



HAL
open science

Pour une respublica du soin : la voie des biens communs

Postface

Fabienne Orsi, Benjamin Coriat

► **To cite this version:**

Fabienne Orsi, Benjamin Coriat. Pour une respublica du soin : la voie des biens communs Postface. Bizouarn, P. Santé publique, bien commun, Héphémères, 2023. hal-04249350

HAL Id: hal-04249350

<https://hal.science/hal-04249350>

Submitted on 19 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Postface du livre « Santé publique, bien commun » de Philippe Bizouarn, Editions Hemisphères, juillet 2023.

Pour une *respublica* du soin : la voie des biens communs

Fabienne Orsi* et Benjamin Coriat**

* Économiste, chercheuse à l'Institut de Recherche pour le Développement, LPED Aix-Marseille Université

** Professeur émérite, Université Sorbonne Paris Nord

Voici un livre que toutes affaires cessantes, ceux qui nous gouvernent devraient lire et méditer. Fermés là les fichiers Excel et autres « données » produites par des algorithmes dont on ne se sait comment ils sont été conçus, mais dont les préconisations sont suivies comme si elles constituaient des oracles. Il est temps pour tous et chacun de tenir les yeux grands ouverts et d'entendre les voix qui nous viennent de l'intérieur.

C'est que le livre de Philippe Bizouarn a ceci d'irremplaçable qu'il constitue une chronique d'une rare pertinence et acuité, tenue au cœur de l'épidémie, au plus près de ses effets les plus délétères : au sein même des salles de réanimation. Les textes livrés, qui sont le fruit d'une réflexion au long cour, sans cesse revenue sur elle-même, ont nourri une pensée et un regard sur les choses d'une profondeur rare. Sa double formation de médecin anesthésiste réanimateur et de philosophe alimente sur toute chose une vision exceptionnelle et indispensable à la fois : une vision éthique. Qu'est-ce que la douleur, la maladie, l'égalité ou l'inégalité devant le soin ? Qu'implique et que signifie l'acte de trier, parmi les patients, ceux que l'on tentera de sauver et ceux que l'on se voit contraint, faute de lits et de personnels, d'abandonner à la mort ? Voilà quelques-unes des questions lancinantes qui traversent ces « tribunes de combat ». Avec aussi cette rage et cette colère sourde : alors qu'un monde précieux entre tous : celui de l'hôpital public et du soin s'effondre sous les coups répétés de « réformes » plus insensées les unes que les autres, comment se faire entendre ? Comment briser la surdité – volontaire - de nos gouvernants. Au-delà encore et par-dessus tout partout se fait écho cette tension : comment faire autrement, comment redonner à l'hôpital, au peuple des patients et des travailleurs du soin, leur dignité ?

C'est à l'occasion de la réflexion que nous menons depuis bientôt quinze ans sur les communs et les biens communs que nous avons rencontré Philippe Bizouarn. A l'été 2020 pour le lancement des Ateliers pour la refondation du service public hospitalier¹ - un travail de mise en relation et d'échanges entre soignants de divers horizons et chercheurs de disciplines variées que nous menons depuis sans relâche - il était déjà l'un des nôtres. Ses propres réflexions l'ayant conduit sur cette perspective qui désormais nous lie : comment penser la nécessaire refondation de l'hôpital public et du soin , à la lumière des biens communs. Que

peut apporter cette approche qui désormais traverse nombre de pratiques et d'acteurs, à l'action et au mouvement en cours.

A la lumière des textes de Philippe Bizouarn réunis dans cet ouvrage, nous proposons dans cette postface quelques éclairages inspirés de l'approche par les biens communs et tentons d'apporter quelques éléments de réflexions pour contribuer à tracer une voie d'avenir.

Pour ce faire nous revenons d'abord sur des points saillants de cette nouvelle « chronique d'un effondrement annoncé » - celle de l'hôpital public - que nous livre Philippe, avant de nous engager dans la formulation de quelques propositions formulées dans l'esprit d'aider à sortir de la nasse dans laquelle nous sommes enfermés, afin de commencer à tracer une voie....

