

Proposition d'analyse du plan santé 2022

Réalisée par un groupe de travail du SMG

Le 18 septembre 2018, Emmanuel Macron présente le plan « Ma santé 2022 ». Selon le ministère des Solidarités et de la Santé, cette réforme est construite autour de 3 « engagements prioritaires » :

- *Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme*

- *Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité*

- *Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé*

Dans son discours, le président de la République affirme, lui, une ambition « que ce qu'on appelle le système de santé soit l'un des piliers de l'État-providence du XXI^e siècle ». Que signifient ces annonces ?

Quelles volontés animent ce gouvernement qui parle de « République sociale » ? En tentant de les décortiquer, que voyons-nous se dessiner pour notre système de santé ?

I. Les grands absents, non pensés et donc non financés

1. Les inégalités sociales de santé, ça n'existe pas !

Pas de trace dans ce plan devant réformer un « pilier de la République sociale », des inégalités sociales de santé (ISS) ni même des déterminants de santé. Comment espérer réformer le système de santé d'un pays dans lequel les inégalités sociales de mortalité et de santé sont parmi les plus fortes d'Europe Occidentale sans jamais les nommer ? Les inégalités ne sont pas uniquement des inégalités d'accès à l'information sur les réseaux de soins, qu'il serait possible de régler par des accès internet ou des plates-formes web qui rajoutent l'inégalité des patient-e-s face au numérique. Les inégalités ne sont pas uniquement des inégalités territoriales et géographiques, que la télémédecine pourrait atténuer.

Les inégalités sont aussi socio-économiques : inégalités de santé liées aux conditions de vie, de travail, d'environnement et aux inégalités d'accès aux soins. Or, face à ces dernières le problème majeur des dépassements d'honoraires est occulté, la question du tiers-payant notamment pour les soins non programmés n'est pas évoquée. De même, il n'est jamais question de la baisse de la prise en charge par les régimes obligatoires qui provoque l'augmentation des restes à charge et donc le recours aux complémentaires dont le coût pour les ménages est discriminant et est un facteur de non-recours aux soins. Ainsi, nous ne sommes pas dupes que le reste à charge (évoqué dans le discours) est en fait artificiellement réduit par la souscription à des mutuelles-assurances privées, toujours plus chères.

2. L'assurance maladie obligatoire publique ou les assurances, privées, c'est du pareil au même !

Aucune mention claire de la Sécurité Sociale (ou de l'assurance maladie obligatoire) n'est faite dans ce plan, si ce n'est pour l'associer, en la plaçant sur le même plan, aux assurances privées. La loi de modernisation du système de santé de 2016 portait déjà ce nouveau paradigme dès son 1^{er} article,

dans lequel les organismes de complémentaires santé étaient « appelés à contribuer de façon décisive à la politique de santé ». La privatisation rampante de la Sécurité Sociale.

Le choix de 1958 dans le discours d'E. Macron, comme la date d'un changement de paradigme de notre système de santé n'est pas neutre : valoriser la création technocratique des CHU permet de valoriser une organisation de distribution des soins et d'occulter d'autres événements fondateurs dans l'organisation de notre système de santé tel que la création de la Sécurité Sociale en 1945.

Pour rappel, la grande différence entre l'Assurance maladie obligatoire et l'ensemble des assurances complémentaires est leur mode de financement et les modalités de calcul des contributions : pour l'Assurance maladie obligatoire chacun·e contribue en fonction du montant de ses revenus, pour les complémentaires les cotisations dépendent du "risque" (en particulier, l'âge).

La prévention, responsabilité de chacun et culpabilisation de tou·te·s : ce sont les individu·e·s qui ne veulent pas !

Aucune des 54 mesures ne concerne la prévention dans ce plan. Si E. Macron en fait un de ses 3 grands axes dans son discours, celle-ci n'est déclinée qu'en obligations, interdictions et contraintes individuelles : vaccins obligatoires, lutte contre le tabac, dépistage des cancers, prise en charge à 100 % des soins optiques et dentaires. Par ailleurs il se félicite du plan vélo et des lois en matière d'agriculture biologique (alors que son gouvernement a supprimé en 2017 une bonne partie des aides à cette agriculture biologique !), de l'interdiction des néonicotinoïdes (avec maintien du glyphosate et de bien des pesticides !), de la tarification sociale des cantines et du petit-déjeuner à l'école dans les zones défavorisées.

