vue fort différents sont exprimés dans le flot médiatique actuel.

Certains, nombreux, prônent l'abandon de la tarification à l'acte (T2A) à l'hôpital et d'autres œuvrent pour son maintien. Certains revendiquent le renforcement de l'hôpital public (nombre de lits, moyens, temps disponible...), et l'amélioration du statut et des rémunérations de ses personnels ; d'autres défendent l'abandon de ce même statut et le renforcement des liens entre le secteur public et le secteur privé lucratif au détriment du premier (voir la référence 4).

Certains, notamment face à la crise insistent sur l'importance du temps de relation avec le patient et la famille, pendant que d'autres, surfant sur l'opportunité de crise de l'outil informatique imaginent des lendemains de développement exponentiel de la télémédecine, solution trouvée pour pallier à la désertification médicale.

Ce qui caractérise la majorité des articles et documents produits, quels que soient leur qualité et leur apport au débat, c'est très souvent le peu de cas qui y est fait au contexte politique et donc idéologique, qui sous-tend l'ensemble des questions qui y sont abordées.

Ainsi de la T2A (tarification à l'activité)¹ qui ne peut pas être présentée comme une simple modalité de gestion de l'hôpital, mais qui est un dispositif de financement né d'une orientation *politique* globale de réduction du financement public, inscrite au cœur du programme de révision générale des politiques publiques (RGPP) – initiée en 2007 en France, et dont l'hôpital n'est qu'un des domaines de mise en œuvre.

¹ La Tarification à l'activité (T2A) désigne la tarification à l'activité, le mode de financement des établissements de santé, publics et privés, en vigueur depuis 2004 en France. À chaque acte médical correspond un tarif sur la base duquel l'Assurance maladie rembourse les hôpitaux et les cliniques.

Ainsi de la *démocratie sanitaire*, dont une des formes actuelles est le dispositif de Conférence Nationale de Santé (CNS) et Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie (CRSA), qui est sous le contrôle strict des instances régaliennes - DGS (direction générale de la santé) et ARS - et dont les rares expressions publiques (notamment leurs avis) sont confidentielles.

Ainsi de ce qui est désigné par le mot trompeur de « réformes » successives de la Sécurité Sociale. Au-delà de viser à maîtriser les dépenses solidaires, les réformes de la Sécu ont été autant d'étapes pensées, organisées pour une privatisation rampante de la protection sociale au bénéfice des assurances et des mutuelles (qui pour la plupart n'ont de mutualistes que l'appellation).

Ainsi des cris d'orfraie entendus face aux drames vécus dans les Ehpad ne seraient pas suspects si les mêmes indignations traitaient aussi sur des causes de l'état sanitaire déplorable de la plupart des Ehpad, gérés par des sociétés par action dont l'objectif est de garantir et faire fructifier les dividendes de leurs actionnaires au détriment des pensionnaires.

Et l'origine du mauvais traitement subis par l'hôpital, la démocratie sanitaire, les Ehpad, pour les exemples évoqués, porte un nom, un projet : le néo-libéralisme, dont l'objectif prioritaire assumé est celui de faire des profits.

Dans le petit monde de la santé publique quand il y a parfois et trop peu souvent débat, une caractéristique dominante est la prudence voire le refus d'aborder le Politique. Et quand des consensus se créent sur des constats partagés (inégalités, déficit de moyens pour la prévention, maltraitance de l'hôpital public, etc...), la nécessité d'agir est freinée par l'idée qu'il faut se résigner face aux contraintes des ressources financières disponibles.

Sur cette question des moyens, des ressources le débat idéologique doit être une priorité. Des économistes reconnus, légitimes, français ou étrangers, présentent des analyses et des propositions qui ouvrent des possibilités financières considérables. Des gouvernements, dont les Etats-Unis dans les années 1930 (Roosevelt) ont su mobiliser par des impôts considérables sur les plus grandes fortunes, modifier des situations sociales par trop inégalitaires. Evidemment si l'on suit les préconisations du Medef et de Valeurs Actuelles il n'est de solution que la régression sociale permanente, l'unification par le bas au service de la mondialisation libérale sur l'argumentaire fallacieux de l'équilibre budgétaire...