Chroniques d'un effondrement annoncé

L'intérêt premier pour nous des écrits de Philippe Bizouarn est qu'ils portent *sur le travail vivant dans le soin*. Ils nous invitent à penser à partir de là. Philippe Bizouarn fait partie de ces personnes rares qui nous donnent à voir et à penser avec finesse le monde de l'hôpital public en nous ouvrant son intérieur, en nous guidant sur les chemins escarpés du travail du soin vécu au quotidien, au plus profond de sa technicité et de son humanité mêlées. Ses textes écrits au cours de la pandémie de covid 19 nous livrent une réflexion éthique sur l'acte de soigner lorsque cet acte se trouve menacé voire empêché comme il l'est aujourd'hui. Il ne s'agit pas de se méprendre. La pandémie de covid 19 n'est pas la cause de l'état de dégradation du travail du soin et de l'hôpital public. Depuis plus de dix ans au moins les travaux de chercheurs, médecins, collectifs et syndicats n'ont cessé de mettre en lumière et d'alerter sur la catastrophe en train de se faire. Nous en sommes à son paroxysme. Aujourd'hui, au-delà de l'hôpital, c'est l'ensemble de notre système de santé qui s'effondre sous nos yeux. De fait la pandémie de covid 19 a surtout joué à la fois le rôle de loupe grossissante et d'accélérateur des difficultés auxquelles se trouvent confrontés depuis des années les soignants de l'hôpital public en particulier là même où les soins à prodiguer sont les plus techniques et les plus complexes, là où notre vulnérabilité est la plus grande, là où également il s'agit *malgré tout* de préserver l'égalité et l'universalité d'accès aux soins. Les réflexions éthiques que nous livre tour à tour Philippe Bizouarn à propos du tri des patients covid, du « tri de l'ombre » lorsqu'il s'est agi de déprogrammer massivement les opérations et les pertes de chances consécutives, les morts aux urgences faute de prise en charge à temps par manque de soignants, ou encore l'obligation vaccinal ou le passe sanitaire imposé à l'hôpital ouvrent sur des questions éminemment politiques. Là encore l'apport de Philippe Bizouarn a ceci d'irremplaçable qu'il nous propulse au bord du gouffre ouvert par cette déconnexion profonde entre d'un côté la « réalité nue » du travail du soin et de l'autre la conduite d'une politique publique hors sol, mue depuis des décennies par une logique aux antipodes de la réalité soignante et -de là- des besoins en santé des citoyens : introduction de logiques

marchandes à tous les niveaux du système de santé, organisation de la rareté y compris des médecins avec l'imposition d'un *numerus clausus* dont on n'oubliera pas de rappeler que celui-ci a été mis en place au début des années 1970 d'abord à la demande de certains syndicats de médecins voulant limiter la concurrence, une mise en concurrence déloyale entre hôpitaux publics et cliniques privées, l'imposition de contraintes budgétaires perverses assises sur un financement à l'acte à taux variable inversement proportionnel à l'activité de l'hôpital, l'imposition d'une gouvernance de contrôle et par le nombre avec une direction volontairement tenue éloignée de la réalité soignante, une administration publique elle aussi déconnectée de la réalité du travail du soin imposant toujours plus de normes bureaucratiques, une déconnexion toujours avec une médecine de ville elle-même en recul pour assurer la permanence des soins, voire assurer les soins tout cours eu égard à la multiplication des déserts médicaux y compris dans les plus grandes villes de France, etc.. La liste est longue. Il y a de la révolte en chair dans les écrits de Philippe Bizouarn, la sienne mais également celles de nombreux soignants qui n'en pouvaient plus de se taire. Cette colère et cette révolte il nous les livre également en images. Des photos prises par lui pour mieux leur donner corps, par-delà les mots. Des images, des portraits de moments de lutte de femmes et d'hommes mobilisés non pas pour la défense d'intérêts corporatistes mais pour défendre un hôpital public dont la chute incessante vers l'abîme s'opère dans le silence assourdissant des gouvernants et le déni de la réalité vécue par les soignants et les patients. Ces soignants de l'hôpital public, infirmiers, médecins, aides-soignants, n'en peuvent plus de crier que tout s'effondre, que le modèle social à la française s'emballe, que plus rien n'est sous contrôle et que les soignants ne peuvent plus travailler sans risque d'être maltraitants avec les patients, qu'ils comptent désormais les morts faute de prise en charge à temps. Ils s'en vont.

C'est cela que nous livre Philippe Bizouarn : de redoutables questions éthiques à propos du travail du soin ouvertes par la béance laissée par les pouvoirs publics.

Les rustines politiques ne suffiront plus. Nous sommes arrivés à une rupture. Celle de la responsabilité de l'État à assurer un accès à des soins de qualité à toutes et tous et de façon universelle. Cela trouve son illustration parfaite dans le récent recours en contentieux déposé par des collectifs de soignants et d'usagers au tribunal administratif de Paris pour carence fautive de l'État « à assurer le droit à la santé des usagers, des patients et de leur entourage, des soignants, le droit au respect de la dignité de la personne malade, le droit de recevoir les traitements les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques garantissant la meilleure sécurité sanitaire, le principe de continuité du service public hospitalier »ⁱⁱ.

A l'heure de l'effondrement, beaucoup en conviennent, tout doit être remis à plat. Mais quelle voie prendre pour cela tellement la tâche est immense? Les voies sont certainement plurielles. Celle que nous avons choisie dans le cadre du travail que nous réalisons au sein des

ateliers pour la refondation du service public hospitalier est celle que nous avons qualifiée de « *respublica* du soin ».

