

Le projet de CREPOL (Drôme) de coordination microlocale de santé.

Michel BASS, AFRESC, juin 2019

1- Présentation du projet

Le projet de santé de la Haute Vallée de l'Herbasse a vu le jour sous l'impulsion des élus de la vallée, représentant 7 communes.

Les élus étaient inquiets du départ du seul médecin exerçant directement sur leur territoire : où allaient aller les habitants pour se faire soigner ? Les médecins des alentours allaient-ils accepter de les prendre en charge ?

Les élus ont essayé par différents moyens d'attirer un médecin : publicité, passage à la télévision. La haute vallée de l'Herbasse n'est pourtant pas très reculée : située à moins de 30 minutes de Romans, ville dans laquelle l'offre de santé est importante, avec en particulier un centre hospitalier, maintenant intégré au Groupement Hospitalier de Territoire de Valence.

De plus Romans est actif en matière de gérontologie, l'un des points épineux pour la santé des habitants de la vallée (liée à leurs pathologies multiples et à leurs difficultés de déplacement). Il y existe en effet des équipes mobiles en gériatrie et en soins palliatifs, un CLIC et une MAIA, une filière gérontologique. Tout le monde est bien conscient que de telles structures ne peuvent fonctionner sans correspondants locaux.

Localement cependant, l'offre de santé et d'accompagnement existe : cabinets d'infirmières libérales, accompagnement à domicile avec les services de l'ADMR et d'EOVI services et soins, ainsi qu'une quinzaine de médecins dans un périmètre de 10 à 20 km. En ce qui concerne la santé des enfants, les services de santé et de l'ASE du département sont bien implantés et actifs. Plusieurs EHPAD existent à proximité : Génissieux, Hauterives, Châteauneuf de Galaure, Mours Saint Eusèbe.

Devant cette relative richesse, il est apparu que le problème principal n'était pas tant un manque de ressources qu'un problème d'organisation et de rationalisation de l'utilisation des ressources. Comment en effet assurer aux habitants un état de santé au moins constant (et sans doute meilleur) avec moins de médecins ?

C'est pourquoi, assez rapidement, les objectifs du projet ont évolué : il ne s'agissait plus de rechercher un médecin, mais de mieux se servir des services de santé existants, ainsi que de faire évoluer l'offre de santé vers des pratiques plus raisonnables (moins iatrogènes). Pour cela, nous avons besoin d'une personne pour coordonner acteurs, services et personnes. Le coordinateur, assurant un rôle d'intermédiaire (et non de médiateur), aurait pour mission de faire évoluer les pratiques médicales tant du côté des soignants que des soignés, de permettre une médecine plus adaptée.

C'est par une *intermédiation* (entre population et professionnels, entre professionnels, et entre professionnels et institutions, entre habitants, politiques et institutions) que chaque habitant qui en éprouvera le besoin pourra construire son projet de santé. Concourir à la construction des projets de santé ne consiste pas à pousser les gens à accéder aux soins, comme dans l'idée de médiation, ou dans les projets de renforcement de l'offre de soins, mais bien plutôt de les utiliser de manière plus adaptée et parcimonieuse, et permettre ainsi aux médecins en périphérie du territoire d'absorber le « surplus de patientèle ». Il s'agit de viser à diminuer le recours aux soins par une meilleure prise en compte des facteurs déterminants la santé. Cette diminution du recours aux soins non indispensables vise à augmenter le temps médical pour les situations réellement sanitaires (maladies, prévention, dépistage) et diminuer la dimension iatrogène et les soins déraisonnables.

Cependant, **pour changer les pratiques, il est nécessaire que tous les acteurs se mettent d'accord** : population, politiques et professionnels. Il faut ensuite qu'une démarche soit entreprise dans le territoire pour accompagner le changement, en permettant une meilleure coordination des actions et des soins, en travaillant sur les déterminants de santé propres au territoire et aux habitants, en travaillant **avec chaque habitant au fur et à mesure de ses besoins**.

