Cahiers de Psychologie Politique

N° 36 | 2020
Politique de santé Janvier 2020

La révolution sanitaire et médico-sociale actuellement à l'œuvre en France

Participation des professionnels et des citoyens, projet territorial de santé, dynamique de santé communautaire

Vincent FOUQUES DUPARC

Édition électronique :
URL :
https://cpp.numerev.com/articles/revue-36/1974-la-revolution-sanitaire-et-medico-sociale-actuellement-a-l-oeuvre-en-france
DOI : numerev_1223
ISSN : 1776-274X
Date de publication : 06/01/2020

Cette publication est sous licence **CC BY-NC-ND** (Attribution - No commercial - No derivatives).

Pour **citer cette publication** : FOUQUES DUPARC, V. (2020) La révolution sanitaire et médico-sociale actuellement à l'œuvre en France. *Cahiers de Psychologie Politique*, (36).
https://doi.org/10.34745/numerev_1223

DOSSIER : POLITIQUE DE SANTE

Depuis un certain temps, la France s'interrogeait sur les façons de cadrer « d'une plus juste façon » la réorganisation du fonctionnement de son système de santé, ceci devant être abordé en tenant compte de la globalité prise au cœur de sa complexité.

Les symptômes des crises structurelles qui s'ajoutaient les unes aux autres en faisaient sa nécessité. Citons ici les symptômes les plus encombrants, tels que ceux de la difficulté d'accès aux soins non programmés, de l'engorgement des services d'urgence des hôpitaux, des contraintes financières des hôpitaux publiques liées à leurs dettes chroniques, de la désertification médicale autant du monde rural que de certaines des grandes villes, du découragement ou de l'épuisement de nombreux professionnels du soin et du social, enfin du symptôme très signifiant du transfert, dans l'univers du soin, de problématiques liées à des « souffrances sociales » qui ne relèvent aucunement du soin mais bien davantage du social.

Mots-clés :

DOSSIER : POLITIQUE DE SANTE

Vincent Fouques Duparc, docteur en médecine. Administrateur du GCS Axanté.

SOMMAIRE

Les enjeux français et l'actualité territoriale

Les territoires

L'organisation de l'offre des soins hospitaliers

L'organisation de l'offre des soins de ville

L'organisation de l'offre médico-sociale et sociale

L'enjeu de la citoyenneté

L'enjeu des débats actuels

La nouvelle loi française « ma santé 2022 »

Cadrage de la loi

Des constats de diagnostics publiquement avancés

Approche globalisante

Nouvelles organisations hospitalières

Responsabilisation des patients

Favoriser l'exercice coordonné en ville

Nouvelle organisation des études en santé : Refonte par la réforme des études en santé et de la formation des professionnels

Critiques de la loi « ma santé 2022 »

Conclusion

Depuis un certain temps, la France s'interrogeait sur les façons de cadrer « d'une plus juste façon » la réorganisation du fonctionnement de son système de santé, ceci devant être abordé en tenant compte de la globalité prise au cœur de sa complexité.

Les symptômes des crises structurelles qui s'ajoutaient les unes aux autres en faisaient sa nécessité. Citons ici les symptômes les plus encombrants, tels que ceux de la difficulté d'accès aux soins non programmés, de l'engorgement des services d'urgence des hôpitaux, des contraintes financières des hôpitaux publiques liées à leurs dettes chroniques, de la désertification médicale autant du monde rural que de certaines des grandes villes, du découragement ou de l'épuisement de nombreux professionnels du soin et du social, enfin du symptôme très signifiant du transfert, dans l'univers du soin, de problématiques liées à des « souffrances sociales » qui ne relèvent aucunement du soin mais bien davantage du social.

Sur ce dernier point, en particulier, se cristallisent des dysfonctionnements structurels à relier au renversement de la pyramide des âges, le vieillissement de la population venant en effet, dans sa brutale réalité, bousculer de toutes parts les résistances des habitudes du fonctionnement d'un système devenu aujourd'hui parfaitement inopérant.

La nouvelle loi française « Ma santé 2022 » (Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé), met donc en œuvre des mesures présentées par le président de la République lors de son discours du 18 septembre 2018. Cette loi a été publiée au « Journal Officiel » le 26 juillet 2019 et sera encadrée par des décrets d'application à paraître, tous destinés à la mise en œuvre de mesures devant ouvrir de nouvelles perspectives, voire des propositions franchement disruptives, dans une série d'axes de progrès concernant la logique de ses réformes.

Pour n'en citer que quelques-unes, nous parlerons d'un décloisonnement des formations comme des carrières, la meilleure gestion territoriale décloisonnée de la demande de soins et d'accompagnement social (ceci autant en amont qu'en aval des hôpitaux), la participation collective et coordonnée des acteurs locaux à de nouvelles organisations de territoire, la conduite de nouveaux projets de santé sur les territoires supportée par la création des CPTS (Communauté Professionnelles de Territoire de Santé), l'affirmation d'une nécessaire graduation des soins à partir de la proximité en développant, en particulier, une offre hospitalière de proximité ouverte sur la ville et sur le secteur médico-social, la place au numérique en santé avec la télésanté (dossier patient, télémédecine, téléexpertises et télésoins).

La préoccupation structurante, affichée ici tout au long des textes de cette nouvelle loi, est à marquer dans le marbre de la compréhension de son état d'esprit. Cette préoccupation est bien celle de savoir revenir à une prise en charge globale, coordonnée et individuelle de « La personne » devant être prise en charge dans toute sa complexité et au plus près de son domicile. La responsabilité sur ce point est ici présentée comme devant être partagée entre tous, autant par la dynamique des structures vivantes sur le territoire concerné que par ses élus, ses professionnels, les malades comme chacun des citoyens considérés.

En un premier temps, nous survolerons l'état des lieux des profonds dysfonctionnements dont souffre encore aujourd'hui « La France » dans l'organisation territoriale du soin et du social. Nous aborderons ensuite les enjeux de la réforme actuellement en cours, les intentions de la nouvelle loi « Ma santé 2022 » avant de tenter d'en analyser ses forces comme ses faiblesses. Nous terminerons enfin en nous inspirant des leçons portées par l'histoire récente à partir de l'article de Jean-Marie Gourvil qui traite dans ce même dossier spécial des Cahiers de Psychologie Politique, de la réforme de la santé et des services sociaux au Québec, ceci durant les années 1970. Cette mise en perspective nous permettra ainsi de valider les grandes intentions de cette réforme. Cela nous incitera peut-être à prendre conscience que depuis de nombreuses années les intellectuels réfléchissant sur l'organisation de la santé et au niveau international, proposent tous, un mode de gestion à point de départ territorialisé, de type décentralisé et participatif, allant de la santé au social, et ceci à l'opposé des habitudes anciennes de notre gestion jacobine fondamentalement centralisée. Il en est une preuve, encore aujourd'hui, celle des marques d'influences encore palpables de l'offre des soins conçue par la loi Debré de 1958, et articulée à partir des centres d'excellences et d'expertises que représentent les Centre Hospitalier Universitaire (CHU) destinés, avant tout, à la prise en charge des soins aigus, tout comme à la formation et à la recherche médicale spécialisée

Les enjeux français et l'actualité

territoriale

Est-ce la politique publique de santé qui façonne nos pratiques de santé, ou est-ce nos pratiques qui nourrissent la politique de santé ?