Peut-on traiter de l'avenir de l'hôpital public ou de la santé des personnes âgées, du déploiement des soins de santé primaires, de la complémentarité entre premier et second niveau de soins, de la démocratie en santé sans se poser d'abord la question de la finalité de tout changement ? Un changement pour la santé des usagers, un changement pour améliorer la qualité des réponses sanitaires, un changement pour mieux associer chacun, ou un changement pour répondre à une logique marchande de la santé ?

Un changement démocratique, social, environnemental majeur exigera une remise en cause du pouvoir néo-libéral dominant, pouvoir de la finance qui touche et maltraite, certes inégalement, l'immense majorité de la population.

Certes tout changement d'habitude, de partage du pouvoir, d'affectation de ressource ne peut se faire sans adhésion, mais aussi sans résistance. S'il convient de bien identifier les puissances financières (fonds de pension, banques, certains Etats) qui constituent l'obstacle majeur à tout changement

d'après Covid19 il s'agira d'établir un rapport de forces pour lever ou fragiliser cet obstacle et retenir quelques projets. Prenons quelques exemples de sujets importants à transformer en projets de changement, à partir de quelques contributions actuelles.

Chacun loue fort justement la place enfin reconnue aux personnels non médicaux des hôpitaux et les relations nouvelles établies à l'occasion de la crise entre soignants et personnels divers.

Un projet nouveau proposera-t-il une nouvelle organisation de la vie hospitalière avec une place reconnue à chaque catégorie, que ce soit dans le conseil d'administration et dans les instances diverses ? Avec des moyens nouveaux indispensables, les équipes hospitalières sauront-elles consacré plus de temps aux patients et leur entourage ? Sauront-elles structurer des liens réels et continus avec les acteurs des soins de santé primaires et notamment les centres et maisons de santé ?

Les ARS, instances déconcentrées de l'Etat dans les régions, qui auront certes joué un rôle important et utile dans la crise Covid19, mais dont le fonctionnement trop autoritaire et pyramidal est reproché, seront-elles replacées dans une organisation territoriale où les compétences, pouvoirs et savoirs des autres acteurs - collectivités territoriales, associations, professionnels, habitants-usagers-citoyens - seront revalorisés ?

Les soins de santé primaires (SSP)², dont l'origine est rapportée à la charte d'Alma-Ata (1976) n'ont été que fort récemment reconnus et encouragés par les pouvoirs publics, puis par les professionnels du soin. Une reconnaissance tardive qui est à mettre en relation étroite avec l'intention politique de permettre, par la place accordée au premier niveau d'accès aux soins, d'accélérer le virage ambulatoire (cette technique importée du Québec visant à condamner brutalement à la disparition une partie de l'hospitalisation publique).

Les SSP, dans la continuité de la charte d'Alma-Ata pourront-ils effectivement être déployés avec pour objectif un meilleur accès aux soins, un parcours pertinent de santé, une organisation effective de coopération avec le réseau hospitalier et avec un mode de rémunération qui paie correctement les soignants et ne les invite pas à la multiplication d'actes parfois inutiles ? SSP qui utiliserait l'outil télé-médecine, qui encadrée, indépendante de groupes financiers, et surtout complémentaire à la relation directe soignant-soigné, serait au service de l'efficacité du diagnostic et du traitement, au service de situations nécessitant un accès facilité aux soins.

Les instances de démocratie en santé ont existé. Les plus anciens se souviennent des élections aux caisses de sécurité sociale, à une époque où la Sécurité sociale avait une gestion autonome, distincte de l'Etat. Le drame du Sida et l'implication exemplaire des usagers avaient amené à une législation

² Les Soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination » Charte OMS d'Alma-Ata de 1978

Dans la loi de santé de 2016, ont vu le jour, pour mettre en place des parcours coordonnés « **les équipes de soins primaires** ». Il s'agit d'un ensemble de professionnels de santé organisés **autour du médecin généraliste**, afin d'améliorer la continuité des soins. Il s'agit d'organiser la prise en charge, notamment pour les patients atteints de maladie chronique, en situation de précarité sociale, de handicap ou de perte d'autonomie.