C'est pourquoi nous (soignants, élus et associations) avons inventé un nouveau métier pour répondre aux besoins particuliers du territoire : **coordinateur microlocal de santé**. Il ne s'agit pas d'un Nième professionnel de santé, d'une couche de plus au mille-feuille déjà opaque de notre système de santé. Il s'agit d'une courroie de transmission et de mobilisation d'un projet collectif, projet que ne peuvent mener les médecins eux-mêmes et dont la finalité principale est **la décroissance médicale pour promouvoir la santé**. C'est à la condition de cette décroissance que les médecins en exercice pourront mieux faire bénéficier la population de leurs compétences, et qu'ils pourront mieux s'inscrire dans la prévention et la santé communautaire. De quoi s'agit-il plus précisément quand on parle de décroissance médicale ?

Tout d'abord, la décroissance concerne :

- Le nombre des médecins (cela est un fait, sur lequel nous ne pouvons pas agir).
- Les actes médicaux : réfléchir aux projets de santé doit aboutir à mieux sélectionner les actes utiles ou non.

Ensuite, la décroissance suppose :

- La coordination : on ne peut diminuer les actes qu'à la condition d'une coopération entre l'ensemble des acteurs.
- Un vrai projet collectif. Dans ce projet, élus, professionnels, associations et population sont mobilisés.
- Une construction sur un territoire à échelle humaine, c'est à dire où les acteurs locaux et la population se connaissent, et où la personne chargée de la coordination peut vraiment connaître (et être connue) personnellement les (des) gens et les (des) partenaires.
- Avoir une personne dédiée à la fonction de coordination.
- Avoir un financement public, dans un projet d'acteurs, ce qui en fait une vraie démarche d'économie sociale et solidaire.

Nous avons ainsi abouti à définir plus précisément la fonction de coordination.

Celle-ci consiste à ;

- Agir directement auprès des gens comme facilitateur de l'élaboration et la mise en œuvre de leur projet individuel de santé (préventif comme curatif : cela dépasse les soins).
- Agir comme intermédiaire et modérateur entre personnes et professionnels, et entre professionnels.
- Animer le travail collectif entre professionnels avec les gens concernés.
- Aider à mettre en place (méthodologie de projet) des actions individuelles et collectives sur la santé (éducation pour la santé et éducation thérapeutique éventuellement).
- Alerter la population des risques (par exemples épidémies) et des mesures à prendre pour éviter d'aller chez le médecin.
- Mais n'avoir aucune mission technique ou d'expertise, aucune réponse directe, apanage des acteurs locaux.

Cela suppose de ne pas céder aux sirènes de l'organisation et du management bureaucratique qui pensent pouvoir faire de la coordination dans des communautés professionnelles de plus de 50 médecins, et donc des populations importantes de plusieurs dizaines ou centaines de milliers d'habitants. C'est pourquoi nous avons choisi une échelle microscopique :

- **Un très petit** territoire rural de 2200 habitants, pour lesquels la coordination se fait
- **Pour toutes populations et toutes pathologies.**

C'est un peu la réciproque et le complémentaire des réseaux de santé qui se concentrent sur une problématique (diabète, soins palliatifs), qui viennent apporter de l'expertise aux acteurs locaux sur un grand territoire. Nous allons maintenant préciser certaines notions essentielles de notre projet.

2- Santé, population, territoire : penser l'approche communautaire (charte d'Ottawa) pour imaginer la coordination

La question de la coordination des soins est à l'agenda politique depuis plus de 15 ans. L'IGAS a été saisie à plusieurs reprises de cette question, pour faire remarquer – à juste titre – les effets de la désorganisation du système de santé sur la santé publique, et les surcoûts que le déficit de coordination engendre. Pas seulement les surcoûts financiers, mais aussi les surcoûts humains.

Toutefois un rapport récent de l'IGAS (2014) mettait en doute la capacité des médecins à mettre en œuvre cette fonction de coordination : *« Les éléments structurant la construction d'une coordination d'appui [devraient être] des fonctions complémentaires aux soins : selon de nombreuses études, une coordination efficace en appui aux médecins permet d'améliorer la qualité des soins, dans un système de santé complexe et fractionné. En effet, ce soutien doit permettre aux professionnels de santé d'exercer leur métier sans se délester, pour les cas les plus consommateurs de temps, sur les urgences des hôpitaux ou des réseaux trop spécialisés et de bénéficier d'une assistance logistique ou d'une aide dans les prolongements médicosociaux et sociaux de la prise en charge des patients »*¹.