En France, l'actualité territoriale et ses enjeux organisationnels trouvent leurs sources en remontant sur plusieurs décennies. Elles ont été principalement le fait imposé des politiques publiques de santé façonnées qu'elles étaient des principes directeurs tirés de la gestion techno-financière. Ces principes de base ont orienté de ce fait, avec forces et déterminations aveugles, l'ensemble des pratiques professionnelles de la santé et du social pour les mener les unes comme les autres au cœur d'un imbroglio d'une extrême complexité figée par le non-sens de ses conséquences. C'est donc à partir d'une situation quasiment pré-chaotique, sur laquelle grandit actuellement le malaise des patients comme celui des soignants et des aidants, que les toutes nouvelles orientations prises par les politiques publiques de santé sont venues *in fine* inspirer l'état d'esprit de la nouvelle loi « Ma santé 2022 ». Il semblerait que les pouvoirs publics ont enfin tendu l'oreille à la rumeur qui gronde, remettant aux habitants des territoires la main pour accompagner une dynamique de démarche projet fondée sur la responsabilité collective et partagée. L'objectif est bien celui de savoir repenser l'organisation de l'offre des soins et des services sociaux à partir de sa plus grande vulnérabilité de proximité.

Cette nouvelle dynamique de territoire, d'inspiration girondine apparente, relève dans la réalité d'un financement centralisé parfaitement jacobin. Il est sollicité clairement la responsabilité croisée des professionnels de santé et du social, des élus, des citoyens et des malades experts, finalement de toutes les personnes capables et disponibles pour faire revivre l'harmonie attendue, en espérant, de ce fait, que les territoires soient remis en ordre de marche sous une sorte d'intelligence collective procédant des forces vives du territoire. Certains pourraient y voir ici l'aveu tardif de la reconnaissance de l'échec du politique, resté emprisonné trop longtemps par les cadres étroits de ses anciennes stratégies territoriales de santé et du social. Le politique ne s'est-il pas mis lui-même dans l'obligation de devoir remettre aujourd'hui la fragilité actuelle de ses territoires dans les mains de chacun des citoyens, avec, pour chacun, un appel à la responsabilité comme à l'intelligence collective de relever le défi de la renaissance du bon sens dans les affaires communes, et ceci à l'endroit même de ses échecs. Créer, c'est donner une forme à son destin disait Albert Camus. Créer, ici, cela va donc prendre la forme d'une responsabilité partagée collectivement à vouloir refuser la désespérance d'une fatalité autant économique que biologique, fatalités dans lesquelles le monde des professionnels de la santé, du soin et du social a été entrainé. L'incitation à l'usage de la démocratie sanitaire est ici dépassée par celui de la pratique territoriale d'une démocratie en santé.

La signature de notre espèce étant, pour Roland Gori, celle de savoir prendre soin de la vulnérabilité, les professionnels concernés par la santé et le social savent effectivement de quoi il ressort. Par un certain manque d'horizon moral, éthique subjectif et spirituel, le politique n'a-t-il pas mis en empêchement les conduites et les pulsions de ces

professionnels en ses libertés créatives du « prendre soin » ?

Dans trois de mes récents articles des Cahiers de Psychologie Politiques[1], j'ai dénoncé l'existence d'une dérive médicale de type techno-scientifique, ce qui posait directement la question de savoir ce qui restait d'humain dans les pratiques médicales et sociales, actuelles et à venir. La manière de gouverner n'est-elle pas indissociable de la manière dont on se gouverne personnellement ? « La Présence à soi-même comme préalable à la présence à l'autre » étant posée par l'auteur dans ses trois articles, la question prend aujourd'hui une toute nouvelle et certaine actualité, au moment ou « La personne » est remise au goût du jour de par la force de la loi. Cela ne pourrait-il pas venir éclairer d'un nouveau sursaut d'humanisme l'ombre dans laquelle se trouve actuellement les soignants tout autant que les soignés.

La question du discernement n'est-elle pas ici de savoir où s'abreuvent les racines des institutions qui s'imposent aujourd'hui au cœur des hommes de pouvoir ? C'est pourquoi les enjeux cruciaux, tels que la réorganisation de l'offre des soins et des services sur un territoire, reposent assurément sur la capacité des Français à savoir analyser finement la complexité de la crise actuelle vue à partir de ses valeurs morales.

Ne faut-il pas avoir le courage et la lucidité de réinventer aujourd'hui ce que l'on attend du soin, du social, de l'éducation, de la justice, de la culture, de la formation, et de la transmission des connaissances.

Les territoires

L'organisation de l'offre des soins hospitaliers

La délivrance des soins à l'hôpital est encore considérée comme étant une dépense et toujours pas comme étant une activité dont une partie serait à considérer à part entière. C'est cependant une réalité que de constater aujourd'hui que le montant des budgets annuels des dépenses d'un établissement hospitalier est, aux deux tiers, destiné à financer la part salariale. C'est pour cette juste raison qu'un élu de la République sait très bien que (son) l'hôpital du (de son) territoire considéré est le plus gros des employeurs de sa circonscription. Ce paradoxe ne saute pas aussi facilement aux yeux des financeurs de l'État. Ainsi, et pour cette raison, le budget des hôpitaux subit, comme toutes les autres activités, la domination de l'influence d'un contrôle quantitatif relevant aveuglément d'une forte emprise d'évaluation uniquement techno-financière.

Depuis la loi de 2007, l'hôpital a été mis sous le carcan d'une évaluation quantitative des actes mis en cotation par la tarification à l'activité (T2A). Cette tarification à l'acte donne aux soins l'aspect d'un distributeur d'actes qui se succèdent sans tenir compte de la valeur et du sens que doit garder « le temps thérapeutique non technicisé ». Ce système en perte de sens assuré (!) rencontre aujourd'hui la performance quantitative

des assistants algorithmiques informatisés qui viennent apporter, en support de décision du module de cotation, un seul et meilleur objectif, celui de rentabilité financière. Il n'est alors plus tenu aucun compte ni des besoins qualitatifs d'écoute et d'accompagnement du malade, ni du temps médical passé à cet effet.

La loi de l'argent se confirme donc ici comme étant directement présente et bien souvent prioritaire aux décisions comme aux choix des traitements. Par ailleurs, les déficits hospitaliers publics sont partout chroniques dès lors qu'ils reposent sur un vote national annuel des budgets publics hospitaliers, vote soumis aux strictes restrictions de la dette nationale. La décision toute récente prise par la Premier Ministre d'une reprise par l'État d'une partie de la dette structurelle des hôpitaux publics en dit long sur l'incohérence du système en place.

Comme cela a déjà été dit plus haut, l'offre stratégique des hôpitaux publiques doit sortir au plus vite de l'esprit de la Loi Debré 1958, l'hospitalo-centrisme qui en caractérise ses objectifs territoriaux fixés à l'époque n'étant plus opérable ni à l'ordre du jour. En effet, dans le contexte des années 1950, il s'agissait de savoir bien équiper la France en hôpitaux publics pour savoir répondre comme il fallait aux besoins médico-hospitaliers spécifiques à la population du moment, jeune et pleine d'avenir (baby-boom d'après guerre). Les soins aigus étaient alors privilégiés et la technologie médicale avancée reconnue comme référence d'exigence de qualité.

