

LES PIEDS SUR TERRE...

Catherine Gras¹, Dr. Nicolas Leblanc², Jean-Marie Fessler³.

Introduction

La pandémie a ouvert et continue d'ouvrir de profondes et destructrices crevasses, partout dans le monde. Le respect dû aux morts ; le respect dû aux professionnels de santé qui font face en soignant ; le respect dû à celles et ceux qui font fonctionner les réseaux vitaux, électricité, eau potable, salubrité, approvisionnements et transports, télécommunications, tout cela nous oblige à la dignité. Nous ne devons pas oublier ; nous ne pouvons admettre, ni les éléments de langage lénifiants, ni les polémiques violentes.

Trop d'actes de solidarité ont manifesté la vigueur du corps social pour que des retours d'expérience institutionnels les ignorent, voire les « récupèrent ».

Résumé

Le fil rouge de l'article se veut une analyse concrète entre « santé » et « territoires » à partir d'observations et de réflexions issues de ce que nous avons vécu ensemble depuis deux ans. C'est aussi un diagnostic sur l'état des soubassements de notre système de santé.

¹ Fonctionnaire (ENA, Promotion Léonard de Vinci) du ministère de l'économie et des finances (1985-2011), négociatrice permanente de la France auprès des Nations Unies (1999-2002), directeur d'administration centrale au ministère de l'économie (2009-2011), cheffe de mission au CGefi, le Contrôle Général économique et financier (2011-2018), philosophe de formation (Ecole Normale Supérieure) et *Executive coach* HEC (spécialiste en créativité et de la transformation des organisations publiques), présidente fondatrice de Galilée.sp et de son Conseil d'orientation. Auteur de plusieurs ouvrages pour Galilée.sp <https://galileesp.org>

² Docteur en médecine, spécialiste en santé publique. Ancien consultant, ancien dirigeant dans le secteur de l'assurance santé. Conseiller Santé du Groupe VYV. Ancien Président de l'Association des Auditeurs de l'Institut des Hautes Etudes en Protection Sociale. Membre de la Société Française de Santé Publique, du Centre International de Recherches et d'Information sur l'Economie Publique, Sociale et Coopérative, le CIRIEC-France, de l'association Elus Santé Publique Territoire.

³ Docteur en éthique médicale et en économie de la santé, professeur associé de Stanford, ancien directeur d'hôpital et des établissements de soins de la Mutuelle générale de l'Education nationale et conseiller de son président, membre du Cercle Entreprises et Santé, <https://www.cercle-entreprisesetsante.com/>, de Galilée.sp, <https://galileesp.org/>, du Centre International de Recherches et d'Information sur l'Economie Publique, Sociale et Coopérative, le CIRIEC-France, <https://www.ciriec-france.org/ciriec/cms/10/accueil.dhtml>, président du conseil scientifique de l'Institut Montparnasse, <https://www.institut-montparnasse.eu/>, auteur ou co-auteur de nombreux articles et livres.

Le résultat de cette « fouille archéologique » invite à une modification profonde des superstructures d'administration collectives des organisations de santé en prenant appui sur cinq robustes piliers :

- Des interactions constructives et une pensée en navette, au sens de Blaise Pascal, Michel Crozier et Edgar Morin.
- Un double effort scientifique pour coconstruire de nouvelles possibilités avec méthode, en nous inspirant de la *méthode de conceptualisation relativisée* et des sciences du danger, conçues par les professeurs Mioara Mugur-Schächter et Georges-Yves Kervern.
- Le retour à une langue compréhensible par tous plutôt que la novlangue - pleinement dénoncée par Jean-Paul Fitoussi, en particulier - qui confisque tragiquement l'intelligence au profit d'une bureaucratie.
- La fin du dogmatisme tarifaire.
- Un puissant ancrage sur les territoires des pratiques en santé, pratiques enfin adaptées à l'évolution de la demande issue de la triple transition démographique, épidémiologique et technologique.

« *Détourne-toi des préceptes de ceux qui spéculent sur le monde mais dont les raisons ne sont pas confirmées par l'expérience.* » disait Léonard de Vinci (1452-1519).

Il est possible de remettre ensemble les pieds sur terre et de reconstruire, sur le terrain, des bases saines au « monde de la santé ».

De multiples témoignages ont été écrits et publiés.^{4, 5}

Lors des divers confinements, nous avons consacré de l'énergie à en recueillir certains.⁶ Partout, des élus, des entrepreneurs et des citoyens imaginatifs ont innové, de manière exemplaire.

⁴ Professeur Philippe Juvin, *Je ne tromperai jamais leur confiance*, Gallimard, décembre 2020.

⁵ Thierry Beaudet, *Journal d'une crise. De l'urgence du Covid aux soins du quotidien*, Editions de l'Aube, 2020.

⁶ Livre blanc *Rendre le soin aux soignants. Regards croisés de métiers pour veiller à la santé de toutes et tous. 50 témoignages accompagnés de propositions*. Constitué à l'initiative d'Hamama Bourabaa, ingénieure hospitalière, ce texte est en cours de diffusion.

Malheureusement aussi, dans bien des régions du monde et dans notre pays, nombre de personnes auront encore à traverser de lourdes épreuves : des séquelles du covid long à la reconstruction d'un emploi, d'une entreprise, d'une vie endeuillée.

On ne dira jamais assez quels services essentiels rendent les professionnels de santé des 640 structures autorisées d'urgence qui assument 21 millions de passages par an, dont 2,5 millions au titre des urgences pédiatriques. On ne dira jamais assez combien sont précieux le 15, le Service d'Aide Médicale Urgente, le 17, la Police, le 18, les Pompiers et le 112, le numéro unique d'urgence européen. Ils cumulent 150 000 appels par jour en France.

Parallèlement, la multiplicité des autorités administratives ayant compétence en santé - ministères, structures centrales, collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie, agences et instituts - sature les *opérationnels de terrain*.

La réformite aigüe produit du conformisme à des procédures illisibles et tueuses du temps des métiers et donc de leur sens.

Pour mémoire, le Code de la santé publique comportait 5 501 pages, au 1^{er} janvier 2021. Les formidables opportunités nées de l'ère numérique sont détournées par l'empire de l'injonction, de la notation et du classement.

Dans une telle situation, si souvent décrite, le fil rouge de notre article est un dialogue entre « santé » et « territoires » à partir d'observations et réflexions issues de ce que nous avons vécu ensemble depuis deux ans. Et c'est précisément ce qui fait que nous appelons à une modification profonde de la manière d'administrer le système de santé.

1. L'urgente nécessité d'interactions constructives et d'une pensée en navette

Au plan global, une certaine lucidité sur les interrelations entre les composantes humaine, politique, sociale, économique, financière, industrielle, scientifique, médicale et soignante, régionale, nationale et géopolitique de la présente *mégacrise*⁷ devrait puissamment nous inciter à mettre en œuvre des démarches véritablement

⁷ <http://www.patricklagadec.net/fr/>

pluridisciplinaires. C'est possible à condition de se mettre à distance à la fois des abstractions textuelles et statistiques et du *leadership* de forts en gueule indifférents aux autres.

N'est-il pas temps de travailler sur la *crise de l'intelligence*, *trou noir* décrit par Edgar Morin dans ses leçons du coronavirus et nombre de ses œuvres : il faut cesser de... *disjoindre ce qui est inséparable, séparer et compartimenter les savoirs, prévoir le probable alors que surgit sans cesse l'inattendu*⁸.

En 1995 déjà, Michel Crozier (1922-2013) soulignait l'importance des interactions constructives et du passage à une *démocratie d'accès* à celui qui décide à la *démocratie de délibération*. Se trompait-il ? « ... vous nous méprisez, vous nous considérez comme des exécutants sans voix au chapitre et incapables d'avoir une vision d'ensemble de nos tâches. Ecoutez-nous au moins ! »⁹ Et de poursuivre ainsi : « *L'extraordinaire gaspillage de ressources et de talents dont sont responsables les élites au pouvoir tient à leur méfiance congénitale à l'égard de la capacité des Français d'innover par eux-mêmes et à leur propension instinctive à vouloir imposer des réformes comme des potions amères.* »¹⁰

L'analyse de Michel Crozier a toute sa pertinence aujourd'hui ; en effet, pendant la crise Covid-19, qu'avons-nous vu ?

Nous avons toutes et tous vu de la reconversion à haute vitesse d'entreprises à la confection artisanale ou domestique de masques, de repas gratuits aux sans-abris à la garde des enfants. Nombre d'entre nous y ont participé.