Dans la ligne idéologique du capitalisme libéral, le discours de la prévention reste ciblé sur les secteurs les plus potentiellement rémunérateurs après modification des comportements individuels, comme le passage des vaccins obligatoires à 11 valences, les mammographies, le dépistage du cancer du côlon, qui représentent un coût important pour l'assurance maladie et une manne pour certains. On néglige alors de fait la dimension collective de la prévention que l'on retrouve dans les atteintes à la santé en lien avec le travail ou avec des causes environnementales et sociales.

Le service sanitaire, présenté comme une haute action de prévention, consiste en l'intervention d'étudiant·e·s en santé sur des thématiques de prévention dites « prioritaires » est en place depuis cette année universitaire. Or, des professionnel·le·s de santé ont été spécifiquement formé·e·s (ex : la médecine scolaire, la médecine du travail), des acteurs·trices connu·e·s associatifs·ves ou autres ont développé depuis des décennies des compétences dans l'information en santé (planning familial etc.). Ils et elles sont de plus en plus empêché·e·s de mener leurs missions à cause du tarissement progressif de leur financement. S'en détourner pour faire la publicité du service sanitaire, consiste à remplacer des professionnel·le·s par des étudiant·e·s formaté·e·s pour appliquer ce paradigme mais dépourvu·e·s de l'expérience de vie qui leur permettrait une distanciation par rapport aux formations reçues.

3. L'indépendance, c'est sans intérêt !

Ce plan occulte également de façon totale la question de l'indépendance des institutions sanitaires et Ce plan occulte également totalement la question de l'indépendance des institutions sanitaires et des professionnel·le·s de santé vis-à-vis des différents lobbys et notamment des industries des produits de santé. Nous sommes malheureusement habitué·e·s à ce que les lois de santé évitent systématiquement cette question (cf. analyse du SMG de la loi de modernisation du système de santé, 2016, <https://www.smg-pratiques.info/Analyse-du-SMG-du-projet-de-loi.html>).

Aucune des mesures annoncées ne porte sur la question de la formation (initiale ou continue) des professionnel·le·s, ni sur l'information des soignant·e·s, ni sur celle des patient·e·s et plus largement de l'ensemble de la société. Aucune réforme du fonctionnement des agences gouvernementales telles l'ANSM, la HAS, etc. n'est envisagée alors que le problème des conflits d'intérêts sont toujours d'actualité. Il faut donc se contenter des modifications à la marge introduites

en 2012 à la suite du scandale du benfluorex (Médiator®), qui n'ont absolument pas changé la politique du médicament en France. Cette dernière (comme celle de tous les produits de santé en général) n'est pas du tout abordée dans ce plan santé. Par ailleurs la politique au niveau des produits de santé en France est liée à celle menée au sein de l'Union européenne au niveau de laquelle l'influence des lobbys pharmaceutiques est majeure et considérée comme normale.

II. Une certaine vision politique de la santé

I. Une régulation territoriale qui ne dit pas son nom ?

Une des mesures phares de ce plan « Ma santé 2022 » est le déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui existent déjà aujourd'hui, dans le but d'une couverture territoriale qui viserait à faire disparaître l'exercice isolé et à organiser les soins autour de projets territoriaux de santé (mesures 9, 11, 12, 17, 18). Elles sont formées à l'initiative des professionnel·le·s sans aucun maillage pré établi. Mais leur financement par les ARS sera soumis à des critères d'accès territorial aux soins. Nous pouvons partager le constat de l'aggravation des difficultés territoriales d'accès aux soins et de la nécessité d'une réponse mettant en avant la coopération de tou·te·s les professionnel·le·s de santé d'un même bassin de vie dans le but de former des réseaux de soins de proximité pertinents. Nous sommes également partisan·e·s d'une démocratie sanitaire où les décisions concernant le système de soins et la santé dans son ensemble sont prises par et pour les premier·e·s concerné·e·s. Ces CPTS pourraient être une forme de coordination locale du système de santé. Mais :