C'est cette saturation hospitalière que nous subissons encore aujourd'hui tournée autour des soins aigus, qui ne sait répondre comme il le faudrait aux besoins réels de la population, tendue qu'elle est de nos jours par sa courbe démographique inversée, le papy-boom actuel étant la marque incontournable de ses besoins.

Les prises en charges des situations complexes des personnes âgées atteintes de poly-pathologies chroniques deviennent en effet de plus en plus fréquentes, nécessitant pour cette raison de revoir du début à la fin toute la logique des stratégies thérapeutiques et sociales reposant par nature sur une prise en charge complexe de type médico-psycho-sociale.

Dans ce contexte, la misère symbolique d'un soin bien souvent inadapté prend tout son sens du fait que la machine lui confisque la complexité de son savoir-faire et de son savoir-être. Le mode d'emploi de la machine devient ici ce qui dicte la simple logique de ses procédures. À vouloir rechercher la culture de l'économie et de l'efficacité, le monde hospitalier a été mis, pour ces raisons, en situation de pré-rupture, cette dérive de sens n'arrivant plus à rendre le juste soin en rapport avec l'évolution des grandes tendances du monde. Il suffit de constater la situation d'étranglement effroyable dans laquelle se trouvent mis les services d'urgence des hôpitaux. La souffrance morale des soignants au cœur du travail hospitalier est palpable, le burn-out est le signe d'une épidémie qui prend aujourd'hui une dimension parfaitement inquiétante, sans parler du drame de l'augmentation régulière des suicides que l'on constate jusqu'au cœur même de l'hôpital.

L’obsession du médical dans cette épreuve n’a cependant pas sa place ici. Il faut considérer tout aussi gravement le malaise actuel des infirmières, des aides-soignantes, et autres personnels médicaux-sociaux travaillant dans les hôpitaux.

L’organisation de l’offre des soins de ville

L’organisation de l’offre des soins de ville repose encore aujourd’hui, il faut bien le reconnaître, sur des pratiques qui remontent aux années 1930. Dans ce contexte, les habitudes prises ne sont plus adaptées au monde tel que nous avons à le vivre. Nous parlons ici, une nouvelle fois, de l’encadrement financier strictement dédié aux dépenses de la médecine de ville, à celles de la modification et de la complexité des situations médico-sociales liées au grand âge et aux poly-pathologies, celles de la modification de la pratique médicale féminisée comme celles des besoins distractifs nouveaux des plus jeunes générations, celles liées à la baisse de la démographie médicale et de l’encadrement médico-administratif des pratiques médicales. Toutes ces données complexes regroupées les unes aux autres rendent aujourd’hui, c’est une évidence, la pratique médicale de ville parfaitement insupportable pour de plus en plus de professionnels de santé.

La disparition de la dimension artisanale des métiers du soin, la diminution historique du temps médical disponible, l’imposition des protocoles de contrôles et d’évaluations, uniquement quantitatifs en perte de sens, l’obligation de suivre des règles de bonnes pratiques, la numérisation des actes, tout ceci incite à considérer aujourd’hui la médecine de ville comme étant en situation de pré-rupture, rejoignant ainsi l’état douloureux de son « frère ennemi traditionnel », s’agissant de l’hôpital. La souffrance morale des médecins de ville est palpable, le burn-out est une épidémie qui prend, au même titre que l’hôpital, une dimension parfaitement inquiétante. Devant les drames des suicides jusqu’au cœur des cabinets médicaux, le Conseil National de l’Ordre des Médecins a décidé d’ouvrir récemment une ligne d’écoute téléphonique destinée aux médecins en difficulté psychologique.

Une assistance spécifique, psychologique et sociale est mise en place auprès des médecins fragilisés, reposant autant sur des procédures de soutiens que sur celles d’accueils en hébergement, autant que de besoins.

L’organisation de l’offre médico-sociale et sociale

Le travailleur social, tout comme celui du soin, est aujourd’hui sous le poids des mêmes dictatures imposées par les contraintes technico-financières, par la rigueur des évaluations des pratiques faisant perdre, bien souvent, le bon sens du travail social à ceux qui en ont la charge. Les évaluations quantitatives, imposées par une vision du court terme, servent plus à l’obsolescence des métiers du soin et du social qu’à l’évaluation de la qualité de leurs pratiques. Les politiques sociales des territoires, multiples et variées, ont rendu particulièrement complexe autant son management que sa lisibilité.

L’arrivée des Agences Régionales de Santé (ARS), s’est faite en mode de préfiguration sur tout le territoire français dès 2009. Leurs missions consistaient à réussir le regroupement régional opérationnel de l’activité du sanitaire, du médical, du médico-social ainsi que certaines autres missions du social. L’inflation des normes, des lois, et des organisations qui se sont superposées depuis, en s’interpénétrant les unes aux autres, retirent de ce fait toute vision globale et performante aux performances visées à partir des organisations sociales et médico-sociales.

Arriver à lever les cloisonnements traditionnels qui séparaient depuis bien longtemps le sanitaire du médical, le médico-social du social sur l’ensemble des territoires s’est heurté à un certain niveau d’opposition et donc d’échecs, il faut bien le reconnaître. Il en va pour preuves les objectifs rectificatifs visés dans la nouvelle loi « Ma santé 2022 ».

En effet, les structures médico-sociales sont encore par trop redondantes et en doublons d’actions, mettant frontalement en confrontations d’opérateurs l’ARS et les Conseils départementaux des départements considérés au sein des régions. Les esprits et les structures administratives en question ne sont pas encore prêts à jouer la transparence collective, les convergences sollicitées et le respect des priorités de gestions dues à l’argent public. L’État s’est reposé trop lourdement sur les Conseils Départementaux, leurs demandant d’assumer de lourdes charges sociales en liens nouveau avec le nombre croissant des personnes en perte d’autonomie, personnes âgées pour la plupart dont le nombre suit une pente d’allure exponentielle.

Certaines des professions des services sociaux buttent encore aujourd’hui sur un manque criant de formations, un manque de reconnaissance et donc un manque de recrutement, ceci venant à son tour fragilise la réponse à donner à ceux qui en ont le plus besoin dans la reconnaissance de leur vulnérabilité.

L’enjeu de la citoyenneté

La liberté requiert la présence d’autrui, disait H. Arendt. Quel est le langage de l’humanité ? C’est celui de la confiance d’un homme avec un autre homme pour Albert Camus !

Et si l’homme d’aujourd’hui, chaque citoyen que nous sommes, était devenu une personne sous l'emprise de tutelles, celles des forces totalitaires de la techno-finance mondiale, nous entraînant à perdre, de ce fait, toute capacité de confiance et de présence en l’autre, toute capacité dans sa liberté de penser, sa liberté d’agir comme dans sa liberté de créer ?