Pour arriver à cette conclusion, l'IGAS a analysé les dispositifs mis en place au nom de la coordination et de la réorganisation du système de santé tout au long de ces dernières années, comme : la création du médecin référent, puis du médecin traitant, les rémunérations spécifiques de la coordination pour les médecins traitants, les rémunérations à la performance, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, les pôles de santé, le DMP, le médecin coordinateur en EHPAD, les réseaux, etc. En dehors des réseaux de santé (certains réseaux sont même tout à fait à l'avant-garde des pratiques, ainsi que de la pensée sur les pratiques) et de quelques maisons de santé, cela n'a pas fonctionné : les urgences hospitalières, les cabinets de médecin sont toujours saturés, les malades ballottés et perdus dans ce système, les coûts non maîtrisés, les investigations recommencées en passant d'un service à l'autre, des personnes âgées hospitalisées sans que cela leur apporte de réels avantages, des personnes en fin de vie envoyées à l'hôpital en urgence pour mourir (parfois sur un brancard aux urgences) sans qu'aucune anticipation ne soit faite avec des unités de soins palliatifs (USP) – le tout dans une méconnaissance des situations des patients liée à la difficulté de synthétiser un dossier médical et d'en assurer techniquement la mise à disposition en réseau informatisé.

La prise en charge de la fin de vie est caractéristique de ces dysfonctionnements, dans lesquels on constate l'insuffisance d'anticipation et d'organisation au domicile pour permettre aux personnes de rester chez elles pour mourir si elles le souhaitent (ce qui est le cas d'une grande majorité des Français) et l'insuffisance d'anticipation pour les hospitalisations en USP quand le maintien à domicile devient impossible ou qu'il n'est plus souhaité. Ces dysfonctionnements rendent le maintien à domicile quasi impossible dans de nombreux territoires où ce sont in fine les services de médecine gériatrique qui prennent en charge ces personnes. Dans les 2 cas, cette anticipation et cette organisation, associant la connaissance du terrain, la relation systématisée avec les acteurs locaux, l'expertise dont peuvent manquer les acteurs locaux, et la disponibilité 24/7, ont été inventées et expérimentées par les réseaux de soins palliatifs. Alors qu'ils ont apporté une nouvelle manière de penser la fin de vie, et qu'ils apportent encore aujourd'hui des solutions adaptées aux désirs des gens, ces dispositifs sont sur la sellette, quasi oubliés à chaque fois qu'un nouveau ministre arrive et

¹ http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R_Evaluation_coordination_appui_soins.pdf. Voir aussi Michel BASS, *Mort de la clinique*, Paris, L'Harmattan, 2018, chapitre 1.

fabrique son propre projet salvateur du système de santé. Dans le dernier projet en date, celui de Mme BUZIN qui été soumis au parlement au printemps 2019², il est question de séparer coordination et expertise sans que l'on en comprenne le but si ce n'est de réintroduire une couche supplémentaire de complexité pour les acteurs de terrain et pour les patients. Il est question que les réseaux, associant coordination et expertise soient remplacés, pour la dimension d'expertise, par des équipes mobiles hospitalières qui, le plus souvent, donnent un avis expert et laissent ensuite les acteurs locaux, c'est-à-dire des regroupements de médecins libéraux sous la forme de CPST (communautés professionnelles territoriales de santé) s'auto organiser...en contradiction avec les observations de l'IGAS, pourtant institution du ministère de la santé !

Peut-être pourrait-on expliquer ces évolutions par le fait que, devant une difficulté, les institutions ont tendance à faire « *plus de la même chose* » comme l'avait très bien décrit Gregory BATESON³. Cela signifie qu'au lieu d'admettre qu'une solution ne fonctionne pas, on réitère ou on renforce ces solutions. Pourquoi ? D'abord parce que c'est ce qu'on sait faire. Ensuite parce que c'est moins exigeant et moins difficile que de penser des alternatives. Enfin parce que les solutions mises en œuvre sont toujours le résultat de compromis, de pressions, de relations de pouvoir entre les acteurs, les groupes les plus puissants (en l'occurrence les médecins et les laboratoires pharmaceutiques dans le système de santé) faisant non seulement tout pour que rien ne change (alors que cela pourrait être leur intérêt), mais encore s'arrangeant pour que ces nouveaux dispositifs soient à leur avantage.