Tant de faits manifestent la vigueur des interactions constructives.

Et le professeur Philippe Juvin d'écrire : « *Le système D aura joué un rôle fondamental dans cette crise.* »¹¹ Mais nous avons aussi vu : « *La technocratie inefficace règne et nous tue.* »¹² Philippe Juvin peut conclure : « *En confinant la population entière, nous*

⁸ Edgar Morin, *Changeons de voie. Les leçons du coronavirus*, Denoël, juin 2020, p. 48.

⁹ Michel Crozier, avec Bruno Tilliette, *La crise de l'intelligence. Essai sur l'impuissance des élites à se réformer*, InterEditions, 1995, p. 50.

¹⁰ Ibid., p. 106.

¹¹ Professeur Philippe Juvin, *Je ne tromperai jamais leur confiance*, Gallimard, décembre 2020, p. 145.

¹² Ibid., p. 211.

*aurons sacrifié des malades non soignés, l'économie, l'éducation, la culture mais aussi nos libertés individuelles. Comme pour beaucoup, c'est peut-être la prise de conscience de notre grande vulnérabilité qui restera pour moi une des traces les plus profondes de cette crise. »¹³ Et : *L'hyperadministration empêche et éteint tout. (...) L'hyperadministration est le grand mal d'une démocratie à bout de souffle. »¹⁴**

Le fait que, dans les établissements publics de santé, il y ait pratiquement autant d'emplois administratifs que d'emplois médicaux relèverait-il de la génération spontanée ?

Michel Crozier montre que la *crise des élites* c'est avant tout une *crise de l'intelligence* ; nous le constatons, nous aussi, dans les organisations contemporaines. Pour autant, notre constat est différencié et nous ne confondons pas, par un amalgame simpliste, le mérite et le titre professionnel, ou la reconnaissance par les autres et l'autopromotion. A notre sens, la différence réside entre les professionnels expérimentés de métiers comportant des responsabilités identifiables à l'égard de bien d'autres personnes - et qu'ils considèrent en tant que personnes - et ceux qui, dans un entre-soi statutaire *spécial*, jugent, de manière dépersonnalisée, de métiers entiers, voire de l'ensemble de nos concitoyens avec des mots-valises : « *Les médecins, les Français, la société civile, etc. »*

Précisons encore que l'entre-soi n'est pas l'apanage de quelques corps mais touche aussi les commissions santé des partis politiques et nombre d'équipes dirigeantes du public, du privé et de l'économie sociale.

Dans la mesure où nous pouvons, toutes et tous, être en proie à des biais cognitifs individuels et collectifs, du biais de confirmation, tendance à uniquement écouter ce qui confirme nos idées préconçues, à la perception sélective, au biais du zéro-risque par amour de la certitude, parmi bien d'autres, n'est-il pas prudent de pratiquer méthodiquement de véritables débats ? Autrement, combien de réunions professionnelles sont-elles jouées d'avance ou empruntent des chemins de traverse qui inspirent des décisions erronées ?

¹³ Ibid., p. 257.

¹⁴ Ibid., p. 278.

On peut aisément observer que toujours et partout quelques-uns perçoivent avant les autres. Ils discernent, analysent, alertent et proposent. Trop systématiquement, on les écoute mal, sans volonté ni méthode.

Il est vrai que nous sommes souvent dispersés, sujets aux commentaires et désaccords bloquants, plus entraînés aux classifications rigides multiples qu'à *la pensée en navette*¹⁵, celle de Blaise Pascal (1623-1662). En systémicien, il écrivait : « *La flamme ne subsiste point sans l'air ; donc, pour connaître l'un, il faut connaître l'autre. Donc toutes choses étant causées et causantes, aidées et aidantes, médiates et immédiates, et toutes s'entretenant par un lien naturel et insensible qui lie les plus éloignées et les plus différentes, je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties.* »¹⁶

Encore plus grave, « *La compréhension humaine n'est nulle part enseignée.* »¹⁷. « *Aucune école, aucun lycée, aucune université n'enseigne dans sa complexité et dans sa globalité ce qu'est l'être humain.* »¹⁸

Or, avec 5 000 publications scientifiques par jour dans le monde et 90% des données brutes qui existent produites au cours des deux dernières années - peu traitées, d'ailleurs -, comment ne pas essayer de *penser en navette* ? Comment penser *vraiment* sans avoir la conscience aigüe que les bouleversements et les contradictions de la pensée sont multipliés par l'extrême rapidité inhérente à l'Ere numérique qui a modifié profondément nos temporalités, spatialités et savoirs ?¹⁹ Comment ne pas ressentir cette nouvelle fragilité de l'élaboration des savoirs ? Comment imaginer pouvoir avancer sans co-construction à partir des complexités incontournables ?

¹⁵ Boris Cyrulnik, Edgar Morin, *Dialogue sur la nature humaine*, Editions de l'Aube, 2000, p. 14.

¹⁶ Blaise Pascal, *Pensées, Fragment 185*, édition présentée, établie et annotée par Michel Le Guern, Editions Gallimard, 2004, p. 173.

¹⁷ Edgar Morin, *Enseigner à vivre. Manifeste pour changer l'éducation*, Actes Sud/Play Bac, 2014, p. 22.

¹⁸ Edgar Morin, *L'aventure de la méthode*, Seuil, 2015, p. 92.

¹⁹ Catherine Gras, Jean-Marie Fessler, *Numérique, démocratie et action publique : pour quel tissage ?* Cahiers du CIRIEC France 2, Presses Universitaires de Rouen et du Havre, 2020, pp. 33-48, https://www.ciriec-france.org/ciriec/custom/module/cms/content/file/CAHIER_N_2.pdf

A la fin du siècle dernier, Edgar Morin pouvait affirmer : « *C'est un devoir capital de l'éducation que d'armer chacun dans le combat vital pour la lucidité.* »²⁰ Il développait ainsi : « *Nous obéissons aux ordres, nous obéissons aux instructions. Tant que nous n'aurons pas essayé de réformer ce mode d'organisation du savoir, qui est en même temps un mode d'organisation sociale, tous les discours sur la responsabilité et sur la solidarité seront vains.* »²¹ (...) « *C'est la tendance à la réduction qui nous prive de la compréhension : entre les peuples, entre les nations, entre les religions. C'est elle qui fait que l'incompréhension règne au sein de nous-mêmes, dans la cité, dans nos relations avec autrui, au sein des couples, entre parents et enfants.* »²² (...) « *Dans nos pays dits civilisés, les conséquences éthiques d'une réforme de pensée seraient incalculables.* »^{23, 24}

A elle seule, cette citation de Patrick Viveret devrait nous mobiliser : « *Ce sont la dureté de cœur et le mal de vivre, non la rareté des ressources physiques ou monétaires, qui sont à l'origine de la plupart des problèmes (...) écologiques, politiques, culturels, sanitaires et sociaux.* »²⁵

2. Comment faire ? Par un double effort scientifique

Au chapitre essentiel de la méthodologie d'approche des immenses défis qui viennent d'être mentionnés - dont ceux qui relèvent précisément de la santé publique, de la prévention, de la protection sociale, de l'équité dans l'accès à des soins de qualité, des conditions réelles de l'exercice des métiers sociaux, médico-sociaux, médicaux et soignants, sur chaque bassin de vie -, il ne s'agira pas de changer de grilles de lecture - à elle seule, l'expression de *grille* incite à la vigilance - mais il s'agira d'un véritable double effort scientifique.

Le premier effort scientifique procède des œuvres de la physicienne et épistémologue Mioara Mugur-Schächter. Sa méthode de conceptualisation relativisée est au centre

²⁰ Edgar Morin, *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*, UNESCO, 1999, p. 21.

²¹ Edgar Morin, *Enseigner à vivre. Manifeste pour changer l'éducation*, Actes Sud/Play Bac, 2014, p. 91.

²² Ibid., page 92.

²³ Ibid., page 92.

²⁴ Edgar Morin, *La Voie. Pour l'avenir de l'humanité*, « Réforme de la pensée », Fayard, 2011, pp. 145-150.