- Quelles missions dévolues à ces CPTS ? D'après la façon dont sont présentées les missions des CPTS dans le plan et avec tous les impensés que nous avons cités précédemment, nous pouvons craindre que les seules ambitions de ces structures soient de former des filières de soins territoriales avec pour principal but de désengorger les urgences hospitalières (mesures 23). En effet, ce plan aborde la question de l'urgence uniquement sous l'angle de l'accès territorial à des soins non programmés et la réponse semble être celle de « l'optimisation » du parcours de soins, comme si la seule difficulté était celle d'un défaut d'organisation. On est donc loin de répondre à toutes les problématiques de santé d'un territoire ! Les CPTS pourraient ainsi être le complément ambulatoire des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), regroupement d'établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire. Or au sein des GHT, on constate que certains hôpitaux, les plus "gros", défendent leur activité, leur recrutement et leur financement aux dépens des "petits" et indépendamment de tout projet territorial de santé. Comment imaginer que les CPTS, dont les objectifs seraient identiques à ceux des GHT, puissent s'organiser autour d'un projet territorial de santé alors que, même si l'intention en était manifeste, aucun mécanisme de dynamique ascendante d'évaluation des besoins des populations en santé n'est prévu ?

- Quelle gouvernance de ces CPTS ? Quel réel pouvoir de décision ont-elles ? L'objectif semble plutôt être de réorganiser la proximité de l'offre alors que la gestion de l'offre, pourtant essentielle à une véritable démocratie sanitaire, resterait dépendante des objectifs fixés par la CPTS et validés par l'ARS. Les échelles de couverture de population évoquées (20 000 à 100 000 habitant·e·s) sont énormes et incitent donc à des organisations verticales et non à des coordinations horizontales (d'où une perte au niveau de la démocratie et de l'énergie locale) tout en limitant le travail sur des causes environnementales aux problèmes de santé en agrégeant des conditions de vie, de travail, etc. Les modes de financement qui sont en cours d'élaboration dessinent plutôt une « déconcentration » des pouvoirs de l'État aux travers des ARS et non une décentralisation : les prises de décisions resteront à des échelons bien éloignés des réalités du terrain qui devra lui s'adapter pour les exécuter.

- Quelles évaluations de ces CPTS ? Les seuls critères d'évaluation de ces CPTS sont ceux des organismes payeurs ; sans évaluation indépendante selon des critères de santé publique solides, comment faire évoluer sérieusement les actions des CPTS ?

A priori ce gouvernement, comme ceux qui l'ont précédé, refuse l'idée de toute contrainte dans la régulation des professionnel-le-s et donc toute remise en cause frontale de la liberté d'installation. Néanmoins, les financements liés à l'exercice au sein de ces CPTS pourraient prendre une part si importante de la rémunération des professionnel-le-s que, de fait, la régulation serait effective ([mesure 34](#)). Reporter la coercition au sein de la communauté permet d'y reporter les conflits et leur résolution : Les professionnel-le-s enfin "responsabilisé-e-s" pratiqueront ainsi une autorégulation et auront l'impression de rester libres de leurs choix Mais après tout, toucher au porte-monnaie des libéraux est peut-être la seule façon de les contraindre ?

2. Un nouveau découpage du système de soin...

Une notion centrale de ce plan est celle de « décloisonnement », l'idée de « faire tomber les barrières ». Bien sûr, tout le monde trouvera pertinent davantage de fluidité dans le système de soins au service des usager-e-s. Mais est-ce réellement de cela qu'il s'agit ?

On constate surtout une volonté de « décloisonner » le statut des personnes, où, sous couvert de regagner du temps médical, de revaloriser les professions, de favoriser l'exercice mixte salariat/libéral, etc. En nous préparant à la fin de la fonction publique hospitalière, on peut craindre une toujours plus grande précarisation des travailleur-euse-s de la santé ([mesures 35, 36, 37, 41](#)) et une mainmise de la finance sur la santé, les besoins de santé de la population n'étant eux non plus pas pris en compte.

Plus grande peut-être encore est la volonté de « décloisonner » les statuts des établissements de santé en mettant sur le même plan le public et le privé.

La réforme des autorisations de soins est l'outil légal qui va permettre dans un même établissement de faire différentes activités de soins (par exemple lit d'aval d'urgence dans un EHPAD).

Ce plan annonce une réforme des différents niveaux de soins hospitaliers avec mise en place de nouvelles normes ([mesure 20](#))

- soins de proximité : médecine, gériatrie, réadaptation, soins non programmés ([mesure 15](#)) où les professionnel-le-s ambulatoires seraient associés à la gouvernance des hôpitaux de proximité ([mesures 16, 17](#)) Mais quels moyens leur seront alloués ? Quel fonctionnement, quels rapports, quelle coordination avec les hôpitaux dits de 2° et 3° niveaux ?