L’État providence persiste encore maintenant à faire croire qu’il est toujours capable d’apporter à chacun d’entre nous un projet de vie, son soutien, sa solidarité comme sa capacité à pouvoir nous faire vivre le mieux du monde. Il est vrai que le filet social français assure un effet pondérateur efficace en face des turbulences du monde, mais

ceci, à quel prix ? Certains sont tentés de vouloir transférer une partie de l'aide médico-sociale vers les mutuelles complémentaires et/ou vers les compagnies d'assurances privées qui sont toutes amenées à quitter le socle de la solidarité pour celui des paramètres mathématiques statistiques du risque considéré, pour soutenir l'idée plus opérante qu'ils ont aujourd'hui de la nouvelle gestion des risques.

La pression mise par la techno-finance dans nos vies a fait grimper l'indice d'inquiétude du plus grand nombre d'entre nous pour le présent comme pour l'avenir. Les jeunes l'ont bien compris, en refusant culturellement l'engagement, en privilégiant pour un certain nombre d'entre eux le plaisir du court terme aux sagesses de la construction d'une vie, se plongeant dans les connexions virtuelles et autres types de communications sans s'apercevoir à quel point « l'autre en était absent ». C'est ainsi qu'un commerce basé sur l'encadrement de la solitude est devenu florissant et qu'en étant incité à perdre de vue la nature sacrée de l'autre, il est fort probable que le citoyen d'aujourd'hui a toutes les chances de perdre du même coup la notion de sa propre personne en tant qu'être porteur d'une dimension unique. Où sont donc passées les confiances, celles rencontrées dans l'autre, les confiances dans le sens et les efforts qu'il y aurait à donner pour ajuster plus finement la dynamique de création de sa propre vie, les confiances dans la solidarité, les confiances dans ceux qui nous gouvernent ?

L'incitation à la fuite dans le futile est une arme redoutable pour ceux qui veulent avoir et/ou garder l'emprise sur la conscience des hommes. Le citoyen d'aujourd'hui a bien souvent déjà perdu ses repères sur ses richesses personnelles, au point même qu'il n'en a parfois plus aucune conscience. Le citoyen ne risque-t-il pas de se retrouver, à court terme, remisé au niveau d'une machine aux ordres des processus « de la grande machine », ou de « ce gros animal social » évoqué par Simone Weil, il y a déjà plus d'un demi-siècle maintenant ?

Redonner au citoyen l'occasion de se retourner en profondeur, de rencontrer en considération sa responsabilité de vie comme celle de l'autre qui le construit, de retrouver le partage avec ses voisins de proximité pour harmoniser l'expérience d'un savoir vivre et d'un savoir être ensemble, tout ceci ne deviendrait-il pas aujourd'hui une mission de caractère central et urgent ?

C'est paradoxalement ce sur quoi semble devoir reposer l'état d'esprit de la nouvelle loi « Ma santé 2022 », ses prérequis viennent nous inspirer ce constat, sauf erreur coupable d'interprétation.

L'enjeu des débats actuels

Jean-Marie Gourvil cite dans son article de ce numéro un texte écrit par Hélène Strohl[2] du corps de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans lequel il est possible de retrouver ici une certaine approche convergente.

Pour un nombre de français de plus en plus nombreux, il est devenu le fait d'une

urgence capitale que celui de pouvoir faire face à la manière dont il faut repenser le monde. Les pensées techniciennes, les pensées algorithmiques, s'emparant en ce moment de toutes les pratiques professionnelles, comme si elles étaient un sage repère social et symbolique détournent en réalité de l'essentiel qui nous occupe. Toutes ces solutions techniciennes désintègrent le lien social et retirent ses dimensions morales et spirituelles aux grands enjeux de la crise en cours, venant empêcher « à la dignité de penser ». Ce ne serait pas tant la technique en tant que telle qui nous asservit mais bien plus une dimension « du sacré » qui est aujourd'hui transféré sur la technique même. C'est en tout cas ce qu'enseignait déjà Jacques Ellul.

Retrouver la juste dimension du sacré dans nos activités, redonner la place à l'artisan et à l'artiste dans son œuvre de création, retrouver en quelques sortes un monde « avec l'esprit » seraient les directions des nombreuses pistes à explorer sans perdre de temps, ceci à l'annonce d'une profonde crise du désenchantement de la civilisation, faisant de l'homme un véritable « ermite de masse » (Roland Gori et son appel des appels de 2008). Le même se demande en effet ce qui peut relier les hommes entre eux, faire en sorte qu'ils puissent rêver le monde autrement, pour le transformer ? En face de quoi, la numérisation des pratiques comme sa robotisation confirment la violence d'une réelle financiarisation des activités humaines : Taylorisation, fragmentation, rationalisation des pratiques professionnelles, gestion du management des ressources humaines oublieuse d'être humaine, tout cela confirme l'actuelle lutte « de nature guerrière » entre le techno-pouvoir financier opposé aux valeurs humanistes. À terme, l'intelligence technicienne du fonctionnement du monde ne pourrait-elle pas en venir à rendre l'homme superflu, le signal remplaçant la parole, ce techno-pouvoir servant autant les intérêts des politiques que des économies ? Alors, certains n'hésitent plus à privilégier aujourd'hui le fait que nous réinventions les valeurs humanistes telles que portées par l'art et la culture, la poésie, l'amour et l'amitié.

Retrouver la parole, l'échange et le retour d'expériences, l'art et la culture, ne seraient-elles pas sources d'une véritable révolution anthropologique parfaitement indispensable au retour de notre équilibre d'hommes et de femmes ?

Cette révolution impliquerait ainsi une autre manière de travailler, une autre manière de concevoir nos actes, une autre manière de réhabiliter l'œuvre dans l'exercice du travail, en retrouvant l'éthique du métier, en ré-enchantant le monde, en produisant des utopies, en vivant des rêves, sachant que « les utopies d'aujourd'hui sont les vérités de demain » (Victor Hugo). L'œuvre est toute une manière d'être dans le monde, avec l'autre et avec soi-même, nous rappelait Roland Gori.

La nouvelle loi française « ma santé 2022 »

Cadrage de la loi

Les méthodes impliquent des métaphysiques disait Albert Camus. De cette loi « Ma santé 2022 », quelle en est donc la théologie cachée ? Une vérité au moins ne nous est plus cachée : Le déficit structurel de notre système de santé mis face aux exigences d'aujourd'hui nécessite la mise en urgence de profondes réformes…

La démocratie, dit-on, est un défi qui nécessite confiance et ambition. L'inquiétude en démocratie libérale est traitée par une confiance en l'avenir et dans le politique. La loi « Ma santé 2022 » repose objectivement sur la volonté affichée et parfaitement paradoxale d'une forme de « confiance envers les responsables » affichée par le politique enjoignant la capacité qu'ont les français eux-mêmes de s'engager collectivement pour prendre soin d'eux-mêmes tout en rendant la santé à chacun. N'est-il pas convenu qu'un pays dont la population est en bonne santé est un pays plus riche ?

Des constats de diagnostics publiquement avancés

Le déficit d'adaptation du système de santé au monde d'aujourd'hui, le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques, la modification profonde des pratiques médicales liées aux progrès technologiques, l'augmentation constante des coûts en lien avec les évolutions épidémiologiques et de certaines thérapeutiques innovantes, les formations en santé qui ne correspondent plus aux attentes ni aux besoins, les réalités des situations trop difficiles sur les territoires, l'existence d'une impatience très grande chez les élus, chez les soignants, chez les français face à la complexité inopérante du système actuel des soins transformé en véritable labyrinthe contre lequel se heurtent nombres de patients, voilà un certain nombre de constats publiquement et courageusement avancés.