Que risque de donner concrètement ce « plus de la même chose » ? Des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé), des PTA (plateformes territoriales d'appui), des « dispositifs d'appui à la convergence », des filières sanitaires, des équipes mobiles hospitalières, de la médecine ambulatoire, de la télémédecine... où la proximité avec les personnes s'éloigne : une CPTS concerne un assez grand territoire (50 à 200 000 habitants) et un grand nombre de professionnels, rendant un travail collectif quasi impossible sans se spécialiser sur un problème ou un autre. Les dispositifs de convergence risquent de se résumer à des « call centers » donnant des conseils à des gens sans les connaître, ni eux ni leur environnement (certaines CPAM et certaines mutuelles le font déjà). Les équipes mobiles extra hospitalières, portées par les hôpitaux, auront du mal à ne pas se substituer aux acteurs de terrain (experts versus praticiens) sans pour autant faire réellement le travail de coordination. Avec le développement de la télémédecine et le « virage ambulatoire », ces dispositifs risquent de ruiner l'idée médicale que Karl JASPERS redoutait tant de voir disparaître, idée selon laquelle « *le dialogue entre le médecin et le malade demeure l'essentiel (...) pour ne pas être détourné vers l'antiphilosophie du miracle pseudoscientifique* »⁴.

Il y a alors lieu de réfléchir : quel est le territoire adéquat pour la coordination ? Quelle est la structure adéquate pour l'expertise ? Comment concilier l'expertise et la coordination ? A quelles conditions pourrait-on améliorer des pratiques médicales trop souvent délétères ? Avec quelles stratégies pourrait-on résoudre la crise profonde du système de santé ?

En ce qui concerne la santé en général, quel que soit l'âge ou la pathologie des patients, le territoire pertinent de la coordination est pour nous un tout petit territoire, dans lequel les acteurs se connaissent personnellement, et dans lequel la personne chargée de la coordination est connue et reconnue de tout le monde. Il ne s'agit pas d'apporter aux gens des conseils ou des réponses

² Au mois de juin 2019, que ce projet ne soit pas encore voté, paru au JO, et décrets d'application parus, n'a pas empêché les ARS de commencer à le mettre en œuvre... dès la fin 2018, comme si la délibération parlementaire ne comptait plus !

³ Gregory BATESON / Jürgen RUESCH, *Communication et société*, Seuil, 1988.

⁴ Karl JASPERS, *l'idée médicale*, in *Essais philosophiques*, Petite Bibliothèque Payot, 1970 (1953 pour l'article cité), pp. 169 et 174.

techniques, mais d'orchestrer les réponses nécessaires afin d'éviter la cacophonie. Nous y reviendrons plus loin.

Le territoire pertinent de l'expertise est évidemment plus vaste. Mais certaines expertises nécessitent une organisation au plus près du domicile. Je pense en particulier aux soins de suite en cancérologie, aux soins palliatifs à domicile. Cela nécessite une coordination technique – anticiper et mettre à disposition des patients à leur domicile, tout ce dont ils ont besoin pour rester chez eux, sans avoir recours aux services hospitaliers au moindre problème, tout en gardant la spécificité du domicile qui ne doit pas devenir un « hôpital bis » (comme dans l'HAD), en respectant la place du patient dans l'organisation de ses soins et des décisions à prendre – ainsi qu'une coordination de tous les services nécessaires au besoin particulier du patient à ce moment-là, dans le cadre d'un état ou d'une pathologie précise (c'est la spécificité de ces états qui justifient d'associer expertise et coordination technique). Ainsi, contrairement à ce que semble promouvoir notre ministre actuelle, les dispositifs d'expertise doivent en même temps être des dispositifs de coordination. Les réseaux en témoignent concrètement, sur leurs problématiques spécifiques.

