

Didier Ménard

Médecine de ville en péril

Sept propositions
pour la transformer

Préface d'André Grimaldi
Postface de Claude Alphandéry

Les Éditions Utopia

SOMMAIRE

Préface	
Merci à l'Équipe de l'ACSBE.....	15
Introduction	17
Aux racines de mon engagement.....	25
<i>Un démarrage laborieux</i>	26
<i>Une intégration difficile à la faculté de médecine ...</i>	28
<i>Démarrer au Franc-Moisin</i>	31
<i>Confrontation avec l'Ordre des médecins.....</i>	33
Sept transformations du système de santé	35
TRANSFORMATION 1. <i>Nous soignons avec</i> <i>les personnes malades</i>	36
Identifier le parcours de la personne malade	41
TRANSFORMATION 2. <i>L'organisation de l'offre</i> <i>de santé en ville ne peut être que collective</i>	43
Télémédecine: progrès ou fuite technologique en avant?	45
Les maladies chroniques	47
L'exercice coordonné en équipe, levier du changement	52
TRANSFORMATION 3. <i>Le modèle économique</i> <i>de l'offre de santé en ville s'adapte aux besoins ...</i>	54
Des procédures contraignantes	60

TRANSFORMATION 4. <i>La santé participative</i>	64
Comment fonctionnaient ces réseaux d'entraide?	64
La santé des habitantes et des habitants	65
Les habitants, relais précurseurs de la médiation en santé	68
Le devenir de l'enfant après le décès des parents tombés dans la drogue	68
La santé participative: un état d'esprit, un besoin d'agir en collectif	75
La Place Santé: centre de santé communautaire associatif	78
TRANSFORMATION 5. <i>D'un système de distribution de soin à un système de santé</i>	84
Le pilotage difficile de l'action publique en santé	84
La grande Sécu	90
TRANSFORMATION 6. <i>Inventer de nouvelles pratiques de soins et de prévention</i>	93
La rénovation urbaine: facteur de concentration des populations précaires	93
Les soins palliatifs à domicile	95
La lutte contre l'usage de drogues: un défi pour la santé participative	98
La confrontation au sida: une terrible mise à l'épreuve	100
Des dealers en blouse blanche?	101
Face à la vulnérabilité: les patients porcelaine	104
Les réseaux territoriaux de santé et la loi Kouchner	106
La loi Kouchner définit les réseaux de santé	107
TRANSFORMATION 7. <i>Diminuer les inégalités territoriales de santé</i>	110
Nous fûmes surpris, mais pas dépourvus	110
Le « aller-vers »	114
Témoignages issus du Rapport d'Activité de l'ACSBE pour 2020 et le Covid	116
Conclusion	121
Postface	123

Annexes	127
1. <i>Glossaire des termes utilisés</i>	127
2. <i>Liste des abréviations</i>	131
3. <i>Quelques dates essentielles</i>	132
4. <i>Courte bibliographie</i>	134
5. <i>Sites web utiles</i>	135

Préface

*Par André Grimaldi,
Professeur émérite CHU Pitié Salpêtrière*

La pandémie de Covid 19 a agi comme une loupe sur notre société. Elle a montré les forces et les faiblesses de notre système de santé. Ses forces : d'abord la Sécurité sociale prenant en charge à 100 % les tests et la vaccination et remboursant les soins à 80 %, ensuite ses équipes soignantes mobilisées à l'hôpital et en ville. Alors qu'on manquait de tout, on a vu lors de la première vague fonctionner un vrai service public de santé au service du public, sans prescriptions ni actes inutiles, sans nécessité pour les patients d'avancer le montant des honoraires médicaux et sans dépassement d'honoraires. Les administratifs qui gèrent les hôpitaux et les Agences régionales de santé n'étaient plus obsédés par la réduction du nombre de lits, la diminution du personnel et l'accroissement des activités rentables, mais s'étaient mis au service des soignants.

Malgré l'absence de moyens, on a vu les blouses blanches et les premiers de corvée monter au front, chaque jour, sans compter leur temps et leur peine. Paradoxalement, ils étaient heureux de retrouver le sens profond de leur métier, exprimant ainsi des valeurs qui dépassaient chacun d'entre eux et dans lesquelles le pays tout entier à la fois se reconnaissait et leur témoignait sa reconnaissance.