Tous ces constats sont à l'origine de conséquences concrètes extrêmement fâcheuses sur les patients mais également sur les professionnels de la santé et du médico-social. C'est pourquoi il existe dans cette toute nouvelle loi de santé certaines convergences d'analyses entre la politique publique annoncée et les attentes des professionnels de santé comme du social, laissant dire à certains que cette période législative que nous vivons restera historique.

Quels sont les outils de cette convergence ?

Certains, nombreux, ont noté l'engagement personnel du président de la République dans la présentation officielle qu'il a voulu donner de la loi le 18 septembre 2018, étant par sa prise de parole et de par sa personne, le garant de l'ensemble des politiques publiques. Depuis, la loi de finance de la Sécurité Sociale (LFSS) a été fortement aménagée, et l'investissement des 3,4 milliards annoncés sur quatre ans a été bien noté et bien reçu par les observateurs.

Le remplacement du terme « d'usager » par celui plus respectable de « La personne »

remise, en tant que telle, au cœur du dispositif du soin et du social dans un maillage à responsabilité collective et innovante des territoires de proximité est en soit une véritable révolution. Elle pourrait être mise en échos par rapport aux volontés d'une politique nouvelle visant à transformer les modes d'organisations, les modes de financements, les modes de formations et de conditions d'exercices des professionnels en ne raisonnant plus en postes ni en statuts mais « en missions à responsabilités identifiées ». Serait-il possible que ce soit une volonté nouvelle ouverte sur le dialogue, sur de nouvelles déterminations à décloisonner, sur une nouvelle mobilisation tournée enfin vers les réels besoins du terrain ? Il semble s'agir ici d'un cap stratégique, celui d'une réforme qui se veut girondine, donnant apparemment toutes libertés d'agir aux territoires, stratégie pilotée cependant du sommet, comme nous le disions, pour son financement et ses évaluations annoncées. Il est effectivement donné à percevoir une nouvelle vision globale du système de santé qui ne s'adressera plus uniquement aux professionnels de santé mais à tous les citoyens français. La nouvelle stratégie nationale de santé propose ici un cadre de cohérence pour cinq ans, avec une volonté affichée de préparer la France à prendre les bonnes décisions pour l'orienter comme il le faut sur les cinquante prochaines années à venir. Cette réorganisation du système de santé se présente ici comme l'un des piliers de l'État providence du XXI^{e} siècle.

Cette loi de ruptures (au delà des institutions type Agence Régionale de Santé, Caisse Nationale d'Assurance Maladie/Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, toutes porteuses d'un rôle d'accompagnement) semble devoir être portée par l'ensemble des professionnels de la santé, du médico-social et du social, par tous les élus quels qu'ils soient, par les patients eux-mêmes et par chaque citoyen de chaque territoire, ceci en totale intelligence et totale responsabilités collectives de proximité.

L'intention est jugée louable par un certain nombre de personnes concernées, la direction semblant la bonne. « La santé », en particulier, est en effet considérée ici par la Ministre de la Solidarité et de la Santé comme devant être un secteur d'activité qui repose naturellement sur l'intelligence, la sensibilité et la compétence… !

Le constat est cependant avancé sur le fait que des innovations sont actuellement plus à mettre au bénéfice d'acteurs leaders sur des territoires déjà vivant que sur une véritable stratégie d'organisation dont sont habitués les structures institutionnelles.

Approche globalisante

Il est convenu qu'il y avait une certaine urgence d'agir tout en sachant respecter le temps de la concertation. Ainsi, les métiers et les formations doivent changer et s'adapter aux enjeux de demain comme aux aspirations des soignants. En effet, il a été reconnu « le bien fait » d'un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, en recherchant en particulier les pratiques d'un travail plus collaboratif, assurant ce fait la possibilité de varier dans son métier et sa fonction au cours du parcourt professionnel.

Il est affiché qu'améliorer la qualité des prises en charges pour tous les patients et sur

tous les territoires en replaçant le patient au cœur du soin, c'est savoir travailler à la refonte du système de santé en profondeur en sachant reposer les fondations sur lesquelles viendront se poser les organisations, les priorités et « les missions socles » des futures CPTS (Communauté Professionnelle de Territoire de Santé) de demain.

Prendre conscience collectivement des mêmes difficultés et des mêmes constats, cela impose d'être tous ensemble à la hauteur des attentes, de savoir généraliser la mesure de la satisfaction des personnes pour l'ensemble des prises en charge et d'oser rendre public les résultats des indicateurs. Inclure les personnes malades comme acteurs de la formation et de l'évaluation des professionnels de santé impose, de fait, l'ouverture d'un espace numérique de santé personnel (Dossier Médical Partagé/DMP), pour chaque personne, lui donnant ainsi directement accès à ses données confidentielles comme aux services de santé, soutenant alors directement la réorganisation des hôpitaux pour la qualité des soins et la juste efficacité de proximité des établissements de santé.

Revivifier le dialogue social intra hospitalier est annoncé en redonnant plus de place aux médecins dans le management des hôpitaux. Il sera traité en priorité des maux très visibles comme celui des urgences (plan urgence en cours de traitement), celui des médecins hospitaliers qui se demandent chaque jour s'ils vont pouvoir tenir leurs missions (plan hôpitaux publics en cours de traitement), des malades toujours enfermés dans les déserts médicaux en attente d'un traitements qui ne repose pas que sur des injonctions ni des coercitions mais sur un accompagnement dynamique qui se veut nouveau (régulation de proximité, salariat des médecins par les dispositifs des régions, des départements, des collectivités urbaines et rurales). Ces dispositifs nouveaux répondent aux constats que les fonctionnements sur lesquels l'offre des soins de ville repose sont atomisés et cloisonnés, et doivent donc être réorganisés sous une forte impulsion d'accompagnements et de financements favorisant ainsi l'énergie d'une l'initiative innovante en partance du terrain.

De nombreuses idées globalisantes fixent la stratégie structurante de la loi : Fixer un cap, fixer un objectif, faire évoluer le système de santé en agissant en priorité sur la réorganisation des soins de ville, améliorer l'offre des soins et les conditions d'exercice des médecins regroupés, gérer le maintien à domicile, éviter les hospitalisations et l'accès aux urgences, analyser les forces et les faiblesses de chaque territoire (accès aux soins, difficulté d'exercice des médecins en ville, surcharge des services hospitaliers).

Il s'agit ici de prendre en compte dans sa globalité les changements des besoins d'une population vieillissante qui pourraient reposer sur la création d'un réseau de soins et de services de proximité et de premier recours animé en coordination par tous les professionnels de santé d'un territoire, assurant ainsi un accès permanant à des soins de qualité, qu'ils soient programmés ou non programmés.

L'objectif annoncé est celui de ne plus opposer les médecins hospitaliers aux médecins libéraux exerçant en ville ou en milieu rural, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, de ne plus opposer les médecins aux autres professionnels de santé et du social.