- soins spécialisés : chirurgie, maternité, médecine spécialisée

- soins ultra-spécialisés : plateaux techniques de pointe. Ces structures (les CHU ?) seraient déchargées des suivis

L'ensemble de ces niveaux de soins serait administré, géré, organisé au sein des GHT avec l'utilisation commune d'un certain nombre de services logistiques, administratifs ([mesures 21, 22, mesure 24 = gestionnaire de lit territorial, mesure 48 = déploiement du projet médical partagé](#))

On retrouve donc à la fois du découpage, du décloisonnement, de la filiarisation et de la fusion, dans la poursuite de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST)

On note également la volonté de séparer les différents niveaux de soins hospitaliers (proximité...) avec comme corollaire la fermeture des services de chirurgie et de maternité au niveau des hôpitaux périphériques.

Tous ces changements semblent viser à accélérer les partenariats public/privé avec pour preuve la [mesure 19](#) du plan qui consacre une **obligation** pour les GHT et les établissements privés de passer convention des établissements de santé sur les filières d'intérêts communs. Ces conventions entre GHT et établissements privés qui mettent sur le même plan le public et le privé sont la négation des

spécificités que devraient avoir les établissements publics au service du public : si certaines spécialités n'existent plus ou en nombre insuffisant sur un territoire, les personnes seront contraintes à consulter dans le privé des spécialistes qui pratiquent quasiment de façon systématique des dépassements d'honoraires.

En cohérence avec la politique néolibérale actuellement menée, la mise en place de cette organisation vise au contrôle de la dépense hospitalière publique et au développement des activités privées de soins. Il s'agit donc d'un détournement du financement public vers le privé qui se fait bien évidemment au détriment de l'accès aux soins.

3. Découpage... qui vise en définitive à réduire les financements ?

Et ce découpage touche bien évidemment les financements avec l'apparition de forfaits, d'enveloppes dédiées, etc. Ce fractionnement pourrait-il servir à masquer une diminution encore plus grande des moyens ? E. Macron dans son discours réfute l'idée selon laquelle les difficultés actuelles seraient liées à un sous-financement du système de soins, arguant que c'est la mauvaise organisation voire son absence qui est responsable des difficultés constatées...

Alors que la tarification à l'activité est aujourd'hui critiquée par la plupart des acteur·trice·s du système de soins, ce plan ne donne aucune information claire sur les évolutions pratiques à venir de ce côté-là, hormis l'annonce de financements par forfaits pour la prise en charge hospitalière des maladies chroniques (diabète et insuffisance rénale chronique dès 2020), puis leur élargissement à la prise en charge ambulatoire ([mesures 1 et 3](#)). Cela pourrait être intéressant s'ils étaient un gage de prise en charge globale sans rupture entre les différents services et entre l'hôpital et l'ambulatoire mais le mode de financement ne suffit pas à entraîner par lui-même un changement des pratiques.

On voit donc se dessiner des modalités de prise en charge différentes selon que la pathologie sera chronique (avec des forfaits partagés entre l'ambulatoire et l'hospitalier) ou aiguë (paiement à l'acte). Cette impression est d'autant plus forte que la vision du système de santé développée dans ce plan porte essentiellement sur les pathologies chroniques et le vieillissement de la population en occultant la pathologie aiguë.

Ces mesures posent donc beaucoup de questions (et le projet de loi de financement de la sécurité sociale, cf. chapitre VII, n'est pas plus clair), surtout si on les inscrit dans une volonté de restrictions budgétaires : Quelles enveloppes de financement ? Qui va payer quoi ? Comment la répartition des différents financements entre les différent·te·s acteur·trice·s va-t-elle être décidée ? Derrière la mise en avant des pathologies les plus « coûteuses » pourrait-on craindre un abandon des soins les moins coûteux (le petit risque) aux complémentaires ? Pour rester juste et solidaire, le système de soins et donc de protection sociale doit prendre en charge tous les risques.

4. Les techniques de management privé appliquées au système de santé

5.

6.