visant à favoriser la participation des usagers. Des lois ultérieures ont donné naissance aux conférences - nationale, régionale, territoriales - de santé. De nombreuses voix, ici encore amplifiées par la crise sanitaire, ont pointé du doigt le déficit abyssal de la démocratie en santé. Qui connaît en France l'existence de ces conférences de santé, au pouvoir limité, à la marge de manœuvre étroitement corsetée par les Agences régionales de santé ? Au point que le Professeur Delfraissy propose une instance nouvelle de démocratie pour l'après-covid... Evidemment, dans la logique de réduction des pouvoirs des forces néo-libérales, la démocratie en santé doit être profondément transformée. Le rôle des collectivités territoriales, élues, doit être renforcé. La place des habitants-usagers-citoyens doit être renforcée, bien au-delà des instances actuellement existantes qui sont souvent, à travers leurs modes de financement, censurées par les pouvoirs publics. Ainsi, comment tel ou tel soignant pourrait librement s'exprimer dans une conférence régionale de santé alors que son existence dépend des ressources fournies par l'ARS ? Ici on ne peut même plus parler de conflit d'intérêt, on doit parler de conflit d'existence !

Certains écrivent sur le devenir de la santé publique. La crise a montré qu'elle dépassait largement le champ de la santé publique pour rejoindre celui plus vaste de la promotion de la santé, et plus généralement encore de la place de la santé dans la société. Peut-on parler de mesures sanitaires sans parler (et traiter) des conditions de logement, de ressources, de travail, de circulation, etc... ? La crise a montré avec force l'interdépendance des nombreux déterminants de la santé. La santé publique saura-t-elle vraiment se réformer si elle reste l'affaire très majoritairement des professionnels du soin, et parmi ceux-ci, majoritairement des médecins ? A quand une santé publique qui fait le pas vers la promotion de la santé, avec les conditions qui l'accompagnent à savoir : une collaboration étroite notamment avec les secteurs de l'urbanisme, du social, de l'éducation, de la culture... avec les élus des collectivités territoriales, avec les habitants-usagers-citoyens, et sans doute aussi en relation avec les forces syndicales et politiques ?

L'avenir est enfin à un pas nouveau, déterminé vers une appropriation collective, notamment par les acteurs de la santé publique, mais plus largement d'autres secteurs, de la stratégie de santé communautaire, une des recommandations majeures de... la promotion de la santé (Charte d'Ottawa, 1986 !)

Ce texte se veut une contribution au débat, à la controverse... Lectrices, lecteurs, n'hésitez-pas !

Dr Marc Schoene, 9 mai 2020

Quelques-unes parmi les références inspiratrices de cette contribution :

- 1- « La crise due au coronavirus reflète la vision néolibérale de la santé publique ». Barbara Stiegler, Professeur de philosophie politique à l'université Bordeaux-Montaigne et responsable du master « soin, éthique et santé », propos recueillis par Nicolas Truong Publié le 09 avril 2020 Le Monde. Dans cet entretien la philosophe explique que la colère citoyenne face à l'impréparation des gouvernements doit déboucher sur un sursaut politique et une véritable « démocratie sanitaire ».
- 2- « La crise du coronavirus signale l'accélération d'un nouveau capitalisme, le capitalisme numérique » L'économiste Daniel Cohen analyse la crise sanitaire comme un moment de basculement de l'économie dans un nouveau régime de croissance et du rôle de l'Etat dans un nouveau mode d'intervention sociale. Propos recueillis par Antoine Reverchon Publié le 02 avril 2020 Le Monde.
- 3- « Nous ne sommes égaux ni devant le risque ni devant les mesures prises pour le conjurer ». Etienne Balibar Propos recueillis par Jean Birnbaum. Publié le 22 avril 2020 Le Monde
- 4- Guy Collet et Gérard Vincent. A l'hôpital, il faut sortir du débat mortifère public-privé In Le Monde du vendredi 24 avril 2020.