Notre projet de coordination microlocale prend au sérieux ce que dit l'IGAS dans l'extrait déjà cité. Il s'agit d'agir sur un petit territoire, sans mission d'expertise, toutes pathologies et toutes populations confondues, afin d'améliorer, pour les habitants du territoire, leur niveau de santé, « *permettre aux professionnels de santé d'exercer leur métier sans se délester, pour les cas les plus consommateurs de temps, sur les urgences des hôpitaux ou des réseaux trop spécialisés et de bénéficier d'une assistance logistique ou d'une aide dans les prolongements médicosociaux et sociaux de la prise en charge des patients* ».

Avancer vers un territoire humain, c'est considérer que le territoire n'est pas une structure économique, géographique ou d'aménagement, mais un **ensemble humain** dont la caractéristique principale est la possibilité de se connaître (ou au moins de se croiser) personnellement, de connaître les ressources du territoire et les utiliser, et d'être libre de redéfinir son territoire en fonction de ses besoins (par exemple tel médecin à 40 km parce qu'il a une conception ou une manière d'être qui me convient, l'EHAPD proche du lieu d'habitation de mes enfants, et non proche de chez moi). Un territoire humain, c'est un **petit territoire** en termes de nombre de personnes, c'est une **communauté** au sens de la santé communautaire et de la promotion de la santé, c'est-à-dire un territoire dans lequel **chacun individuellement et collectivement peut regagner de la maîtrise sur sa propre santé**.

L'approche communautaire de la santé est donc cohérente avec la notion d'appui, de coordination et d'accompagnement en ce sens que le choix du territoire est fait par les habitants qui peuvent se parler, par des élus qui sont proches, sur une zone géographique – au moins d'habitats – restreinte.

Car c'est dans des relations de proximité que la solidarité peut se construire dans la réciprocité, comme le montrait bien Pierre CLASTRES dans sa préface au livre de Marshall SAHLINS⁵ : plus les relations sont proches et plus elles reposent sur l'échange et la réciprocité, construisant des liens forts de socialité. A contrario, plus la distance augmente, et moins les échanges sont réciproques, créant des relations de « besoin » nécessitant l'institutionnalisation des services. C'est en cela que la question du pouvoir est centrale à la santé communautaire : conférer du pouvoir aux gens et aux « communautés », c'est clairement se mettre à travailler ensemble, sur un projet commun dans une interaction entre le territoire, la population, les ressources locales et locorégionales.

La question de la santé communautaire relève bien de pratiques construites sur la réciprocité, les liens forts, l'entraide. Nous avons beaucoup développé à l'AFRESC⁶ cette analyse du lien social et de sa construction dans la réciprocité. La coordination microlocale, la reconstruction permanente avec

⁵ Marshall SAHLINS, *âge de pierre âge d'abondance, l'économie des sociétés primitives*, Gallimard, 1976, pp.17-18.

⁶ Cf. www.afresc.org

les gens de leur réseau et leur projet de santé sont des stratégies de santé : pour chaque histoire de chaque personne, une dynamique doit se construire entre professionnels et personnes concernées. L'enjeu de la coordination microlocale est de conférer aux personnes la possibilité d'agir en tant que réel partenaire de leur projet de santé dans un système de coopération équitable.

Le coordinateur n'a pas vocation à « gérer » des structures, de la coopération professionnelle (en ce sens ce n'est pas un coordinateur d'équipe pluridisciplinaire comme dans une maison de santé), mais c'est la personne capable de construire avec les habitants le réseau de santé qui est nécessaire à chacun et de le coordonner activement.

3- Penser territoire et population, mais aussi penser les pratiques dans une approche communautaire

ILLICH rappelle que « *de tout ce qui est obtenu en matière de guérison, soulagement de la douleur, rééducation, réconfort et prévention, seul un faible pourcentage est attribuable à la médecine* »⁷.

Sans repenser en profondeur le rôle du médecin et de la médecine dans la société (comme l'a fait le philosophe et médecin Karl JASPERS en 1953 dans *le médecin de l'ère technocratique*), cette croissance exponentielle de structures, services et soins n'a pas de sens. La peur de manquer de médecin, dont nous avons constaté la réalité sociale et politique, est en même temps un fantasme qui s'appuie sur l'idée que le mal-être s'explique en termes de désordres du corps que seul le médecin peut résoudre.

Il ne suffit donc pas de faire venir des médecins, de faire croître encore et toujours plus l'offre de soins. Contester l'intérêt pour soi et pour la société de toute cette consommation de soins, de médicaments, de dispositifs techniques est indispensable.

