

Après Covid19, changer vraiment la Santé !

L'après covid 19 en santé comme dans d'autres domaines : faire le bon diagnostic pour mettre en œuvre le 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, la démocratie sanitaire, les inégalités sociales 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 crée ses propres inégalités pour l'action de demain....

Comment tirer avantage pour la santé des français 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 ?

D'abord en constatant que, derrière les mots toujours posés pour améliorer la santé, des points de vue fort différents sont exprimés. Abandon ou maintien de la tarification à l'acte, renforcement de l'hôpital public, du statut et des rémunérations de ses personnels ou abandon du statut, renforcement du lien public-privé, (voir la référence 4), valorisation du temps de relation avec le patient et la famille ou explosion de la télé-médecine, nouveau paradigme de la santé publique en même temps que silence sur la promotion de la santé, renforcement du rôle d'experts désignés ou nouvelle ère de la démocratie en santé... Pour n'évoquer que quelques sujets qui agitent les auteurs actuels.

Ce qui caractérise la majorité des articles et documents produits, c'est le peu de cas fait au contexte politique qui sous-tend l'ensemble des questions abordées. La T2A n'est pas une simple forme de gestion de l'hôpital, c'est un dispositif de financement né d'une orientation politique globale de réduction du financement public, la RGPP (révision générale des politiques publiques), dont l'hôpital n'est qu'un domaine de mise en œuvre. 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) est sous le contrôle strict des instances régaliennes, DGS, ARS et leurs rares expressions publiques sont confidentielles. Les « réformes » successives de la Sécurité sociale au-delà de viser à maîtriser les dépenses solidaires, sont autant d'étapes pensées, organisées pour une privatisation rampante de la protection sociale au bénéfice des assurances et des mutuelles qui pour certaines n'ont de l'origine des objectifs mutualistes que l'appellation. Les cris d'orfraie entendus quant au drame des Ehpad ne seraient pas suspects si les mêmes indignations portaient sur les causes de l'état sanitaire déplorable de la plupart d'entre elles gérées par des sociétés par action dont l'objectif est de garantir et faire fructifier les dividendes de leurs actionnaires au détriment des

pensionnaires. Et tout cela a un nom, le néo-libéralisme dont l'objectif prioritaire assumé est celui de faire de l'argent.

A l'outrecuidance de parler politique, ou parfois des convergences d'idées sur les constats, voire les changements nécessaires, nombreux sont, notamment dans le monde de la santé, à évoquer les contraintes des ressources financières disponibles. Là également 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 ont su mobiliser par des impôts considérables sur les plus grandes fortunes, modifier des situations sociales par trop inégalitaires. Evidemment si le discours dominant est laissé au Medef et à Valeurs actuelles il n'est de solution que la régression sociale permanente, l'unification par le bas de la mondialisation...

Si mon raisonnement tient, rien ne sert de parler d'avenir de l'hôpital, d'avenir de la santé des personnes âgées dépendantes, des soins de santé primaires, de la complémentarité entre premier et second niveau de soins, de démocratie en santé sans poser d'abord la question de la finalité de tout changement. A qui, à quoi doit profiter tel ou tel changement ?

Evidemment le refus de tout vrai changement démocratique, politique, social est empêché par le néo-libéralisme dominant, mais par effet délétère touche bien des acteurs sociaux. Tout changement d'habitude, de pouvoir, de ressource peut mobiliser, pour changer ou pour éviter de changer, tel ou tel acteur social.

S'il convient selon moi de bien identifier l'obstacle majeur à tout changement d'après Covid19 que sont les puissances financières, que le rapport de forces doit rechercher à lever ou fragiliser cet obstacle, restera à trouver énergie et modalités pour entraîner aux changements nombreux nécessaires.

Prenons quelques exemples à partir de quelques contributions actuelles lues ici et là.

Chacun loue fort justement la place reconnue aux personnels non médicaux des hôpitaux et les relations nouvelles entre soignants et personnels divers établies à l'occasion de la crise. Assisterons-nous à une nouvelle organisation de la vie hospitalière (conseil d'administration, et instances diverses) à une place nouvelle reconnue à chaque catégorie ? Avec des moyens nouveaux indispensables, les équipes hospitalières sauront-elles conforter leur temps consacré aux patients et leur entourage, la structuration de réels et continus liens avec les acteurs des soins de santé primaires et notamment centres et maisons de santé ?

Les ARS, instances déconcentrées de l'Etat dans les régions, qui auront joué un rôle important dans la crise Covid19 seront-elles replacées dans une organisation territoriale où les compétences, pouvoirs et savoirs des autres acteurs seront considérablement et légitimement revalorisés ? (collectivités territoriales, associations, professionnels, habitants-usagers-citoyens)

Les soins de santé primaires, dont l'origine est rapportée à la charte d'Alma-Ata (1976) et valorisés fort récemment avec en vérité l'intention politique de les instrumentaliser pour permettre le virage ambulatoire (cette technique importée du Québec visant à condamner brutalement à la disparition une partie de l'hospitalisation publique), pourront-ils effectivement être renforcés, avec un mode de rémunération qui paye correctement les soignants mais ne les invite pas à la multiplication d'actes

parfois inutiles, avec une organisation effective avec le réseau hospitalier ? Ou en soins de santé primaires la télé-médecine, encadrée, indépendante de groupes financiers, 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 avait amené à une législation devant 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 reconnu le déficit abyssal de la démocratie en santé. Qui connaît en France l'existence de ses instances, au pouvoir limité, à la marge de manœuvre étroitement corsetée par les Agences régionales de santé. Au point que le Professeur Delafraissy 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 et souvent, à travers leurs modes de financement, censurées par les pouvoirs publics. (comment tel ou tel peut s'exprimer dans une conférence régionale de santé quand 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. Peut-on parler de mesures sanitaires sans parler (et traiter) des conditions de logement, de ressources, 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 dans 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, 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 (Ottawa, 1984 !)

Ce texte se veut contribution au débat, à la controverse...

Dr Marc Schoene, 4 mi 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 , Temps de Lecture 9 min.
- 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