Si le constat du mal-être des soignant·e·s est fait, les causes en sont occultées. Les réponses apportées ne visent qu'à poursuivre voire aggraver les logiques gestionnaires déjà en place. Affichant vouloir « Remettre en place les services comme collectif de travail, collectif soignant » ([mesure 42](#)), ce plan propose au corps médical de reprendre à son compte les instruments du management jusque-là utilisés par les administratifs ([mesures 43, 45](#)). Bien évidemment, les médecins ainsi en responsabilité seront formés au management ([mesures 46, 47](#)) et en échange du pouvoir « retrouvé » les Commissions Médicales d'Établissement bénéficieront « d'appuis » ([mesures 48, 49, 50](#)) : quoi de mieux pour mettre des professionnel·le·s de santé en porte à faux dans leurs propres équipes ? De ce fait, la contestation se vivra au sein d'un même service, facilitant les divisions et l'étouffement des contestations possibles. Le plan va même jusqu'à proposer la

négociation d'accords locaux majoritaires ([mesure 51](#)). Et voila les accords d'entreprises tant promus par la loi travail puis les ordonnances Macron arrivés jusqu'au sein de l'hôpital public !

III. La qualité utilisée à d'autres fins que la qualité

Notons que la qualité fut un outil développé au sein de techniques de management dans les entreprises (dans les années 80 et 90), issu donc d'une idée de compétitivité.

1. La qualité, est-ce un outil d'évaluation pertinent ?

L'idée même d'évaluation ouvre beaucoup de questions : qu'est-ce qu'on veut évaluer ? Comment évaluer ? Avec quels critères ?

Ce plan propose d'impliquer les patient·e·s dans l'évaluation des étudiant·e·s et des professionnel·le·s de santé, sous l'angle de leur satisfaction ([mesures 6, 8](#)) mais sans dire comment celle-ci sera évaluée ni comment ces patient·e·s seront sélectionné·e·s. Il envisage également comme point d'évaluation la coopération et la coordination entre l'ambulatoire et l'hôpital.

Mais ces évaluations serviront visiblement de levier sur les rémunérations (E. Macron parle « d'incitation financière à la qualité »). Le SMG a déjà analysé les enjeux du paiement au résultat en ambulatoire (ROSP). L'évaluation par la qualité avec à la clé une rémunération est un procédé dont nous connaissons les tenants et aboutissants, qui a une puissance essentiellement prescriptive en instaurant une régulation douce des pratiques, empiétant sur l'indépendance des soignant·e·s. Comme pour la ROSP, il existe un objectif financier non déguisé ([mesures 2, 4, 5 et 44](#)). La performance à l'hôpital, comme en ambulatoire, sous couvert de s'attaquer aux « actes non pertinents » sera une variable d'ajustement des dépenses.

Cette thématique de la qualité rejoint ainsi la problématique de la régulation des pratiques (et sans doute une diminution de l'indépendance des soignant·e·s ?). En déclarant s'attaquer aux actes non pertinents, l'objectif serait alors de réguler le nombre d'actes (et donc les dépenses) à budget constant ; c'est-à-dire un objectif financier déguisé en « qualité ». Cette dernière mesure confirme bien les objectifs économiques de cette soi-disant « qualité » en créant un dispositif d'intéressement lié aux projets d'amélioration de la qualité de service !

Ces critiques ne doivent pas cependant nous faire oublier la réelle nécessité d'une réflexion sur l'intérêt, les objectifs et l'organisation d'une évaluation des pratiques professionnelles.

2. La qualité, est-ce libérer du temps médical ?

Plusieurs mesures de ce plan visent à « libérer » du temps médical, en particulier la création et le financement de postes d'assistant·e·s médicaux·ales. Mais on peut s'interroger sur la pertinence d'un nouveau métier (avec une formation d'1 an seulement) – le contenu métier est encore flou, aucun texte pour l'instant - alors que les compétences existent déjà (IDE, secrétaires médicaux·ales, etc.). Cela vient interroger « qu'est-ce qu'être médecin ? » Peut-on appliquer le fordisme à la santé ? Cela va-t-il augmenter la qualité ?

De plus, l'accès à ces postes d'assistant·e·s médicaux·ales sera conditionné à un exercice regroupé et coordonné et à des engagements sur objectifs et résultats ([mesures 10, 11](#)) Mais lesquels ? Quelles seront les exigences au niveau de l'augmentation d'activité : augmentation du nombre total de personnes suivies par un groupe de soignant·e·s, augmentation de la cadence des consultations ?