Faire de la santé communautaire c'est revoir la nécessité des consultations médicales, des prescriptions en particulier de médicament, et plus encore se souvenir que « *pour redresser la situation [il conviendrait d']une limitation volontaire de l'organisation, toutes les fois que les maux à écarter sont des bagatelles au regard des maux causés par le remède (...), car le dialogue entre le médecin et le malade demeure l'essentiel (...)* pour ne pas être détourné vers l'antiphilosophie du miracle pseudoscientifique⁸ ».

Le dialogue entre le médecin et le malade demeure l'essentiel. Il faudrait que le temps disponible de médecin soit consacré au dialogue, temps nécessairement long. Pour ce faire, repenser la pratique médicale est une évidence : éviter les actes creux, inutiles, n'apportant rien au malade, pour laisser la place au temps long du dialogue quand cela est nécessaire.

Décharger le médecin de ce qui peut être résolu par de l'information ou une démarche éducative fait partie des missions confiées à la coordinatrice du projet.

Le dialogue entre le médecin et le malade ne suffit cependant pas toujours quand la situation est complexe et nécessite des ressources non médicales. Aussi ce dialogue doit-il être poursuivi entre le malade et les autres professionnels et entre les professionnels eux-mêmes.

4- Qu'apporte ce projet de différent ?

Dans nos recherches de financement, nous ne rentrions dans aucune case, dans aucun appel à projet. L'ARS a bien essayé de nous y faire rentrer, car elle présentait quelque chose. Mais en essayant de remplir les cases de l'appel à projet « médiateur santé », nous étions obligés de transformer les questions afin d'expliquer ce que nous tentions de faire. A la fin, et grâce aux

⁷ Ivan ILLICH, *douze ans après la Némésis médicale : pour une histoire du corps*, In *dans le miroir du passé*, Descartes et Cie, pp.255 et 257.

⁸ Karl JASPERS, cf. note 4 et p.161.

soutiens politiques (députée, sénatrice), l'ARS a accepté de créer la case pour nous, sous forme de « projet expérimental ». Mais en quoi sommes-nous différents et expérimentaux ?

Les considérations qui précèdent aident à saisir en quoi ce projet est expérimental : il ne correspond pas aux dispositifs en cours de développement, ni par son territoire, ni par ses missions, ni par ses objectifs. Il s'agit d'une démarche de santé communautaire que l'on pourrait définir comme une démarche s'appuyant sur une « *communauté assez petite pour régler d'un commun accord le mode de coopération des individus et leurs échanges de biens et services* »⁹ territoire dans lequel la dimension de coopération et de réciprocité est conservée et primordiale pour organiser les rapports sociaux.

Le « microlocal » repose sur l'idée suivante : « *il est impossible de faire découler de l'économie politique une morale* »¹⁰. Cela signifie que, passé un certain seuil, les relations sociales ne sont plus régies par la réciprocité et la coopération, mais par des processus institués, étatiques, lesquels processus sont impuissants à forger une morale collective, une éthique des pratiques. Or s'il est une pratique nécessitant une éthique, une individualisation, c'est bien la médecine. L'éthique se forge entre acteurs s'interrogeant sur le bien-fondé de leurs pratiques. Sans possibilité de cette élaboration commune, pas d'éthique, mais règles, procédures, rationalisation, protocoles dont l'application ne s'intéresse pas à l'individu, mais au fonctionnement du système, déposant les gens de leur propre volonté, et conduisant à ce qu'ILLICH appelait une « désappropriation de sa santé » au nom d'une rationalité externe. Pour André GORZ, l'alternative est la suivante : « *Ou bien les individus parviennent à se regrouper et, pour soumettre les processus économiques à leur volonté commune, remplacent la division sociale du travail par la coopération volontaire des producteurs associés. Ou bien les individus demeurent dispersés et divisés : dans ce cas les processus économiques anéantiront leurs buts, et, tôt ou tard, un Etat fort leur imposera d'autorité, en vue de ses buts extérieurs à lui, la coopération dont ils auront été incapables par eux-mêmes en vue de buts en commun qui leur fussent propres* »¹¹. Alternative dans laquelle « processus économique » désigne pour nous « système de santé », et « division sociale du travail » l'atomisation des pratiques, mais aussi la spécialisation des tâches dans la santé avec son cortège d'intérêts contradictoires, de luttes pour le pouvoir et de négation de la compétence des gens à œuvrer eux-mêmes pour leur santé.