²⁵ Patrick Viveret, « *L'humanité face à son inhumanité* », Revue de psychologie de la motivation n° 33, 2002. Et : <https://docplayer.fr/140066238-Patrick-viveret-1-l-humanite-face-a-sa-propre-inhumanite-l-humanite-question-pour-elle-meme-le-risque-de-la-sortie-de-route.html>

de travaux menés au sein de l'association Q-roc, créée en 2020.²⁶ Sans qu'il soit possible de la développer ici, on en soulignera l'un des enjeux.

Dès qu'un observateur se trouve en présence d'une certaine « réalité », de la connaissance peut émerger ; en particulier des connaissances communicables, c'est-à-dire des descriptions. Mais, dans le même temps, jaillit la complexité des diversités, voire un certain chaos sémantique. C'est là qu'un repérage des buts descriptifs de l'observateur initial et d'autres observateurs qui lui parleront, peut permettre de construire une connaissance communicable en dehors des faux absolus ou de paradoxes qui poussent aux malentendus et conflits stériles. L'une des premières conditions est que ces buts descriptifs, choisis librement, soient énoncés explicitement. Autrement formulé, ce pourrait être dit comme cela : qui es-tu, de quoi parles-tu et à partir d'où observes-tu quoi ?

Procéder ainsi serait un progrès considérable.

Cela consisterait à ne pas passer sous silence ou dans l'ombre nos intentions et nos positions ; cela consisterait à les conscientiser et les communiquer à autrui pour coconstruire des nouvelles connaissances et de nouvelles possibilités partagées.

Mioara Mugur-Schächter met un accent particulier sur l'importance des contextes et des référentiels dont nous usons plus ou moins consciemment.

Et, concrètement, cela implique qu'*a minima*, nous devrions exprimer des facteurs de relativisation contribuant à éteindre toute prétention à décrire le réel en soi : sexe, âge, parcours de vie, formations, responsabilités professionnelles, référentiels privilégiés, communautés d'appartenance, parmi d'autres. *A minima*, tout responsable d'un collectif, à toutes les échelles, devrait pouvoir expliciter comment il appréhende des réalités qui s'imposent différemment à toutes et tous ; il devrait pouvoir situer les temporalités, les spatialités, les savoirs avec lesquels il raisonne.

²⁶ Mioara Mugur-Schächter, *Sur le tissage des connaissances*, Hermès-Lavoisier, 2006.

Si la théorie de la description²⁷ est au cœur du développement des sciences, si l'on a de multiples raisons de penser que les récits sont centraux dans l'action politique et la vie sociale, - tout particulièrement sous l'empire de la communication tous azimuts -, nous sommes fondés à nous demander, à propos de la santé dans nos territoires, sur quels récits s'appuient les analyses et décisions organisées par la gouvernance (d'ailleurs, laquelle ?), par les textes (et de quel niveau ?) et par des statistiques (collectées par qui et avec quel prisme ?).

En santé, au chapitre de la pleine légitimité, peut-on faire l'impasse sur quelque récit que ce soit ? Ceux des patients, de leur entourage et des associations ? Des médecins, soignants et cadres dirigeants ? Des élus locaux ? Des organisations syndicales ? Des tutelles locales, régionales et de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire ? Des ministères responsables du budget, des comptes publics, de la fonction publique et des universités, en particulier ?

En pratique pourtant, le contexte et la façon dont les dossiers sont instruits privilégient l'un des récits ; dans le domaine de l'organisation du système de santé, le récit budgétaire est trop souvent dominant car raisonner, ici aussi, sur des chiffres paraît plus simple aux dirigeants et gestionnaires pour parler de ce qu'ils imaginent être le « réel ». C'est devenu une « illusion collective » et on croirait voir les ombres qui défilent sur les parois de la caverne de Platon.

Pour qu'une démocratie soit vivante, encore faut-il justifier la façon dont les différents récits ont été pris en compte et combinés dans la décision qui, *in fine*, va s'imposer à tous ; l'art de la décision démocratique, c'est justement de ne pas se soumettre à un discours dominant (le budgétaire si souvent dans nos modèles contemporains dominants), c'est montrer en quoi les autres récits sont pris en considération, c'est montrer qu'en haut lieu une appréciation fine et équilibrée n'est pas une chose annexe, voire inutile.

²⁷ L'œuvre du mathématicien et philosophe Bertrand Russell (1872-1970) a renouvelé les bases d'une sémantique des théories scientifiques. Extrait de son article *La théorie russellienne des descriptions*, dans la Revue philosophique de Louvain, tome 71(12) : 725-749 (1973), Jean-François Malherbe écrit : « Une sémantique complète est-elle possible sans enracinement d'une philosophie de l'action ? Les propositions en effet sont les produits d'actes de discours et leur signification dépend de la signification des actes qui les engendrent. Mais les actes de discours ne peuvent avoir aucune signification s'ils sont isolés de leur contexte global : l'action ».

Et, d'un autre point de vue, si nous continuons à nous représenter toute demande de liberté locale sous le prisme du duel historique entre Girondins et Jacobins, à positionner presque instantanément le vocabulaire et les descriptions de nos interlocuteurs dans une pyramide hiérarchique, il ne faut pas nous étonner de la prolifération des fractures sociales et des violences qui y sont liées.

Le second effort scientifique peut alors intervenir. Il procède des sciences du danger largement conçues par Georges-Yves Kervern (1935-2008)^{28, 29} et pratiquées par la communauté des cindyniques avec Patrick Rubise, Mioara Mugur-Schächter, Philippe Boulenger, Patrick Lagadec, Jacques Repussard, Laurence Baillif, Guy Planchette, en particulier.

Schématiquement et afin d'éviter que la gestion des risques ne se réduise à une prolifération procédurière *inhabitable* et à des formalismes abscons, tueurs de la responsabilité humaine, il s'agit de nous entraîner à détecter les disjonctions, déficits et dissonances entre les cinq aspects de tout regard que sont les buts et objectifs, les valeurs de chaque réseau d'acteurs, les données, les modèles, les normes et les lois.³⁰ Cette démarche permet d'anticiper des configurations dangereuses et incite à pratiquer régulièrement des expériences de pensée et exercices ciblés sur les points qui conditionnent le fonctionnement de nos organisations : de la maintenance basique des dispositifs techniques à la conscience permanente de nos responsabilités les plus déterminantes dans la réalisation correcte des missions.

En effet, toutes et tous, nous savons pertinemment combien des buts flottants, voire mensongers, des pratiques réelles contradictoires avec les buts affichés, des données lacunaires sur l'essentiel et envahies de « bruits », des modèles masquant des sous-jacents idéologiques, des normes et des lois rendant illisibles les priorités démocratiques ou maximisant certains principes au détriment d'équilibres profonds et de toute négociation collective, peuvent construire des catastrophes.

²⁸ Georges-Yves Kervern, *Éléments fondamentaux des Cindyniques*, Economica, 1995.

²⁹ Georges-Yves Kervern, *Emergence et histoire des cindyniques. Déconstruction de la destruction*, Colloque Intelligence de la Complexité, Epistémologie et Pragmatique, Cerisy, 23-30 juin 2005, <http://archive.mcxapc.org/docs/cerisy/c10.pdf>

³⁰ Jean-Marie Fessler, *Cindyniques et santé. Contribution des sciences du danger à la santé*, Economica, 2009.

Pourtant, il demeure difficile - et rarement atteint - de convaincre des dirigeants de l'utilité sociale de cette méthode de pensée et d'anticipation.

Aux faits, semble-t-il, on préfère largement des approximations et discours qui arrangent et, plus que l'action mûrement décidée et choisie, des promesses qui n'engagent que ceux qui les écoutent. La paresse intellectuelle est ainsi largement partagée car elle permet, apparemment sans frais, des rodomontades et à certains de « se pousser du col ».

C'est un alignement par le bas, conscient ou pas. Les *fake-news* en sont aussi un symptôme contemporain, accéléré et amplifié par les moteurs de l'ère numérique.

Au total, cette non-qualité peut consumer jusqu'à un tiers des ressources et déprime les travailleurs attachés au travail bien fait. Les œuvres de William Edwards Deming (1900-1993)³¹, H. James Harrington³², Henri Savall³³, le *Guide d'évaluation des coûts résultant de la non-qualité* de l'AFNOR³⁴ et les mesures microéconomiques dans de nombreux domaines, dont certains hôpitaux, confirment l'importance de ces coûts. Le temps consacré à la réduction des coûts de non-qualité induit des économies d'un montant 7 fois supérieur à l'investissement initial, le guide de l'AFNOR précisant que, dans toutes les organisations, les coûts de non-qualité représentent de 20 à 30% du temps et des budgets de fonctionnement.