3,4 milliards d'euros d'ici 2022, dont 1,6 milliard sont annoncés pour aider à la nouvelle structuration des soins dans les territoires, soit 920 millions d'investissements hospitaliers pour accompagner des projets qui existent, 500 millions à la transformation numérique et 420 millions à l'évolution des métiers et des formations.

3,4 milliards sur 4 ans pour en finir avec les souffrances à l'hôpital, le malaise de la médecine de ville, les déserts médicaux, une prise en charge de qualité à partir de ce système de santé rénové, est-ce cependant tout à fait réaliste ?

Nouvelles organisations hospitalières

L'enjeu est bien celui de mettre en mouvement les acteurs, de les aider à dépasser les blocages en liens avec le changement, de les sortir de leurs préoccupations personnelles.

L'enjeu est aussi d'arriver à modifier comme il faut la structure hospitalière de proximité en sachant respecter la graduation des soins selon les besoins réels du premier recours de proximité, en ayant accès au deuxième recours du spécialiste ou de l'hôpital de référence, tout en gardant la sécurité du troisième recours par l'avis experts donné à partir du Centre Hospitalier et Universitaire de référence. Cela supposera la suppression de certains services et de certains plateaux techniques qui remonteront pour assurer qualité des soins du territoire concerné. Les hôpitaux de proximité devront être en lien avec la ville, et l'Hospitalisation à Domicile (HAD) du territoire en lien avec les services de soins et de maintien à domicile, sans oublier les services du médico-sociaux.

Ces hôpitaux de proximité seront labellisés (500 à 600 en 2022) en gouvernance et en mode de financement adaptés à leurs activités pour de la médecine polyvalente, de la gériatrie, des soins de suite et de réadaptation, des consultations avancées de chirurgie en lien avec les établissements voisins, des plateaux techniques ouverts aux professionnels de santé de ville (imagerie médicale, biologie et explorations, équipes mobiles de soins pédiatriques et équipements de télémédecine).

Il est annoncé un renforcement du rôle des médecins dans la gestion des hôpitaux par le biais des Conférences Médicales d'Établissements. La carte hospitalière est rebattue, une redéfinition du modèle des hôpitaux de proximité est faite au sein desquels les médecins de ville pourront participer en pratiquant un exercice mixte ville-hôpital**.** Il est programmé la création d'unités spécialisées et d'unités ultraspécialisées pour structurer un territoire selon ses besoins et répondre à la complexité croissante de l'offre des soins par une graduation innovante, anticiper ainsi l'accompagnement des nouvelles pratiques.

Le virage ambulatoire va être accéléré pour ne traiter à l'hôpital que la phase la plus aigue des pathologies sévères (services d'urgences débordés). La psychiatrie et la santé mentale trouveront un ancrage de proximité dans tous les territoires avec la création d'un fond organisationnel. La collaboration hôpital-ville va se renforcer pour faire face à la complexité des polypathologies chroniques fréquentes chez les personnes âgées.

Enfin, l'accélération du déploiement des outils numériques est considérée comme indispensable pour accompagner le développement des soins modernes, en particulier, comme cité plus haut, avec le déploiement de l'espace numérique patients (DMP), le déploiement de la télémédecine, du télésoin, de la téléexpertise.

Tout ce qui est annoncé ici comme devant être transformé donne le vertige tant la recomposition structurelle de l'organisation hospitalière annoncée est profonde.

Responsabilisation des patients

Il est annoncé clairement par la nouvelle loi « Ma santé 2022 » qu'il est urgent d'oser franchir le pas de la pratique d'une nouvelle forme de « démocratie en santé ».

Au quotidien, les patients ne seront donc plus passifs dépendants comme ils le sont trop souvent aujourd'hui, mais bien représentatifs et interactifs dans la pratique de leur responsabilité, ayant de ce fait mots à dire, avis à donner sur la pratique médicale et les soins qui leur ont été conférés. Patients acteurs et patients partenaires, directement concernés par le développement programmé du Dossier Médical Partagé, ils seront rendus ainsi acteurs de la personnalisation de leurs espaces numériques de santé avec accès direct à leurs dossiers médicaux, aux carnets de santé et aux vaccinations. Une nouvelle coordination numérique est à cet effet rattachée au sein du Ministère de la Santé, directement auprès du Ministre. Le numérique en santé et sa transition vont redonner aux personnes malades leur rôle d'animateur en trajectoires de santé, par une structure agile de stratégies transdisciplinaires et de coordinations croisées.

Favoriser l'exercice coordonné en ville

La ville souffre de façon dramatique d'un déficit d'organisation en santé. Prometteuses de gains d'organisation qui prendra la forme des futures Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les professionnels de santé vont être sollicités à s'y inscrire comme à y participer collectivement, mutualisant de ce fait la nature des parcours complexes, utilisant des systèmes d'informations partagées, recourant à des ressources médico-administratives communes en allant ainsi vers la pratique des exercices regroupés en portage d'objectifs communs qui répondent au plus près des besoins de la population.

La mutualisation des moyens est sollicitée pour gérer la complexité de certaines prises en charge, en particulier la responsabilité collective à savoir répondre aux soins non programmés du fait des difficultés à trouver un médecin généraliste ou d'avoir un rendez-vous suffisamment rapide chez un médecin spécialiste.

La promesse de la collaboration médico-administrative des « assistants médicaux » mis à disposition auprès des médecins généralistes consiste en la création d'un nouveau corps de métier venant libérer en totale innovation « du temps médical administratif » au profit d'un « temps médical soignant » par un poste d'accueil du patient et de gestion des charges médico-administratives. 4.000 postes d'assistants médicaux seront

créés pour aider les médecins à la coordination des patients et dans les charges administratives. Ce sont des propositions innovantes par les missions d'accueil, de recueil de données, de vérification de l'état vaccinal ou de dépistage, de mise à jour du dossier en amont et en aval de la consultation, favorisant ainsi un véritable collectif de soins au service des patients en un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé.

Plusieurs missions seront ciblées, en particulier l'accès à un nouveau médecin traitant et la réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville étant certain que de nombreuses fragilités vont devoir être vaincues, telle la persistance des cloisonnements entre les acteurs et les structures, et la course à l'activité au désavantage actuel de la qualité des soins. Les professionnels de ville auront à s'organiser plus collectivement et à se coordonner sur un territoire par des actions volontaristes pour accéder aux 1.000 CPTS annoncées en création et à finaliser sur tout le territoire avant 2022. Ces initiatives doivent rester « à la main » des professionnels libéraux de santé. En sus, 2000 structures de soins coordonnés (maison médicales ou centre de santé) viendront à être conventionnées dans les cinq années à venir et seront donc crées en plus de celles déjà existantes.

Enfin 400 postes de médecins salariés vont être crées sur l'année de transition 2019/2020 et destinés aux territoires en zones sous-denses. Il sera revu les modes de financements des praticiens pour faciliter la coopération entre les professionnels, la prévention primaire, l'éducation thérapeutique pour favoriser la qualité des soins en luttant contre la course à l'activité.