Mais on a vu aussi nos faiblesses : la nouvelle politique de santé mise en œuvre depuis vingt ans prétendait que la médecine devenait industrielle, les médecins des ingénieurs, les paramédicaux des techniciens et l'hôpital une entreprise commerciale qui vend des séjours. Suivant cette politique, les directeurs promus « managers » avaient dû remplacer la santé publique par des *business plans* et appliquer la devise « pas de stock, du flux ». Pas de stocks du flux pour les masques, pas de stocks du flux pour les médicaments, pour les sur-blouses et pour les respirateurs, et finalement pas de stocks du flux pour les lits et pour le personnel. On a vu aussi que nous avons construit un système de soins, pas un système de santé.

Notre système de soins permet de guérir les maladies aiguës, qu'il s'agisse des maladies aiguës bénignes en ville ou des maladies aiguës graves ou aux traitements complexes à l'hôpital. Pour ce faire, il fonctionne avec deux systèmes parallèles, d'un côté la médecine libérale en ville gérée par des conventions entre l'Assurance maladie et les syndicats professionnels, et de l'autre côté l'hôpital public géré par l'État. Quant à l'action sociale elle relève essentiellement des départements. Ce système en silos est inadapté au suivi des pathologies chroniques que l'on peut soigner mais pas guérir. C'est le patient atteint de maladie chronique qui doit tous les jours, sans relâche, suivre son traitement, prendre ses médicaments sans se tromper et sans oublier, adopter de nouveaux comportements pour prévenir les complications, réaliser soi-même des examens de surveillance, gérer un handicap,

Préface

connaître ses droits et ne pas rater ses rendez-vous de consultations...

Didier Ménard, exemples à l'appui, défend une médecine centrée sur le patient et pas seulement sur la prescription, une médecine prenant en compte les conditions de vie et les représentations des patients, une médecine non seulement biotechnologique mais aussi psycho-socio-culturelle, une médecine de la personne que nous avons appelée la 3^e médecine. Elle suppose un travail en équipe poly-professionnelle intégrant des patients experts et/ou des médiateurs de santé. Elle nécessite une coordination entre la ville et l'hôpital, ainsi qu'entre soignants et travailleurs sociaux. Cette conception holistique de la santé est également celle de la Santé publique qui vise à maintenir des groupes de personnes ou l'ensemble de la population en bonne santé. La Santé publique mettant en œuvre la prévention primaire dans toutes ses dimensions, de l'alimentation à la vaccination en passant par l'environnement, le logement, le travail, l'école, la protection maternelle et infantile, dépasse largement le champ du ministère de la santé et elle vise à réduire les inégalités sociales de santé. Or cette pandémie du coronavirus et ses formes graves sont une triple épidémie : épidémie infectieuse, épidémie d'obésité et de diabète, épidémie de pauvreté. C'est un grand paradoxe que la Seine-Saint-Denis soit à la fois le département le plus jeune de France et le département ayant la mortalité due au Covid la plus élevée. Les inégalités sociales de santé ne sont pas que des inégalités financières, ce sont aussi des inégalités territoriales d'accès aux soins et des inégalités socioculturelles.

Dans son livre Didier Ménard nous montre le rôle majeur en médecine de la confiance qui naît du sentiment d'appartenance : c'est mon médecin, mon infirmier, ma maison médicale ou mon centre de santé. D'où l'importance de la pratique d'une médecine communautaire si on veut que chaque membre de la communauté puisse bénéficier des progrès de la médecine scientifique universelle. Encore faut-il que cette universalité se matérialise en un bien commun échappant aux lois du marché et du profit. Cela suppose que des médicaments vitaux comme les vaccins soient accessibles à toutes et à tous, dans tous les pays, ce qui suppose, entre autres mesures, la levée des brevets.

La 5^e vague et l'annonce d'une 6^e doivent nous convaincre qu'il ne faut pas que le jour d'après ressemble au jour d'avant. Il ne saurait s'agir d'une envolée oratoire à l'occasion d'un grand discours ou d'une simple promesse électorale. Nous avons besoin d'un vrai Ségur pour refonder notre système de santé autour des principes suivants : la gratuité d'un panier solidaire de prévention et de soins grâce à l'intégration des mutuelles dans la sécurité sociale (« la Grande Sécu »), le travail en équipes pluri-professionnelles réparties sur le territoire, la fin du paiement à l'acte et de la tarification à l'activité (T2A) pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques et pour les missions de santé publique, le développement massif du nombre d'infirmières de pratique avancée notamment pour le suivi et l'éducation des patients et pour la coordination des soignants, la coordination structurelle entre la ville et l'hôpital autour de projets territoriaux de

Préface

santé partagés, la soumission des industries de la santé aux intérêts supérieurs de la santé publique, la mise en place d'une politique pour améliorer de façon continue la pertinence et la qualité des soins, le développement de la prévention grâce à une politique de santé environnementale et à l'éducation à la santé.