Dans un pays qui s'appauvrit et s'endette tellement et où l'argent n'est guère facile à gagner, est-ce supportable ?

Un Etat qui respecterait mieux la contribution des citoyens aurait, depuis longtemps, mis en œuvre les modalités de partage des synthèses des récits et travaux des personnes volontaires pour enrichir de véritables échanges, dans une langue exempte des mutilations de la novlangue, des codages de l'entre-soi, de relations humaines faméliques et des combats des chefs.

Ce pourrait être une entreprise confiée au Conseil Economique Social et Environnemental.

³¹ William Edwards Deming, *Hors de la crise*, 3^{ème} édition, Economica, 2002.

³² H. James Harrington, *Le coût de la non-qualité*, Eyrolles, 1990.

³³ Henri Savall, Véronique Zardet, *Maîtriser les coûts et les performances cachés*, 7^{ème} édition, Economica, 2020.

³⁴ AFNOR, *Norme X50-126*, octobre 1986.

3. Stop à la novlangue et aux modèles destructeurs !

La novlangue, celle des pouvoirs, appelle des précisions.

Une illustration : L'exposé des motifs de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, comme d'ailleurs tous les exposés des motifs de toutes les réformes en santé depuis un demi-siècle, en dit long.

Sans même avoir besoin d'utiliser un logiciel de traitement du langage *naturel*, quelques expressions sont emblématiques : elles génèrent des illusions d'optique collectives et, ensuite, des règles artificielles construites par défiance envers la démocratie et par passion de grands principes.

Quelques exemples : La notion de *système de santé*, par référence à ce que serait une ingénierie technocratique, laisse à penser que les institutions disposeraient d'une description exhaustive de la santé et qu'il suffirait de donner les bonnes impulsions pour *progresser*. On peut en dire autant du *modèle*, des *indicateurs* et de la *réforme structurelle*.

Il ne s'agit pas ici d'exprimer l'irritation d'auteurs qui, sans avoir été entendus, ont consacré beaucoup de temps et d'énergie à travailler sur les faits et les mots et à soumettre, aux autres, nombre de publications. Il s'agit, bien plus gravement, d'attirer l'attention sur les impacts d'un tel codage, cautionné par les hauts magistrats de l'ordre administratif. Faut-il aussi rappeler que le Conseil d'Etat examine les projets de loi et d'ordonnance avant que ceux-ci ne soient soumis au Conseil des ministres ? Les Sages seraient-ils eux-mêmes contaminés par l'illusion collective façonnée par la novlangue ?

Pourtant, il n'est pas de loi juste sans une sérieuse réflexion philosophique... Est-ce à dire que des fondements de notre démocratie sont ici vacillants ?

Regardons en effet comment, d'emblée, à la lecture, le citoyen est placé hors jeu. Le professionnel aussi.

Extrait : « *Il s'agit également de poursuivre une dynamique de décloisonnement à tous les niveaux : entre hôpital, ville et médico-social ; secteur public et privé³⁵ ; entre professionnels, de la formation initiale à l'exercice, celui-ci devant être plus ouvert, pluri-professionnel et coordonné.* » Quelle volée de bois vert à l'encontre de médecins qui, à chaque instant, savent pourtant construire, rapidement, un diagnostic et des décisions thérapeutiques dont la vie de leurs patients pourra dépendre ! Alors, qui est cloisonné ?

Ensuite, nous aurons droit à la *structuration des soins de proximité* et à la constitution d'un *collectif de soins*, à la *gradation des soins*, aux *passerelles*, etc. Ailleurs, ce sera l'*accompagnement*. Naturellement, la loi *habilite le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances des mesures de re-certification des compétences des médecins*. Les projets des *communautés professionnelles territoriales de santé* sont soumis à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé.

On aura compris que par « réforme » il faut entendre « étape supplémentaire de l'étatisation de la santé en France », en pleine cohérence avec le rêve de quelques conseillers d'Etat de revenir aux officiers de santé napoléoniens, aux ordres.

L'Etat dirigiste s'étant emparé de toute autorité en santé, peut-on s'étonner que certains le rende responsable de tout ?

Stop aux modèles destructeurs

L'intervention planificatrice ou régulatrice qui agit sur la démographie, la géographie et la labellisation des savoirs médicaux a des conséquences structurelles dont certaines ont été destructrices.

Ainsi, le *numerus clausus*, depuis 1971 et particulièrement de 1985 à 2002, a fabriqué les déserts médicaux d'aujourd'hui et de demain. Ignorait-on à ce point le double

³⁵ Bien entendu, les 700 établissements de santé privés d'intérêt collectif, les ESPIC, qui sont gérés par des organismes sans but lucratif n'apparaissent que rarement dans les textes comme dans les médias.

phénomène épidémiologique du vieillissement de la population et de la chronicisation de certaines pathologies ?

Il en va de même du *régime des autorisations des lits hospitaliers et des équipements dits lourds*.

Il en va de même du *contenu des études des professions de santé réglementées* par le Code de la santé publique qui sont au nombre de vingt-quatre.

Sur un autre plan, *l'émiettement organisationnel* est un casse-tête. Outre les agences régionales de santé, on précisera que le ministère des Solidarités et de la Santé dénombre 34 autres agences et opérateurs produisant des normes et instructions.³⁶ Sans même évoquer les corps d'inspection, de contrôle et la mode du recours aux sociétés de consultance externe. Qui s'y retrouve ? Cela simplifie-t-il les partenariats et la confiance ? En quoi cela garantirait-il une vraie professionnalisation ?

On pourrait conclure avec Jean-Paul Fitoussi : « *Ce ne sont pas les gens qui sont rétifs à la complexité, mais ceux qui leur parlent doctement de problèmes qu'ils ne comprennent pas eux-mêmes. Les explications de ceux qui savent tout sont le principal obstacle à l'intelligence des phénomènes dont on voudrait être informé.* »³⁷

Concluons aussi à l'incurie, c'est-à-dire au manque de soin et à la négligence d'une gouvernance qui doit être revue à la base et dans ses fondements.

4. Mettre fin au dogmatisme tarifaire et à ses ravages

Force est aussi d'évoquer le dogmatisme tarifaire, pratique délétère.

S'agissant de la tarification à l'activité hospitalière (T2A) et de celle des actes médicaux (CCAM), une question se pose d'emblée : tarification de quoi ?

³⁶ Jean-Marie Fessler, *Les agences régionales de santé*, Cahiers du CIRIEC France 1, *Les autorités de régulation des services publics en France*, sous la direction de Pierre Bauby, Presses Universitaires de Rouen et du Havre, 2019, pp. 47-56.

³⁷ Jean-Paul Fitoussi, *Comme on nous parle. L'emprise de la novlangue sur nos sociétés*, Les Liens qui Libèrent, 2020, p. 35.

En répondant activités et actes des professionnels de santé, on se situe dans l'immense *espace* du langage médical et des données biologiques et d'imagerie qui permettent à la fois d'exprimer les diagnostics et les stratégies thérapeutiques et d'induire des actions auprès des patients.

On doit au français Jacques Bertillon (1851-1922), médecin, statisticien et démographe, la première *Classification des causes de décès*, en 1893, dont la sixième révision deviendra en 1948, sous l'autorité de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la *Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*.

Une telle contribution honore son auteur et ceux qui ont continué son œuvre, l'ont enrichie jusqu'à ce qu'elle devienne un pilier du langage médical mondial.

Mais en dépit des efforts des professeurs Jacques Chevallier, François Grémy (1929-2014), Marius Fieschi, du Dr. Pierre Frutiger, particulièrement, la participation française à la construction depuis 1975 de SNOMED-CT, la plus vaste nomenclature médicale et clinique qui comporte de l'ordre de 400 000 concepts codés, a été empêchée. 39 pays, dont 22 en Europe y coopèrent. La politique nationale de la chaise vide entraîne l'absence de tous les comités internationaux de normalisation en matière de numérique en santé et donc d'interopérabilité. Pour les diagnostics et les actes, les référentiels sémantiques officiels n'étant pas les mêmes, les comparaisons internationales médico-économiques et tarifaires sont acrobatiques.

Ensuite, les problématiques comptables, le choix des variables de calcul des coûts des consultations et des actes en médecine de ville et des séjours hospitaliers puis les décisions portant sur la fixation des tarifs présentent des difficultés certaines.