Le microlocal est donc plus qu'un choix de circonstance ou de facilité : il est le territoire d'une possible réappropriation collective de la santé, mêlant population et professionnels, que les dispositifs étatiques en gestation ne favorisent pas. Ces dispositifs lointains et protocolisés, en créant de la distance entre professionnels et population, font de ces dispositifs ce que Jacques GOBOUT appelle des « appareils »¹², qui « *sont fondés sur une rupture entre producteurs et usagers* », rupture que veut justement atténuer, en permettant le rapprochement par la proximité, le travail collectif et en commun, le travail microlocal.

C'est dire si le choix du microlocal est un choix méthodologique : en s'opposant à la logique des dispositifs, de l'éloignement et de la rupture entre population et professionnels, il s'agit de créer de la santé par le rapprochement, par l'échange, par la confiance. Pour se manifester, la confiance nécessite que « *les normes [soient] continuellement transgressées, changées, dépassées* » afin de s'adapter à chaque situation singulière. Il faut qu'il se produise quelque chose de non prévu dans ce qui est obligatoire. Les dispositifs ont ceci de particulier qu'ils fonctionnent sur des règles et des

⁹ André GORZ, économie politique et écologie, in *Ecologie et politique, suivi de écologie et liberté*, Paris, Flammarion, Arthaud Poche 2018 (1975 et 1977 pour les éditions originelles) p.265.

¹⁰ André GORZ, op.cit. p.266.

¹¹ Ibid.

¹² Jacques GOBOUT, *Le don, la dette et l'identité*. La découverte, 2000, pp.11/12 et 111.

obligations, créant de l'organisation pour éviter l'imprévu. Le présupposé méthodologique du microlocal est de faire place, toute sa place, à l'imprévu, à l'inattendu, à ce qui ne rentre pas dans les cadres des dispositifs, car c'est dans les interstices que se nichent les situations non résolues, les situations complexes ou désespérées. D'où la difficulté que nous avons eue dans nos négociations avec l'ARS : d'abord pour résister à leur volonté de nous faire rentrer dans un des dispositifs, et ensuite au sujet de l'évaluation, pour ne pas en faire un outil de contrôle, mais bien plutôt un éclairage sur ce qui se passe en réalité. « *Le contrôle travaille sur l'attendu, l'évaluation sur l'inattendu* »¹³. Le caractère expérimental de ce projet vient de là : ne rentrant dans aucune case, il aurait pu ne jamais voir le jour. Etant expérimentaux, on ne fait courir aucun risque à la stratégie d'empilement des dispositifs verticalisant à l'œuvre dans notre système de santé.

Si le « microlocal » est le soubassement méthodologique du projet, le lien avec les structures plus « macro » est néanmoins indispensable, nécessitant d'autres modes de relation (contractualisation) avec des réseaux de santé ou des structures hospitalières et médicosociales. Il va falloir apprendre à travailler ensemble, c'est-à-dire à adapter l'attendu à l'inattendu, le prévu à l'imprévu.

Rappelons également une autre finalité essentielle du projet, conséquence directe du « microlocal » et de son éthique réciprocaire : il vise à interroger la nécessité et la pertinence d'un trop grand et trop systématique recours aux soins pour la santé, entraînant l'encombrement des cabinets médicaux et des services d'urgence à qui cela procure une bonne raison de se plaindre, mais aussi une certaine considération (qu'est-ce qu'on est débordé ! signifiant d'une valeur inestimable). Il ne s'agit pas d'être des « alphabétiseurs de santé »¹⁴, ou des « éducateurs thérapeutiques », comme c'est la mode, mais des accompagnateurs des projets individualisés de santé de chaque personne, avec qui il s'agit d'en élaborer le contenu. Un chemin très différent des dispositifs prévus qui voudraient organiser en les fléchant les parcours de santé, en passant par des filières balisées et obligatoires. Abandonnant le parcours balisé, pour passer de l'incitation aux soins à un projet raisonné de santé, ce projet se propose de créer les parcours propres à chacun, gardant à l'esprit que ce n'est pas le but à atteindre (pour le moins incertain dans notre domaine) le plus important, mais le chemin à emprunter, chemin non balisé et que chacun doit créer tout en l'empruntant... Comme se définissait le mouvement des maisons médicales belges dans les années 1970, l'enjeu est de s'inscrire dans un « *mouvement pour une réforme de la médecine* » qui n'aille pas dans le sens de l'hyper technicisation, de surdiagnostics et de surprescriptions, et qui contribue à rétablir une médecine plus humaine, une médecine clinique.