Nouvelle organisation des études en santé : Refonte par la réforme des études en santé et de la formation des professionnels

La suppression du numérus clausus à l'entrée des études de médecine est annoncé dès 2020, avec à la clé, une augmentation de 20 % des étudiants. Il a été reconnu l'existence d'un non sens en ce qui concernait le recrutement et la formation des étudiants en médecine avec le concours de 1ère année, véritables goulots d'étranglements sauvages et destructeurs pour les jeunes étudiants mis trop souvent en échec par rapport à leurs motivations souvent encore vocationnelles.

Dans un proche avenir, il est cependant reconnu et signalé de grands besoins d'ingénieurs en santé, de spécialistes de l'électronique médicale, de spécialistes de l'Intelligence Artificielle, de manageurs des politiques publiques de santé, ceci en facilitant la création de ponts pour favoriser l'émergence de langages communs encore à construire et fluidifier les passerelles directes en liens avec la santé. Il est annoncé qu'il sera enseigné « à savoir apprendre » et « à savoir travailler ensemble » pour être à l'aise avec les nouvelles technologies en lien avec le biologiques et la e-santé, mais également en lien avec la transformation qui s'impose dans l'apprentissage d'un nouveau type de relation à redécouvrir du soignant envers le patient, et réciproquement.

Une nouvelle fois, le projet annoncé ici par la nouvelle loi « Ma santé 2022 » reste ambitieux et global, car il tente de répondre à des problématiques complexes et intriquées les unes avec les autres, prenant en compte la modification des besoins des patients, la modification des pathologies, le bouleversement des organisations professionnelles, la rupture des cloisonnements qui les enferment, sans oublier l'intégration du médico-social et de la prévention primaire.

Les futurs étudiants en santé sont souhaités être « bien dans leur peau et heureux dans leur exercice professionnels ». Le système actuel de formation des étudiants en médecine est reconnu officiellement comme n'étant plus adapté aux enjeux d'aujourd'hui car il représente un système qui sélectionne aveuglément, qui trie, qui formate dans un état d'esprit de hiérarchisation et qui assigne finalement les professionnels à la même place, ceci tout au long de la vie…

Critiques de la loi « ma santé 2022 »

Des critiques viennent rappeler aujourd'hui avec pertinence combien le poids de « l'ineptie aveugle » des années 2000 a pesé sur la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

La sélection drastique des étudiants en médecine de l'époque mise en place par l'instauration du « numerus clausus », soi-disant pour faire front à la pléthore médicale, considérait que, plus il avait de médecins, plus les dépenses de santé avaient tendance à augmenter. C'est pour la même raison que les institutions administratives, gestionnaires du nombre des médecins, avaient décidé de convaincre le plus grand nombre de médecins à partir en retraite anticipée…

Quoique l'on fasse aujourd'hui, le nombre des médecins prenant leur retraite dans les délais normaux provoque une véritable déstabilisation des réponses à devoir apporter aux demandes de soins. Le vieillissement annoncé de la population va correspondre à une augmentation naturelle de plus de 15 % de l'activité hospitalière, mettant encore plus à mal les perspectives décriées plus haut. Pour les critiques de la loi, les mesures proposées actuellement ne sont donc que des mesures palliatives, en retard et non calibrées au regard de l'urgence de la situation dans laquelle nous nous trouvons et reposant sur les mêmes bases que le mal qu'elles prétendent guérir.

Le défi de l'ambulatoire est immense, confronté aux difficultés du changement comme aux restrictions des budgets dans les hôpitaux, encore incapables qu'ils sont de financer cette reconversion. Il est noté la situation de « sur-gestion administrative » des hôpitaux au détriment du personnel soignant, le système de santé hospitalier français étant à ce jour dans un état quasi chaotique. Certaines filières d'urgences fonctionnent encore de façon correctes (Accident Vasculaire Cérébral, Infarctus Du Myocarde), mais le reste semble être aujourd'hui en un état de pré-rupture. Alors que les hôpitaux recherchent par tous les moyens des médecins pour faire face aux besoins, d'autres se demandent comment inciter les jeunes médecins à s'installer en libéral.

Dans son livre *La santé rationnée ?*[3], Jean de Kervasdoué et autres auteurs, viennent nous dire à quel point il faut être lucide et ne pas oublier que n'est pas une loi qui, du fait de sa publication pour agir, va changer comme par enchantement le cœur du système de santé. Sa complexité, son hyperspécialisation en médecine est un effet mondial qu'il va être difficile de contre carrer. Et s'il nous arrivait d'imaginer le contraire, la loi « Ma santé 2022 » apporte tellement de changements culturels et structurels de toutes natures qu'il est innocent de croire qu'elle ne va pas venir se heurter (se fracasser ?) contre des habitudes contraires de tous poils comme contre la force des intérêts en place risquant de se retrouver en danger.

Ce n'est pas en décrétant qu'un territoire doit « se mettre en marche » selon l'esprit de la loi que cela va se produire. Il y faut donner du temps au temps, travailler à y changer les habitudes et à y vaincre les résistances, et savoir prendre l'homme dans le sens de son poil sans naïveté ni cynisme. Le gouvernement actuel est fort bien placé pour avoir été brutalement mis « au fait » de la contestation d'une population en déshérence. Dans une interview au Figaro, citant son livre *Patients si vous saviez*[4], le Dr Christian Lehmann est fortement critique par rapport à la loi de santé venant trop tardivement. Il dénonce le fait que le texte de cette loi est semblable à une partition de musique qui aurait été donnée à jouer sur le pont du Titanic…

Pour certains critiques, rien ne va changer avec cette loi concernant la désertification en cours du seul fait que l'on a déjà rendu les métiers de la santé infaisables et pour la ville, économiquement de plus en plus non viables. Trop longtemps, et en France, les médecins ont été considérés comme nocifs dans leurs pratiques médicales, en particulier en ce qui concerne le chiffre d'affaire de leur activité, d'où l'idée saugrenue de tenter de diminuer le nombre des médecins pour en diminuer les dépenses.

Il existe un changement de mentalité générationnelle parfaitement irréversible tout autant que compréhensible et qui vient impacter de front la nature des pratiques médicales en y insérant des exigences et des désirs d'équilibre de vie personnelle, familiale et sociale. Il ne faut décidemment plus compter sur la vocation des anciens médecins qui se mettaient en posture corvéable à merci, du matin au soir, la nuit y compris.

La preuve est déjà apportée par les doyens des facultés de médecine de leur incapacité totale à mettre en pratique la totalité des recommandations et objectifs de la loi sur la rentrée universitaire du cycle 2019/2020.

L'hôpital en l'état étant le premier employeur d'un territoire, on va assister à la montée en puissance de crispations vigoureuses et tenaces de certains par une forte opposition à la suite des annonces des transformations des hôpitaux. Les ARS vont avoir fort à faire et du fil à retordre pour « garder le cap et l'esprit de la loi ».

Certains sénateurs et députés pensent encore aujourd'hui qu'une manière coercitive reste la seule efficace pour réussir à obliger les médecins à s'installer dans les déserts médicaux, faisant du conventionnement médical un mode sélectif (alors que nous

assistons dans le même temps à la création des déserts de la fonction publique installés méticuleusement par « La Poste » comme par d'autres administrations publiques qui se retirent « sur la pointe des pieds » alors que dans le même temps les trains et les TGV ne s'arrêtent plus dans la petite proximité des lieux de vie). Le 19 mars 2019, le sondage « Figari Live » montrait que 70 % des personnes interrogées pensaient encore que le gouvernement ne pourra pas efficacement lutter contre les déserts médicaux.