Depuis quarante ans et dans les 50 pays qui ont progressivement construit des dispositifs tarifaires précis s'appliquant aux soins médicaux et chirurgicaux, on observe une participation variable des professionnels de santé. On observe aussi une transparence variable sur les modes de calcul, les arbitrages, les évolutions dans le temps. Compte tenu des mutations scientifiques, technologiques, médicales, des points apparemment techniques sont cruciaux. Si les tarifs sous-valorisent certaines pratiques et disciplines médico-chirurgicales, ces dernières s'asphyxient peu-à-peu. Si les tarifs en survalorisent d'autres, les ressources sont mal orientées. En France, les

ressources en question proviennent des cotisations au titre de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

En France, la Caisse nationale d'assurance maladie, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, en particulier, n'ont jamais souhaité bénéficier d'un véritable dialogue fondé sur les retours d'expérience des médecins des départements d'information médicale, des comptables et financiers des établissements.

Tout ceci ayant été vécu, démontré et publié, à partir de la base de données constituée à l'Hôtel-Dieu de Paris et à Antoine-Béclère et nourrie par leurs deux communautés médicales et soignantes sur sept années et 350 000 séjours d'hospitalisation puis *perdue* par l'administration de l'Assistance Publique - un gâchis de plus -, on ne précisera ici que la démarche poursuivie.^{38, 39, 40}

La séquence qui tue : pensée unique et « purges »

Sur presque quarante ans, la séquence a été la suivante : [Importation sans véritable valeur ajoutée de l'approche américaine née à l'Université de Yale → Expérimentation avec exclusion de tout débat approfondi sur les résultats → Généralisation réglementaire puis législative → Gestion non transparente des données et des résultats → Passage législatif à la tarification à l'activité (T2A) → Evaluation non contradictoire.]

Divers faits et leurs conséquences en sont découlés. En voici quelques exemples.

- Les quelques spécialistes du double domaine de la synthèse clinique et du calcul des coûts directs ont été blacklistés.
- Ayant sans doute déplu, le Conseil scientifique du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), composé d'experts bénévoles, a été supprimé sans un mot, en 1997.

³⁸ Pierre Frutiger, Jean-Marie Fessler, *La gestion hospitalière médicalisée*, ESF éditeur, 1991.

³⁹ Jean-Marie Fessler, Pierre Frutiger, *La tarification hospitalière à l'activité. Eléments d'un débat nécessaire et propositions*, Groupe Liaisons SA, 2003.

⁴⁰ Jean-Marie Fessler, *Cindyniques et santé. Contribution des sciences du danger à la santé*, Economica, 2009, *Cindyniques et tarification à l'activité*, pp. 107-117.

- Quant aux adaptations nécessitées par les puissantes évolutions de la médecine et des technologies, elles relèvent bien plus de la foire d'empoigne que des sciences. C'est ainsi que le processus de fixation des tarifs des actes innovants a singulièrement contribué à détruire notre industrie biomédicale.
- « Bien entendu », l'idée même d'organiser un véritable débat d'infoéthique sur le sens même des algorithmes présidant à la répartition de l'argent collectif à chaque *groupe homogène de malades* a été dédaignée.
- L'argument constamment utilisé pour ne débattre de rien et pour continuer à survoler ce qui est techniquement une énorme base de données est grossier : « *La T2A a sauvé l'hôpital public* ». « *Les plus actifs gagneront des marges budgétaires* ». Asséner sans prouver ni évaluer n'est guère professionnel. Est-il réaliste de penser que les séjours d'hospitalisation relèveraient d'un marché concurrentiel, à l'instar d'autres domaines, et de durées de séjours standardisées ?
- Finalement, les hôpitaux d'urgence et de dernier recours ont été paupérisés : ils ont moins que d'autres établissements la possibilité d'organiser le *recrutement* de patients dont les séjours sont correctement tarifés. En France, si le volume des activités augmente globalement d'une année sur l'autre, l'ensemble des tarifs diminue, afin de rester dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie hospitalier.
- Au demeurant tout cela est conforme à l'autoritarisme de ceux qui dénie toute légitimité aux hospitaliers de *terrain*, autre que la saisie des *datas*. C'est comme si tout était fait pour mettre en place une *dictature* des *datas* : des nombres et leur interprétation selon des algorithmes dont les formules inconnaissables sont ce qui fonde un pouvoir technocratique.
- Au total, aujourd'hui, aucune alternative crédible, testée et documentée, n'est réellement prête. La *doxa* gouverne et a liquidé les propositions hétérogènes émanant des pratiques.

La séquence qui tue : diviser et quadriller le terrain pour « régner »

- Sans même qu'on essaye, il a été jugé impossible de constituer une plateforme d'échanges entre le « terrain » et le « sommet » pour éviter les biais techniques grossiers, pour discuter des grandes difficultés sémantiques et épistémologiques de la réduction algorithmique du langage médical (le plus vaste de toutes les

sciences), pour réfléchir aux possibilités d'évolution de nos systèmes comptables. Lâcheté intellectuelle ? Stratégie de conservation de pouvoir ? Crainte d'être dépassé dans ses propres compétences ?

- Les hôpitaux souffrent quotidiennement des incohérences des tarifs entre eux. Ceci se joue malade par malade, *discrètement*. C'est se moquer des hospitaliers que de venir ensuite doctement leur reprocher de négliger la coopération inter hospitalière, la prévention, la santé publique, la nécessaire maîtrise des dépenses, etc., alors que la T2A ne pousse qu'à la production d'actes, dans un pur et archaïque taylorisme.
- Naturellement, des tarifs nationaux uniques qui ne tiennent aucunement compte des différences locales entre les coûts, laissent place à toutes les luttes inégalitaires pour obtenir budgets fléchés, enveloppes complémentaires, etc. Ce sera ensuite fort simple de montrer que les acteurs locaux ne savent pas coopérer !

Au total, une telle méthode n'est-elle pas destructrice de confiance et largement responsable des dysfonctionnements auxquels elle incite ? Peut-on alors espérer un *moratoire* sur de telles entreprises de *lissage du Réel* ?

Au chapitre territorial, qu'en est-il ?

- La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé n'a-t-elle pas constitué 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT) ? Pour soutenir les initiatives des professionnels de santé libéraux, on mettra en place des équipes de soins primaires (ESP) organisées autour des médecins généralistes et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pouvant regrouper des généralistes et spécialistes, des auxiliaires médicaux, des acteurs médico-sociaux et sociaux.
- Sauf erreur, les GHT ne regroupent que des établissements publics.
- Sauf erreur, les CPTS sont des associations de projets spécifiques de coordination. Elles ne font pas du territoire le nouvel échelon de gouvernance de l'offre de santé.
- D'ailleurs, quelles sont les différences entre les bassins de vie et les territoires ?

Les exemples ne manquent pas qui montrent que les réformes se succèdent, imaginées et impulsées par des « apprentis sorciers » !

La méthode qui tue la médecine générale de proximité

Quant à la médecine générale de proximité, que dire de la séquence suivante ?

[*Oubli* de la médecine générale dans la création du système hospitalo-universitaire, en 1958 → Instauration du *numerus clausus*, en 1971 → *Diviser pour régner* : création du secteur 2, en 1980 → Instauration du médecin traitant, sans moyens, et autorisation de dépassements pour les spécialités, en 2005], etc.

On pourrait se demander comment l'ordre des médecins et les syndicats médicaux ont pu signer...

- Aujourd'hui, entre les départs à la retraite (longtemps encouragés par les pouvoirs publics), les postes vacants (pour de multiples raisons dont le fait que les statuts de la fonction publique hospitalière interdisent de moduler les rémunérations alors même que chacun connaît les disparités territoriales du coût de la vie), l'abandon en 2003 de l'obligation des gardes et astreintes en médecine de ville, la tutelle et la réglementation tous azimuts, l'ensemble est explosif, au détriment de la santé de toutes et tous. Combien de médecins et d'autres professionnels de santé raccrochent-ils leur blouse ?
- Problématiques et démarches d'amélioration sont exposées de longue date.⁴¹
- Mais le retard pris frappe les esprits :
 - Qu'en est-il de l'expérimentation d'une rémunération forfaitaire des généralistes pour les deux-tiers et simplement un tiers à l'acte ?
 - Qu'en est-il de la viabilité économique des maisons médicales ou des maisons ou centres de santé ?