Nous pensons important que se développe la coordination entre professionnel·le·s et nous espérons que le déploiement de la pratique avancée infirmière ([mesure 33](#)) y participera grandement, avec une plus grande complémentarité des pratiques de chacun·e. Néanmoins, sa mise en place reste dans

l'immédiat assez floue et on peut s'interroger : Quelles activités pour ces nouveaux·elles diplômé·e·s ? participation à un travail de coordination et/ou façon de remplacer à moins cher des médecins ?

3. La qualité, est-ce des innovations techniques visant l'optimisation ?

Dans ce plan et surtout dans le discours d'E. Macron, la qualité est associée à des innovations techniques, scientifiques, technologiques. Une fois encore, l'aspect des sciences humaines inhérent à la médecine et aux soins n'est pas évoqué.

Quelle qualité relationnelle pour cette qualité technique ? L'évaluation associée à l'idée de qualité renvoie inévitablement à des arguments de gestionnaire, tendant vers toujours plus de standardisation, vers une répétabilité des différents critères, ce qui vise à obtenir l'hétérogénéité par rapport à la norme la plus faible possible. Le choix des critères a donc une importance capitale ; or il est généralement fait avec comme objectif annoncé un risque "zéro" pour un coût minimal. Le risque "zéro" n'existe pas, des normes sont alors définies, considérées comme devant être appliquées à chacun·e alors qu'elles ne sont valables pour personne. La "qualité technique" ne réduit pas forcément la qualité relationnelle mais la première est "mesurable", la deuxième non, ne serait-ce que parce qu'elle est individuelle. Comment peut-on alors s'imaginer construire un système centré sur le/la patient·e, la personne humaine, prenant en compte chacun·e dans son individualité ? Si ce n'est à occulter que chaque personne a une singularité propre et à la renvoyer au rang d'objet ayant perdu tout libre arbitre, tout pouvoir d'agir par et pour lui-même ? Un des exemples les plus connus de l'importance du relationnel dans le soin est l'effet placebo : en dehors de l'activité pharmacologique d'un médicament, ses effets chez un·e individu·e donné·e varieront en fonction de la qualité de la relation entre la personne soignée et la personne soignante.

Ces objectifs d'optimisation via l'uniformisation répondent encore une fois à des objectifs comptables, visant à faire toujours plus avec toujours moins... La tendance actuelle est de mettre en avant la nécessité du "contrôle" des activités d'autrui (et la sienne propre) en partant de l'a priori que toute tâche non contrôlée ne sera pas faite ou mal faite. Cela conduit à fermer la porte à toute forme de progrès ou d'innovation et à l'ouvrir toute grande sur l'interchangeabilité des professionnel·le·s : il suffit de faire ce qui est écrit dans la procédure pour faire "bien".

IV. Le numérique comme vecteur de cette optimisation

L'optimisation du parcours de soins défendu par ce plan passe essentiellement par le développement d'outils numériques : plate-forme web d'information ([mesure 7](#)), dossier médical partagé ([mesure 8](#)), télémédecine ([mesure 13](#)), bouquet de services numériques pour les professionnel·le·s ([mesure 14](#)). E. Macron évoque également une médecine personnalisée grâce à l'intelligence artificielle. Mais aucune mesure ne porte sur les inégalités d'accès à ces outils numériques, qu'elles soient techniques, intellectuelles, socio-économiques ou même géographiques.

Au contraire, ces évolutions techniques, sont, dans le même temps, rendues indispensables par les « décloisonnements » dont nous avons parlé ci-avant, tout en les justifiant ; le numérique venant prendre la place de bien des circuits d'informations existants ce jour. Le tout baigné dans un discours de culpabilisation des individu·e·s qui non seulement devront en payer les conséquences mais en seront en plus rendus responsables (comme c'est le cas actuellement pour le système d'assurance chômage). Le numérique en santé comme ailleurs (éducation, etc.) est surtout lié à une idéologie du progrès. Il y a véritablement une « croyance » que le numérique fera mieux que l'humain. Les résultats du numérique dans l'apprentissage sont cependant plus que mitigés... Cette idéologie du progrès viserait-elle à mettre en avant des outils, des techniques pour évincer toujours l'humain et augmenter les profits de quelqu'un·e·s au détriment de la masse ?