Pour certaines personnes bien informées de la réalité des choses de l'hôpital, l'idée actuelle du gouvernement à vouloir porter soins aux malaises de l'hôpital par la réorganisation profonde de l'offre des soins de ville n'arrivera pas à compenser dans les temps les difficultés actuelles de l'hôpital. Celui-ci aura eu, entre temps, tout le loisir de mourir. Le plan actuel porté par le gouvernement autour des urgences et de l'hôpital public vient confirmer ce point de vue. La stratégie latérale de la ville venant, dans sa restructuration, porter secours aux maux de l'hôpital public a fait long feu.

La réforme est encore trop médico-centrée et la levée du numerus clausus n'aura réellement son effet que dans 10 à 12 ans. Cette loi encore « en projet » ne donnerait donc pas, selon l'avis de certaine, les moyens réels et certains de mettre rapidement en place les solutions concrètes qui s'imposent.

Pour d'autres, il n'est pas fait encore assez de place et de moyens à la prévention primaire, à l'éducation à la santé, à la sensibilisation de chacun dans la responsabilité qu'il a de la conservation de son capital de santé. Il en est pour preuve donnée la dernière campagne ratée de santé publique concernant une période de restriction « sans alcool », campagne qui s'est fortuitement transformée en une campagne de prévention des abus telle que pratiquée habituellement en cette fin d'année par le lobbying des producteurs « de Champagne » qui incitent dans les mêmes termes au respect d'une consommation raisonnable d'alcool en phase avec les fêtes qui se profilent…

Certains vont jusqu'à demander que l'on laisse enfin aux professionnels de terrain la liberté de s'organiser en facilitant pour eux la mise ne place de solutions nouvelles qui pourraient venir se situer en affrontement et donc en difficultés administratives du fait de leurs postures hors règlementations. Dans ce contexte de liberté et d'innovation, les dynamiques ne se décrètent pas, mais lorsqu'elles apparaissent, elles doivent être accompagnées, soutenues, et facilitées.

Les dynamiques de territoire ne se décrètent pas, elles trouvent racines lorsqu'elles sont portées par des leaders de territoires. Comment les trouver, comment les identifier, comment les former alors que c'est aujourd'hui qu'ils devraient agir sur chaque territoire de santé mis en marche autour d'une CPTS ?

L'enveloppe de l'Ondam, enveloppe financière qui fixe le budget annuel des dépenses de santé sur la ville va passer de 2,3 % à 2,5 %, en apportant de ce fait 400 millions d'euros de plus. C'est bien, mais certains avancent que les vrais besoins liés à l'évolution spontanée des tendances et des dépenses de la consommation de santé

tournent autour de 4 % d'augmentations.

D'autres personnes se demandent encore comment faire le pont entre les départs en masse des médecins à la retraite qui travaillaient seuls pour le plus grand nombre d'entre eux et le nombre d'arrivées « nouvelles générations » des médecins qui vont devoir être formés sur le tard à jouer le collectif ? Alors que les étudiants en médecine sont actuellement assis par terre dans des amphithéâtres bondés, le projet de modifier les études médicales est déjà reporté, ceci sur la demande des doyens incapables de mettre en œuvre les nouvelles formations au sein des études de médecine.

Et si plus simplement nous disions « tout de go » que la profession médicale, comme tant d'autres, n'avait plus confiance aujourd'hui ni dans les administrations qui les gouvernent, ni dans les institutions tutélaires qui les commandent, dans les politiques qui ont cessé de les inspirés.

Conclusion

Nous l'avons vu, la nouvelle loi « Ma santé 2022 » est paradoxale dans la mesure où elle semble vouloir répondre aujourd'hui aux urgences du moment tel qu'il est confronté aux profondes crises structurelles qui se répètent et s'ajoutent les unes aux autres depuis si longtemps au cœur même du système de santé et du social.

Ne pas y répondre ici nous semble être d'un manque de civisme et de responsabilité caractérisé et en rupture flagrante avec l'urgence que nous avons tous à être au monde, à être du monde d'aujourd'hui, à être finalement complice du monde que nous voulons. En même temps, l'urgence est telle, les injonctions disruptives tellement fortes qu'il est compréhensible d'entendre les critiques et les doutes évoquées par uns et par les autres.

Avons-nous sérieusement le choix de ne pas jouer le jeu, ici et maintenant ? Je ne le pense sincèrement pas.

Pour Jean-Marie Gourvil, la constitution du Canada donne une très grande autonomie à chaque province pour mener ses politiques de santé, d'action sociale et d'éducation. Le fédéral n'intervient qu'à la marge dans ces champs. Par ailleurs dans chaque province les collectivités locales n'interviennent pas dans les domaines de la santé, de l'action sociale et de l'éducation, sauf à la marge.

Dans le descriptif de son analyse, la participation des usagers et des citoyens à l'élaboration et à la mise en œuvre du système de santé et d'action sociale au Québec était hors du champ politique des collectivités locales, même si, à Montréal notamment, il y a eu une influence des groupes populaires sur les débats politiques locaux. Le non portage politique local des projets de santé et d'action sociale ont fait la faiblesse de la réforme québécoise. Les ministres les uns après les autres ont introduit des modifications législatives négociées à l'Assemblée nationale échappant au contre

pouvoir des collectivités locales. Ainsi, selon l'avis de Jean-Marie Gourvil, l'implication politique des collectivités locales en France dans la mise en œuvre de la réforme actuelle de la santé telle que proposée par la loi « Ma santé 2022 » pourrait être un levier important de sauvegarde des fondamentaux de la réforme en cours.

Que les professionnels de la santé et du social, que les citoyens responsables se lèvent et prennent tous ensemble et à bras le corps la responsabilité du devenir de leurs territoires selon la main tendu par l'esprit de la nouvelle loi française « Ma santé 2022 ».

Si ce n'est pas fait, demain sera trop tard, et pire qu'aujourd'hui. La raison technocratique nous sera imposée du fait que nous n'avons pas voulu vivre en partage d'aventures et de responsabilités la « démocratie en santé » qui nous était ouvertement proposée.

1 Vincent Fouques Duparc, *L'homme rendu transparent par la techno-médecine ou la mort programmée de la médecine*, Les cahiers psychologie politique, numéro 29, Juillet 2016, De *« l'absence »* à *« la présence » au soin : un levier de grande efficacité à savoir retrouver*, numéro 33, Juillet 2018, La présence au cœur du soin, numéro 34, Janvier 2019.

2 Voir l'article remarquable d'Hélène Strohl (IGAS), Repenser l'intervention sociale*, Le Sociographe,* N° 67, p. 37-49. La modernité s'effondre, comment repenser l'après modernité ?

3 *La santé rationnée ? Un mal qui se soigne*, Jean de Kervasdoué., John Kimberly, Victor Rodwin, 2019, Éditions ECONOMICA

4 *Patients, si vous saviez, confessions d'un médecin généraliste*, Dr Christian Lehmann, 2003 et 2007 Editions Laffont et collection Points.