⁴¹ Nous mentionnerons en particulier les travaux de Jean de Kervasdoué, dont :
Jean de Kervasdoué, John Kimberly, Victor Rodwin, *La santé rationnée ? La fin d'un mirage*, Economica, 1981.
Jean de Kervasdoué, Didier Bazzocchi, *La santé rationnée. Un mal qui se soigne*, Economica, 2019.
Politiques de santé. Idées, Innovations et Illusions. Mélanges en l'honneur de Jean de Kervasdoué, Economica, 2015.

- Qu'en est-il de la création d'un conseil d'administration responsable, dans les hôpitaux publics, nommant le directeur et le médecin-chef ?

Heureusement, il y a des acteurs qui ont beaucoup testé, innové, proposé, sur tous les axes fondamentaux de la santé réelle dans les territoires ⁴² et sur les latitudes créatrices au sein des établissements de santé ⁴³ et en prévention. ⁴⁴

Après avoir plaidé dans le sens de bien meilleures interactions constructives, grâce à une pensée en navette, dans celui de la mise en œuvre de la Méthode de conceptualisation relativisée et des Cindyniques en santé et d'une rupture avec la novlangue, les modèles destructeurs et le dogmatisme tarifaire, nous en venons à nous interroger, après deux années de pandémie, sur la demande de santé et pas seulement de soins, à l'aune des territoires et de la double transition démographique et épidémiologique.

5. Prendre en compte la demande de santé

La transition démographique

Selon l'Institut national d'études démographiques, la transition démographique se caractérise par le passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées et s'équilibrent à-peu-près, à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles et s'équilibrent également. C'est au 20^{ème} siècle que les conditions de salubrité ont permis un gain continu d'espérance de vie qui se prolonge encore aujourd'hui. Pendant des millénaires, l'espérance de vie des individus n'a sans doute jamais excédé durablement 25 ou 30 ans, jusqu'au milieu du 18^{ème} siècle. A l'avantage des femmes, elle était de 40 ans et 45 ans au début du 20^{ème} siècle, de 60 ans et 65 ans en 1945. Elle est de 80 ans et 85 ans aujourd'hui. Ainsi, cette transition démographique

⁴² Nous mentionnerons en particulier les travaux d'Emmanuel Vigneron, professeur d'aménagement du territoire et de géographie de la santé, dont : *La santé au XXI^{ème} siècle. A l'épreuve des crises*, Berger-Levrault, 2020.

⁴³ Florence Bertrand, Nicole Billast, Audrey Costa, Anne Inizan, Charlotte Pressoir, Dr. François Bournerias, Dr. Jean-Louis Coy, Jean-Marie Fessler (dir), Dr. François Gonin, Michel Lafon, Pr. Pierre Landrieu, Jean-Jacques Romatet, Philippe Viala, *L'hôpital que nous aimons*, Groupe Liaisons SA, 2004.

⁴⁴ Marie-Odile Bertella-Geffroy, Paul-Henri Bourrelrier, Jean-Marie Fessler, Pr. Alain Grimfeld, Christian Huglo, Michel Juffé (coordonnateur), Pr. Yves Lévi, Pr. Alain Simon, *Prévenir vaut mieux que guérir. La prévention précoce, à tous âges*, Economica, 2017.

est consubstantielle à la transition épidémiologique. Elle résulte d'un rapport sacralisé à l'enfant, de la multiplicité des formes et séquences familiales, de la coexistence fréquente de trois générations, d'un allongement du temps de retraite, d'un rapport différent au travail et aux loisirs, d'un rapport différent au capital santé et au bien vieillir, d'une relation à la mort modifiée.

La transition épidémiologique

Elle se caractérise par une évolution de la répartition des morbidités. Les maladies infectieuses en période périnatale, en couche, puis tout au long de la vie ont jalonné le quotidien des Français jusqu'en 1960. L'amélioration des conditions de vie, la généralisation de la vaccination et la découverte des antibiotiques ont considérablement fait reculer ces maladies, auxquelles succèdent les maladies cardiovasculaires, les affections tumorales et les pathologies psychiatriques, liées notamment à nos modes de vie. Le cancer domine désormais les causes de mortalité et les maladies neuro-dégénératives s'installent dans le paysage des morbidités. Là où les maladies aiguës emportaient nos anciens, les histoires longues et chaotiques de plusieurs pathologies cumulées accompagnent la dernière partie de la vie de nos contemporains.

La demande de santé dans les pays occidentaux combine le besoin de longévité et de qualité de vie dans un univers où la polypathologie chronique domine.

La prise en charge des pathologies aiguës demeure une nécessité qui, de proche en proche, est attendue de manière immédiate, simple et efficace. Pour les plus bénignes, elle se démedicalise au profit d'intervenants plus accessibles et mieux répartis sur le territoire comme, par exemple, les pharmaciens.

Perspective pour une offre de soins adéquate

Or, l'histoire de la maladie chronique est discontinue avec des périodes d'aggravation et d'accalmie, avec des préoccupations tantôt sanitaires tantôt sociales en fonction des répercussions, et ce quel que soit l'âge. Elle mêle la sollicitation et l'intervention

des acteurs du système de soins et des acteurs du médico-social dans des prises en charge souvent incoordonnées, avec des maillons manquants. C'est un véritable parcours du combattant, notamment lors des phases d'accélération (hospitalisation, retour à domicile, rupture sociale).

Le système tel que nous le connaissons aujourd'hui est ainsi décalé au regard de la demande. L'offre est complexe. Elle est déliée entre la ville et l'hôpital, entre les différentes catégories de professionnels de santé. La permanence des soins est mal assurée en ville et engorge les urgences des hôpitaux. La prise en charge n'est quasiment pas graduée. Les métiers de l'accompagnement, du bien-être et de la préservation du capital santé - prévention personnalisée en amont et pendant la maladie, thérapeutique non médicamenteuse, autres médecines - existent mais restent à l'appréciation et aux possibilités de chacun car peu considérés et peu évalués.

Les enjeux sont donc de transformer en profondeur un système de santé fondé depuis 1945 sur une prise en charge des épisodes aigus et qui, tant bien que mal, tente de s'adapter à la demande croissante des malades chroniques.

Un certain nombre de défis restent à relever.

Le développement des innovations thérapeutiques et technologiques permet un raccourcissement des durées d'hospitalisation et donc le virage ambulatoire. Le nombre de lits hospitaliers, qu'ils soient de courts, moyens ou longs séjours, va vraisemblablement diminuer. Demain, la demande va vraisemblablement s'orienter vers un système plus simple, plus accessible, mieux coordonné, plus soucieux de la codécision où les séquences et trajectoires seront la maille, plutôt que les actes et tâches ponctuels. Aujourd'hui, cette demande demeure égalitaire et socialisée. A l'avenir, glisserons-nous ou pas vers un socle de base socialisé et qui deviendrait au fur et à mesure un « socle de minimum de dignité » alors que, parallèlement, le progrès technique standardisera des prises en charge à « service sanitaire rendu » correct ? Quelle sera donc la place de la solidarité et des instruments de sa réelle matérialisation ?

La montée en charge de la médecine personnalisée, avec, par exemple, le séquençage génétique des tumeurs, des thérapeutiques innovantes relevant de l'immunothérapie et de la thérapie cellulaire, des robots chirurgicaux, du *bioprinting*, des technologies de collaboration entre professionnels de santé, des logiciels

d'assistance au diagnostic vont considérablement impacter le rôle des acteurs et les dépenses de santé.

La partie médicale de la prise en charge sera vraisemblablement centrée sur de l'expertise à très forte valeur ajoutée.

Dans cette hypothèse, l'hyperspécialisation médicale va s'accroître sur une répartition territoriale concentrée, la dématérialisation des échanges aidant. Les métiers « de l'accompagnement » seront là pour aider les malades à adapter leur mode de vie à leur maladie, à en réduire l'impact, à favoriser la réhabilitation. Le médecin traitant aura un rôle de détection, d'orientation dans les filières, de suivi et de liens entre les métiers de l'accompagnement et les centres spécialisés.

Au chapitre des métiers de « l'accompagnement », il y a ceux qui existent. Il s'agit globalement des auxiliaires médicaux. La place de chacun va dépendre comme aujourd'hui du profil pathologique du malade. Il y a également les métiers du social. Puis il y a ceux qui émergent comme les enseignants et ingénieurs en activité physique adaptée. *Quid* des métiers de l'éducation thérapeutique très hospitalière aujourd'hui et encore plus nécessaire demain quand bien des traitements se feront à domicile, la chimiothérapie orale par exemple ? Il demeure aussi une interrogation quant à la coordination. Il est vraisemblable que la coordination médicale soit faite par le médecin traitant. En revanche, y aura-t-il demain des interlocuteurs dédiés à la coordination de l'accompagnement et reconnus comme tels ?