Mais il s'agit aussi, pour reprendre le titre de l'article célèbre de Daniel DEFERT, fondateur de l'association AIDES, de prendre en considération « *le malade réformateur de la médecine* », c'est-à-dire capable de penser et de pousser à la transformation l'organisation et la pratique. Les médecins deviendraient, dans ce cas de figure, les coresponsables, avec leurs patients, de l'élaboration de leur projet de santé.

Cela ne pourra à mon sens être possible qu'en instituant un paiement forfaitaire des professionnels de santé, seul capable de libérer le temps nécessaire à l'élaboration du projet de santé, comme c'est déjà le cas dans les maisons médicales en Belgique depuis plus de 40 ans.

Entend-on de telles perspectives dans les projets du type CPTS ou dispositifs de convergence ? Sans doute pas, car, sans remettre en cause le paiement à l'acte, l'idéologie techniciste et managériale, le contrôle et les parcours trop balisés, et parce que cela exigera des professionnels du temps « improductif » supplémentaire, le travail collectif ne se fera pas. Payés à l'acte, et même rémunérés

¹³ Yvette HARVOIS, *Le contrôle, cet obscur objet du désir*, in Revue POUR N° 107 « L'évaluation au pouvoir », Toulouse, PRIVAT, 1987, p.118.

¹⁴ Expression de Philippe LECORPS dans un de ses articles *une problématique de l'éducation pour la santé*, ENSP 1978.

pour ces nouvelles fonctions, l'essentiel de leur rémunération restera encore dans les actes, qui seront donc toujours prioritaires dans leur agenda.

Ainsi, ce projet est non seulement expérimental, mais innovant : il s'agit de contribuer à transformer les pratiques, envisager la santé et les besoins de santé autrement que sous l'angle de l'accès aux soins techniques, à faire de la santé une volonté commune plutôt qu'un parcours institué. Pourquoi ne pas se projeter dans le futur en créant une structure, microlocale, expérimentale, où les praticiens s'auto-organiseraient collectivement, avec les patients, grâce à un paiement forfaitaire, et rendu possible par notre première expérimentation, comme une extension naturelle ?

En somme...

L'AFRESC est intervenu dans le projet santé de la Haute Vallée de l'Herbasse pour promouvoir cette évolution du système de santé.

Il reste difficile aujourd'hui de mettre en question la façon de produire de la santé dans notre société, d'imaginer des pratiques différentes. Le système de santé souffre de son organisation de sa technique, de sa toute-puissance. La production de santé pourrait être repensée dans les termes du développement durable ou de l'approche écologique : penser localement, agir globalement, dans une démarche de développement social local.

L'accompagnement à la vie des gens, que ce projet tente de développer, a pour objectif de faire en sorte qu'ils ne souffrent pas du fait d'inégalités sociales ou culturelles, et pour cela se donner les moyens de travailler avec les personnes les plus en difficultés. Non pour leur proposer une sorte de normalisation sanitaire, mais pour leur permettre de vivre la meilleure vie possible, qui n'est pas forcément la vie la plus longue possible ou une vie sans aucune anicroche, mais une vie où l'on peut prendre conscience de ses conditions d'existence, et travailler collectivement à leur amélioration.

Le projet se met en place. L'ARS Auvergne Rhône Alpes a accepté de financer le poste de coordination. Nous avons recruté une coordinatrice le 1^{er} janvier 2019.

Pour plus d'informations et de précision, voilà ses coordonnées :

Valérie BROCHIER

sante-herbasse@gmail.com

06 33 51 09 61