V. La formation des professionnel-le-s de santé

Ce plan envisage une actualisation des référentiels compétences des aide-soignant·e·s ([mesure 38](#)) et une amélioration des conditions de reclassement des aide-soignant·e·s ([mesure 40](#)). Le concours d'entrée en IFSI est supprimé ([mesure 53](#)).

Il propose également de supprimer le numerus clausus ([mesure 52](#)) et les ECN ([mesure 54](#)). Il chercherait ainsi à favoriser les passerelles et à encourager la mobilité des étudiant·e·s, pour diversifier les profils de soignant·e·s tout en mettant en place de nouveaux modes de sélection, sans préciser lesquels.

Il n'est pas non plus question de façon concrète de l'évolution des modes de formation, des capacités de formation, ni même des moyens qui y sont alloués. Tant que les modalités de recrutement et de formation de ces divers corps de métiers ne sont pas définies, il est difficile de se former une opinion sur la question.

VI. La psychiatrie

Un pan entier du plan concerne des mesures spécifiques pour la santé mentale (terme visiblement préféré à celui de psychiatrie, pour quelles raisons ?) :

- obligation de mise en œuvre d'un projet territorial de santé mentale avant juillet 2020 ([mesure 26](#))
- développement des stages de santé mentale pendant la formation en médecine générale ([mesure 27](#))
- soutien au développement de la réhabilitation psychosociale ([mesure 28](#))
- réforme du financement des établissements public de psychiatrie, mais sans dire précisément comment ([mesure 29](#))
- extension à la psychiatrie de la pratique avancée des infirmier·e·s dès 2019 ([mesure 30](#))
- renforcement de la discipline de pédopsychiatrie par la nomination d'enseignants ([mesure 31](#))
- information du grand public sur la santé mentale ([mesure 32](#))

Ces annonces ne sont absolument pas à la hauteur de ce qu'il faudrait mettre en œuvre pour lutter contre l'état de déshérence en moyens humains et financiers dans lequel est actuellement la psychiatrie.

Quelques points de financement issus de la lecture du PLFSS 2019

En se penchant sur le PLFSS 2019, la logique financière et gestionnaire semble plus claire, de même que la volonté d'une gestion centralisée

. Le PLFSS 2019 met en avant 3 axes de l'action gouvernementale :

1. "Libérer l'activité économique, soutenir ceux qui travaillent et entreprennent"

Cela se traduit par une baisse des cotisations sociales (6 milliards d'euros sur la part salariale et 20 milliards d'euros sur la part patronale) pour 2019. Dans le même temps, on nous annonce que "les règles de partage du financement de la baisse de prélèvement obligatoire entre l'État et la Sécurité Sociale seront renouvelées" : si les exonérations ciblées (concernant certaines catégories de la population) seront compensées par l'État, les autres exonérations (environ 80 % des exonérations) ne le seront pas ! Si le gouvernement annonce renforcer le pouvoir d'achat par ces mesures, on peut être inquiet quand à l'impact sur les prestations sociales.

Par ailleurs, ces mesures ne font que renforcer le glissement amorcé depuis quelques années, d'un système plutôt bismarckien jusqu'à présent, vers un système plutôt beveridgien. Si ce dernier est souvent reconnu pour son universalisme, il est associé à une gestion centralisée. Au-delà des avantages et des inconvénients de ces deux systèmes, c'est un véritable changement de paradigme dans la gestion de notre système de santé, pourtant aucun débat citoyen, aucune volonté de

communication n'est réalisée par le gouvernement. La question est : pourquoi ? Pourquoi laisser dans l'ombre une question si importante ?

2. "Protéger les plus vulnérables"

Certaines mesures sont proposées pour "améliorer l'accès aux soins :

- Prise en charge à 100 % du tarif opposable dans l'optique, l'audiologie et le dentaire (mais sans révision de ce tarif a priori !) Deux questions importantes restent posées : la répartition des coûts entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires d'une part, le panier de soins correspondant d'autre part.

- Fusion de l'Aide à la Complémentaire Santé et de la Couverture Maladie Universelle complémentaire en un seul dispositif. L'intégration de l'ACS dans la CMUc devrait augmenter le recours à ce dispositif aujourd'hui trop peu utilisé en permettant de diminuer le reste à charge des foyers aux revenus les plus modestes. Mais la création de ce fait d'une CMU « contributive » ouvre une brèche dans notre système de protection sociale. Pour la première fois, des personnes vont cotiser dans le système public, non seulement en fonction de leurs ressources, mais également de leurs « risques » (le montant de la cotisation à la CMU contributive est indexé sur l'âge). Sous couvert de soutenir les plus vulnérables, la logique assurantielle serait donc bien en train de l'emporter ?