6. Des soins vers la santé

La défaite de la santé publique

En 1996, Aquilino Morelle utilisait ce titre pour un ouvrage qui pointait les insuffisances du système de santé en la matière. L'affaire du sang contaminé en était la raison mais la démonstration s'appuyait sur des origines bien plus profondes. Vingt-cinq ans plus tard après six grandes lois sur la santé, le constat d'une faiblesse de la santé publique demeure comme en atteste le niveau de dépenses. La consommation de soins et biens médicaux était en 2018 de 203 milliards d'euros par an en France, soit environ 3 000 € par habitant, soit encore 12,5 % de la consommation effective des ménages. Or, la dépense de prévention dite institutionnelle, en 2018, s'élevait à 6,2 milliards d'euros

soit 93 euros par habitant ce qui correspond à 2,2 % de la dépense courante de santé. Pourtant sans politiques de prévention efficaces, le développement du « tout curatif » ne permettra jamais de contrecarrer l'évolution, trop souvent présentée comme « inexorable », des dépenses de santé, le tout sur fond d'inégalités sociales de santé s'amplifiant⁴⁵.

Or, se donner des ambitions en santé publique, c'est se donner des objectifs clairs, c'est mobiliser les acteurs bien au-delà du champ du soin notamment dans les territoires, c'est recourir à des professionnels divers et formés, c'est allouer les moyens nécessaires pour agir, c'est associer les citoyens au plus près des démarches entreprises.

Agir sur les déterminants de santé

Être malade chronique est le résultat d'un long processus qui, de proche en proche, amène vers le chemin du soin pour compenser, neutraliser ou ralentir l'inexorable progression de la maladie.

Avant d'arriver vers le précipice « médical », toute une somme d'éléments concourt à maintenir un bon état de forme, à le favoriser. C'est ce qu'on appelle les déterminants de santé. Plusieurs modèles ont fait l'objet de publications scientifiques majeures. Le modèle de G. Dahlgren et M. Whitehead, une référence, en détermine cinq grandes catégories. Ce sont d'abord les caractéristiques phénotypiques et génotypiques des individus. La seconde est liée aux représentations et comportements de santé - tabagisme, comportement à risque, etc. -. La troisième concerne les réseaux relationnels et l'intégration dans une communauté. La quatrième revêt les conditions de vie et de travail. Et, enfin, la cinquième englobe les facteurs économiques, sociaux, environnementaux qui déterminent la marche de la société.

Or les indicateurs montrent une grande disparité de l'état de santé des différentes populations de Français. En 2012-2016, la différence d'espérance de vie à la naissance entre les 5% d'hommes ayant les revenus les plus faibles et les 5% ayant les revenus les plus élevés était de 13 ans⁴⁶. De plus, le poids de la mortalité

⁴⁵ - DREES, « Les dépenses de santé en 2018 », p. 104. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019>

⁴⁶ Observatoire des inégalités, « Riches et pauvres, inégaux devant la mort », 2018, <https://www.inegalites.fr/Riches-et-pauvres-inegaux-devant-la-mort>

prématurée avant 65 ans est important : près d'un décès sur cinq. Si l'essentiel de la mortalité se concentre désormais aux âges élevés avec, en 2015, des espérances de vie à 65 ans de 23,5 ans pour les femmes et de 19,7 ans pour les hommes, en tête du classement des pays européens, le décalage qui existe entre une espérance de vie à 65 ans très favorable et une espérance de vie à la naissance plutôt moyenne chez les hommes s'explique par le poids des décès prématurés, plus fréquents pour les hommes. D'ailleurs, on constate que la mortalité prématurée est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. La mortalité évitable représente, en 2013, 30 % de la mortalité prématurée et est 3,3 fois plus élevée chez les hommes⁴⁷.

Or l'amélioration de l'état de santé de nos concitoyens n'est pas dépendante du seul facteur d'accès aux soins. Celui-ci reste bien entendu majeur puisqu'il est comme la dernière barrière face à la souffrance et la mort. Cependant, une multitude de leviers peut être actionnée en amont et tout au long de la vie pour garantir une meilleure santé à nombre de nos concitoyens comme en atteste la part explicative de chacun des déterminants de santé.

Schématiquement, la santé des individus relève de l'environnement pour 7%, des soins médicaux pour 11%, des facteurs biologiques et génétiques pour 22%, des conditions sociales pour 24% et des comportements pour 36%⁴⁸.

Il est à noter que les recherches récentes ont mis en lumière la relation entre l'exposition à laquelle est soumis l'individu et sa relation avec l'expression de son génome. Autrement dit, les facteurs environnementaux peuvent avoir des répercussions sur les caractéristiques propres de l'individu et de sa descendance. C'est un domaine de recherche très actif au début d'une histoire qui mêle la notion d'exposome et les travaux en épigénétique.

Il y a fort à penser que les connaissances en santé environnementale dans les années qui viennent vont sans doute contribuer à faire évoluer les politiques de santé publique.

⁴⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et Santé Publique France, « L'état de santé de la population en France », Rapport 2017.

⁴⁸ https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/?utm_source=determinantsofhealth.org&utm_medium=redirect

La crise sanitaire, une loupe sur nos insuffisances

Quoi qu'il en soit, la diversité des déterminants de santé et la capacité à pouvoir agir dessus au plus près des citoyens place les territoires comme un des lieux d'action par excellence. La crise sanitaire a agi comme un puissant révélateur de ces possibles. En effet, la violence et la soudaineté de l'épidémie de Covid-19 ont mis notre pays face à des difficultés initiales inimaginables. L'absence de masques, la pénurie de médicaments, les difficultés à organiser le dépistage ont montré combien l'organisation de la santé publique était défailante. Dans son ouvrage « L'ouragan sanitaire » le professeur Didier Houssin, ancien directeur général de la Santé et président du Comité d'urgence Covid-19 de l'Organisation mondiale de la santé, décrit comment les enseignements et les dispositifs mis en place lors des alertes épidémiques des années 2000 ont été oubliés, abîmés par le temps⁴⁹. Nous avons même oublié comment les esprits de l'époque avaient automatiquement mentalisé le fait que ce virus très contagieux allait par magie rester cantonné ailleurs sans toucher la France - totale ineptie dans ce monde ouvert.

Comment a été relevé ce défi *ex nihilo* ou presque en pleine tourmente ? En parallèle des défaillances du système de prévention, les acteurs du soin ont contenu la vague tant bien que mal. De paroles de soignants, l'organisation existante, l'engagement des professionnels et l'assouplissement des règles administratives ont permis une réaction exceptionnelle face à la vague morbide. Pour beaucoup de professionnels de santé, les coopérations construites dans l'urgence assises sur une autonomie des soignants nécessaires à la décision fondée sur le sens du métier ont été la clé de la réussite à l'hôpital public. Au même moment, la coordination avec le secteur privé et libéral, épine structurelle du système a fait l'objet de beaucoup de critiques, l'Etat ayant eu tendance dans l'urgence à oublier pour « monter au front » les capacités de prises en charge du secteur privé lucratif et non lucratif. *In fine*, cette crise à la phase initiale a mis les projecteurs sur une nouvelle défaite de la santé publique, sur la coopération balbutiante des secteurs privé et public des soins et sur la performance retrouvée de notre organisation hospitalière.

⁴⁹ Pr. Didier Houssin, *L'ouragan sanitaire. Comment sortir de la pandémie du Covid-19 et préparer l'avenir*, Odile Jacob, 2021.

Quels en sont brièvement les résultats ?

A ceux qui sont largement connus et commentés, à savoir une mortalité exceptionnelle - la mortalité liée au Covid-19 représente à la fin de l'été 2021 environ 30 ans de mortalité routière -, un retour d'expérience à la source de réformes principalement des soins hospitaliers publics - le Ségur de la santé -, un traitement de plus en plus efficace des vagues successives, notamment par la vaccination et la politique d'accès aux tests de dépistage - la gratuité fut une exception en Europe -, deux enseignements mériteraient davantage de publicité.