Il faut, comme le propose Didier Ménard, construire avec les professionnels qui le souhaitent un service public de la médecine de proximité, ce qui permettra à l'hôpital public de jouer son rôle, ni celui de médecin traitant par défaut ni celui d'une entreprise commerciale « rationnée », mais celui du recours. Pour soigner l'hôpital, il faut traiter la ville. Merci à Didier Ménard de montrer ici non seulement que c'est possible et nécessaire mais que c'est un projet enthousiasmant pour les jeunes qui chaque année, par centaines de milliers, expriment leur souhait d'entreprendre des études de médecine ou de soins infirmiers. Et merci encore à lui de reposer, à travers son histoire personnelle, la question des critères de sélection des futurs soignants.



Didier Ménard et l'équipe ACSBE – Crédits photo : ACSBE

Merci à l'Équipe de l'ACSBE¹

Ce fut formidable lorsque, le vendredi 13 mars 2020, nous étions toutes et tous réunis pour nous préparer à affronter l'épidémie, un moment extraordinaire où ont surgi l'envie, le besoin, la certitude de faire ensemble. J'ai perçu au plus profond de moi la puissance de l'action collective, la conviction que nous étions prêts à faire face, parce que tout ce que nous avons construit depuis 28 ans dans notre santé communautaire, c'était justement pour soigner ensemble. Cette émotion qui mélange la peur, la solidarité, l'amitié, et la tendresse du faire ensemble restera pour moi comme un aboutissement. Nous avons fait les bons choix avec les bonnes personnes. Nous allions être à la hauteur dans l'épreuve. Ce fut le cas.

La photo de l'équipe est une image de bien belles personnes, ma fierté et gratitude est immense pour le travail réalisé.

1. Association communautaire santé bien-être.

Introduction

Depuis trente ans, le système de santé français est confronté à une succession de crises sanitaires et sociales. La distribution des soins en ville¹ comme à l'hôpital fait l'objet d'inquiétudes (parfois aussi d'applaudissements pour les personnels soignants).

À chaque crise un certain nombre de professionnels minoritaires innove, mais ils restent pourtant marginalisés dans le système de soins de la médecine de ville, qui pourtant est la porte d'entrée dans le système de soins. Celle-ci commence par se méfier de ces innovations qui bouleversent ses fondamentaux, puis elle les accepte en partie, à condition qu'elles restent à la périphérie du système de soins sur lequel elle impose son idéologie. Il en résulte que les nouvelles pratiques de soins, les nouvelles organisations entre professionnels, les avancées de la démocratie sanitaire sont étouffées sous la doxa de l'exercice solitaire de la médecine en ville.

Au cœur de la crise sanitaire actuelle: les syndicats corporatistes, dont l'essentiel des revendications concerne la défense des intérêts des soignants,

1. « En ville » désigne la médecine en cabinet individuel ou collectif par opposition à l'hôpital. Elle se situe en ville comme à la campagne.

et très peu la responsabilité de mieux répondre aux besoins de santé de la population. Ils sont capables de négocier avec l'assurance maladie le prix de la visite à domicile, au lieu d'engager la médecine libérale dans le chantier de la santé publique. Ils parlent de leur argent, alors que, par notre engagement face à l'épidémie, nous démontrons que le temps de la refondation est venu.

L'avenir de la médecine libérale et des soins en ville se joue aujourd'hui. Soit nous restons dans un système de distribution des soins recroquevillé sur la défense de ses acquis, soit nous engageons réellement la refondation de l'offre de soins en ville pour aller vers un système de santé qui réponde aux besoins de santé de la population. Il est de la responsabilité des soignants engagés depuis trois décennies dans la transformation de leurs pratiques d'assumer leur démarche en défendant mieux leurs nouvelles organisations de l'offre de soins en ville. Ils seront alors mieux entendus et soutenus par la population qui a fait le choix de se faire soigner par les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et centres de santé (CDS). Le modèle conventionnel qui régit les relations entre la médecine de ville et le financeur Assurance maladie n'est plus en capacité de construire les soins de ville de l'avenir.

Cette transformation de l'existant dominé par le modèle de la médecine biotechnologique doit se transformer en un système de santé tel que le définit l'Organisation mondiale de la santé dans le cadre de la déclaration d'Alma Ata signée par la France en 1978, qui définit la santé comme la recherche