- Tiers-payant intégral sur les soins ambulatoires à Mayotte. Il sera intéressant d'observer et de surveiller sa mise en place : quels enseignements pourrions-nous en tirer pour proposer une généralisation de cette disposition ?

D'autres mesures sont présentées dans cette section dont des enveloppes budgétaires allouées aux EHPAD, un budget dédié spécifiquement à la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme (60 millions d'euros), des revalorisations ciblées (revalorisation exceptionnelle de plus de 4 % par an pour l'AAH, le minimum vieillesse et la prime d'activité). À noter la prolongation du congé maternité pour les travailleuses indépendantes et exploitantes agricoles (ce qui est donc plutôt une avancée pour les professions libérales paramédicales).

3. "investir dans la transformation du système de santé" : que retrouve-t-on ici du "plan santé 2022"?

- "Priorité prévention" : sans surprise et en accord avec le plan santé 2022, les budgets 2019 sont alloués pour des actions de prévention ponctuelles (tabac et substances psychoactives, prévention à destination du jeune public, vaccination antigrippale). Et ça s'arrête là ! Ici non plus, rien sur les déterminants sociaux de santé, sur les facteurs sociaux et environnementaux influençant la santé.

- "Réformer l'organisation des soins et la tarification des soins" : le PLFSS 2019 prévoit une progression de l'ONDAM de 2,5 % (ce qui correspond à une augmentation de 4.9 milliards d'euros) et aussi 300 millions d'euros pour favoriser la qualité dans les établissements de santé. Ces chiffres sont-ils cohérents avec les ambitions affichées ?

- "Favoriser l'accès à l'innovation thérapeutique, faire évoluer la régulation du secteur du médicament" : comme dans le plan "Ma santé 2022", il n'y a aucune ambition d'une véritable politique du médicament. Loin d'une réflexion sur une régulation, le PLFSS prévoit par exemple un élargissement des Autorisations Temporaires d'Utilisation, le renforcement du recours aux génériques, une lisibilité du déclenchement de la clause de sauvegarde des dépenses associées aux médicaments.

Conclusion :

De ce plan, nous retenons une réponse essentiellement géographique aux difficultés d'accès aux soins, avec la mise en place des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, pendant

ambulatoire des Groupements Hospitaliers de Territoire. Leur développement et leur mode de gouvernance restent flous. Nous sommes bien évidemment favorables à la coopération de tou·te·s les professionnel·le·s de santé d'un même bassin de vie dans le but de former des réseaux de soins de proximité pertinents. Mais comment obtenir une réelle démocratie sanitaire où les décisions concernant le système de soins et la santé dans son ensemble sont prises par et pour les premier·e·s concerné·e·s, pour une gestion et une organisation des moyens au plus près des besoins ?

Sur le plan des difficultés d'accès socio-économiques aux soins, ce plan semble vouloir provoquer :

- l'accélération de la privatisation, via les assurances complémentaires, de l'Assurance Maladie
- la poursuite du démantèlement de l'hôpital public au profit des activités de soins privées
- l'aggravation des inégalités sociales de santé
- etc.

Comment alors nous organiser avec l'ensemble des personnes, collectif, syndicats, associations concerné·e·s pour revendiquer ensemble les droits de toutes et tous ?

Pour finir une dernière remarque de forme. E. Macron parle dans son discours de « praticiens », « directeurs »... et « d'aides soignantEs », « d'infirmiEREs ». Il y aurait donc des métiers d'hommes (bizarrement ceux avec du pouvoir) et d'autres de femmes... Il faut rappeler que les métiers ne sont pas genrés mais en rapport avec des compétences qu'hommes et femmes peuvent acquérir de la même manière au cours d'une formation.

Dans le but de réduire la dimension inégalitaire de la langue, nous avons nous souhaité utiliser une convention d'écriture où l'ensemble des êtres humains et humaines est représenté à parts égales. Les structures de domination étant particulièrement intégrées dans certaines pratiques quotidiennes telle que l'écriture, ces conventions d'écriture du féminin et du masculin restent irrégulières dans ce travail.