Le premier concerne les inégalités sociales de santé. La mort et la maladie Covid-19 ont frappé inégalement les Français. En comprendre le pourquoi et voir comment agir grâce notamment à des dispositifs de prévention et de promotion de la santé efficaces devient primordial. Nous le savions. Le typhon épidémique nous le rappelle violemment. La société française des inégaux en santé appelle un sursaut des politiques de santé publique.

Le second concerne le rôle des territoires, unités où les populations sont connues, où les leviers d'action avec les acteurs de terrain sont multiples.

7. Les territoires et la santé, terre de liens, terre d'actions

Comment définitivement ajuster le système de santé aux évolutions de la demande sociale ? Une partie de la réponse peut résider dans la confiance placée sur les territoires.

Les maires au-devant de la scène depuis 2020

Parce que la crise sanitaire en 2020, notamment pendant la première vague de l'épidémie, a mis la société devant l'inconnu, les Français se sont retournés vers les interlocuteurs accessibles et crédibles. En plus des adaptations des activités communales, les maires furent sollicités pour trouver des masques, des surblouses, organiser les dépistages, aider les professionnels de santé et les offreurs de soins. Ils furent le prolongement naturel de l'Etat pour déployer la « stratégie sanitaire anti-covid » alors que ce n'est pas dans les prérogatives des municipalités. L'urgence d'une maladie aiguë nouvelle et dévastatrice a naturellement placé les maires au-devant de

la scène. Pourquoi restent-ils éloignés des actions de santé pour ce qui est le fléau de nos sociétés modernes, à savoir les maladies chroniques et leurs déterminants ?

Des prérogatives naturelles pour améliorer la santé des habitants

Les prérogatives légales des municipalités ont évolué au long du 20^{ème} siècle. La loi du 15 février 1902 relative à la protection générale de la santé publique a créé les bureaux municipaux d'hygiène. A l'époque, l'hygiénisme était une réponse collective de santé de premier plan alors que les prises en charge médico-chirurgicales individuelles étaient peu efficaces et réservées à une petite partie de la population. De cette époque, datent notamment les prérogatives toujours en vigueur sur la salubrité publique.

Depuis la loi de 1984, les bureaux municipaux d'hygiène (BMH) ont été transformés en Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS).

Leurs principales attributions concernent aujourd'hui le contrôle et surtout les interventions dans le domaine de l'hygiène générale, notamment sur l'habitat et les abords. Cela se traduit principalement par des actions sur la salubrité des habitations et des milieux de vie tels que l'eau, les déchets, l'alimentation.

Certaines communes ont une approche minimaliste de la santé, d'autres ont davantage investi le sujet que ce soit par une implication dans l'offre de soins ou en jouant sur les déterminants. Nombre de communes ont investi de longue date dans des centres de santé municipaux ou bien se préoccupent d'attirer des professionnels de santé dans des contrées souvent désertifiées. D'autres ou parfois les mêmes se sont mobilisés sur la prévention et la promotion de la santé avec leurs divers leviers d'action. Les unes et les autres ont consacré un budget de fonctionnement et d'investissement à la santé. Elles ont structuré les services administratifs, formé les personnels et les élus, tissé des liens avec les acteurs de santé institutionnels et de terrain et optimisé les outils de contractualisation, notamment avec l'Etat.

Les travaux menés par le réseau des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé et les travaux de l'association « Elus santé publique et territoires » montrent combien certains territoires se sont emparés de ce domaine d'intervention par conviction pour que la ville puisse agir sur les déterminants de la santé et promouvoir la santé^{50, 51}.

⁵⁰ <https://www.villes-sante.com/>

⁵¹ <https://espt.asso.fr/>

Or, le spectre d'intervention des municipalités au croisement des déterminants de santé est d'envergure. Les politiques de logement permettent d'en régler l'accès. Des décisions d'urbanisme dépendent la praticité des villes, la facilité de déplacement, les pollutions induites, les impacts environnementaux sur la santé, etc. Les politiques scolaires et périscolaires sont plus ou moins inclusives. Elles soutiennent ou pas les comportements favorables ou non à la santé. La promotion de l'activité physique ou l'investissement sur la qualité nutritionnelle des repas des cantines en sont deux exemples illustratifs. Le soutien aux associations et l'investissement dans les équipements culturels et sportifs engendrent potentiellement du lien social. Les politiques sociales permettent au plus grand nombre de vivre dignement. Enfin pour finir cette liste non exhaustive, la connaissance des professionnels de santé de terrain et la participation à la vie des établissements de soins ou médicaux sociaux font que les maires peuvent contribuer à faciliter la prise en charge des soins.

Bien sûr, le risque de résurgence des baronnies et des querelles intestines que l'on a connu dans la restructuration de l'offre de soins hospitaliers est à maîtriser et réguler. Ce n'est pas une raison valable pour inhiber les possibles avec ceux qui œuvrent au plus proche des Français dans leur diversité. La question de l'organisation du système et de son financement pour pleinement entériner le rôle des territoires est à ouvrir. C'est à proximité que se jouent les déterminants de santé.

Conclusion : Pour aller plus loin, l'appel à une renaissance...

La situation sur le terrain, dans le monde de la santé, est devenue explosive.

Notre article n'est pas un réquisitoire mais un constat sans complaisance.

Sous la condition du respect de la fierté des médecins et des soignants et d'une écoute sincère dans les relations avec les professionnels, le monde de la santé sait relever tous les défis qui ont du sens. Ce sont les injonctions contradictoires, les discours adverses, les formalismes obligés, le réductionnisme sanitaire - à l'œuvre depuis des décennies - qui usent son cœur : sa haute qualité humaine et professionnelle.

On connaît aussi les drames, celui de la souffrance des soignants, mesurée de longue date.^{52, 53}

La véritable transformation serait d'en finir avec la paresse intellectuelle, les embrouillaminis organisationnels, la bureaucratisation, le dogme budgétaire et le « *prêt-à-penser* » dans l'organisation de la santé.⁵⁴ Il s'agit donc de se donner les moyens de la prévention et des soins, en mobilisant les acteurs, ceux qui savent et peuvent agir en fonction des caractéristiques fines de nos concitoyens avant qu'ils ne soient malades et lorsqu'ils le deviennent.

« *Détourne-toi des préceptes de ceux qui spéculent sur le monde mais dont les raisons ne sont pas confirmées par l'expérience.* » Contribuables et cotisants, usagers et patients, professionnels de santé, pouvons-nous imaginer voir enfin comprise cette maxime de Léonard de Vinci (1452-1519) et éviter les effets destructeurs de fractures de plus en plus profondes ?

Nous avons voulu terminer cet article par des **pistes opérationnelles**. Elles peuvent être travaillées **à toutes les échelles**. Cette liste n'est pas exhaustive.

- Ecouter, toujours écouter les professionnels des métiers qui ont les pieds sur terre et agissent. A défaut, les situations complexes contemporaines sont *ingérables*.
- Vérifier la prise en compte de tous les récits impliqués en santé : ceux des patients, des médecins et soignants, des gestionnaires et logisticiens, des élus locaux, etc.
- Après la pandémie, promouvoir les retours d'expérience locaux et vérifier les conditions pour que les promesses de protection puissent être honorées à l'avenir.
- Réhabiliter le rôle évident des municipalités en santé publique.
- Nous assurer de la sûreté de fonctionnement de nos établissements de soins et de nos dispositifs de santé publique.

⁵² Madeleine Estryn-Béhar, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, De Boeck Supérieur, 1997.

⁵³ Robert Holcman (dir), *La souffrance des soignants. Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention*, Dunod, 2018.

⁵⁴ L'expression est de Manuel Gea, président-fondateur de Centrale-Santé et directeur général de Bio Modeling Systems, <https://www.bmsystems.net/likened-posts-manuel-gea-bmsystems.php>

- Travailler sur nos buts réels et la compréhension mutuelle des mots, le partage de leur sens et les interactions constructives qui en naissent.
- Nous inspirer de la contribution de sciences « dures » - la méthode de conceptualisation relativisée et les sciences du danger, en particulier -.
- Mettre enfin en œuvre des plateformes d'échanges démocratiques, y compris dans des domaines techniques trop longtemps confisqués, les tarifications en santé, notamment.
- Travailler sur la détection et la réduction des coûts de non-qualité, à toutes les échelles.
- Distinguer les règles fondamentales à respecter par tous pour garantir la sûreté des pratiques.
- Temporalités, spatialités et savoirs contemporains étant bouleversés par l'ère numérique, investir dans de solides synthèses portant sur l'essentiel des métiers et des missions.