C'est sur ce point que, dans cette postface et dans le prolongement de ce que ce que ce livre apporte, en nous appuyant sur ce que nous avons commencé à élaborer dans les Ateliersⁱⁱⁱ, que nous voudrions maintenant proposer quelques réflexions.

Dans cette prospective commençons par ceci, qui pour nous s'impose comme une évidence et exigence première : rien ne pourra être fait si d'abord nous ne nous inscrivons pas dans une *respublica* du soin

Pour une *Respublica* du soin

Avant de préciser ce que nous entendons par *respublica* du soin, il convient de dire quelques mots sur la notion de *respublica* elle-même. Pour aller vite, car il n'est pas possible ici de développer cet aspect pourtant essentiel du sujet, rappelons que la notion de *res publica* nous vient de l'Antiquité, de la Rome antique. Cette notion a depuis l'époque romaine fait l'objet de conflits de sens tout au long de l'histoire et ce, depuis le moment même où elle est convoquée. Cependant, il est important de dire que la *res publica* des origines n'est pas un régime politique, elle n'est pas la république par opposition à la monarchie, elle n'est pas non plus un État, ni l'affaire de l'État. Elle est « la chose publique », « la chose du peuple », c'est à dire ce qui est commun aux citoyens, l'affaire de tous, toujours en débat ouvert pour la construction de la cité. En suivant le grand historien du droit Romain Yann Thomas, les *Res publicae* renvoient alors aux différentes affaires du peuple dont il débat, des choses immatérielles comme matérielles, - ces choses de la cité appartenant à chaque citoyen, comme à tous, mais inaliénablement et ne pouvant ainsi être abandonnées au marché^{iv}.

Aujourd'hui la chose publique ne fait plus échos à ses origines, elle n'est plus l'affaire des citoyens délibérant à propos de biens et de services d'appartenance collective. Le XIX^{ème} siècle a été la scène de réformes majeures du droit administratif et la fabrique de l'État « moderne » procédant ainsi à un glissement majeur : les choses publiques sont progressivement devenues l'affaire de l'État pendant que le statut d'administré a pris le pas sur celui de citoyen. Ce long et complexe glissement du citoyen vers l'administré s'est traduit par une transformation de la *res publica* en puissance publique, elle-même de plus en plus dissociée du peuple, jusqu'à ce que lui soit confisqué la *res publica*. La question des services publics en général et ceux de la santé en particulier propose une histoire exemplaire de cette confiscation, même si – la naissance de la sécurité sociale a marqué pour un temps une rupture de même que, nous y reviendrons – l'émergence de la « démocratie sanitaire » a à sa manière

elle aussi et pour un temps rebattu les cartes. Le fait est que de façon quasi-continue les services publics n'ont *pas* été l'affaire directe des citoyens. Capturés par le droit administratif et l'État, enfermés dans une novlangue technocratique et managériale, ils sont aujourd'hui devenus l'affaire exclusive de la puissance publique, entourée d'experts des cabinets de conseil. De là le chemin pris qui a conduit à une déconnexion abyssale entre les choix effectués par la bureaucratie d'État et les besoins réels. C'est ce que nous enseignent en particulier les textes de Philippe Bizouarn. Rien du travail du soin, du savoir et de l'expérience du « peuple du soin » n'est considéré comme légitime et n'a sa place dans les orientations politiques prises et l'organisation du soin qui en découle. Quant à la voix des usagers, elle reste elle aussi largement ignorée.

Inventer une *respublica du soin* consiste donc à trouver les voies pour renverser la logique, refaire de l'administré un citoyen délibérant de ses affaires à propos de sa santé. Il s'agit de trouver les voies pour que l'hôpital public et au-delà la question du soin, deviennent réellement l'affaire de tous, soignants, comme soignés. Le chemin est ardu. Et c'est là, pour nous guider sur ce chemin que l'apport des biens communs est utile.

Chacun intuitivement sent bien de quoi il s'agit lorsque il se réfère à la notion de bien commun. Pourtant accepter de s'accorder sur le sens que nous donnons aux mots constitue un enjeu de taille. Dans les diverses acceptions et contenus donnés de la locution « bien(s) commun(s) » l'une d'entre-elle, nous semble-t-il, doit s'imposer et servir de référence car elle a acquis un droit de cité à nul autre pareil. Ce contenu de référence c'est d'Italie qu'il nous vient. Là, un groupe d'éminents juristes (en fait une commission sénatoriale instituée en 2007 et conduite par Stefano Rodotà) en liaison avec un très fort mouvement social contre la privatisation des services publics de l'eau, a consacré une partie de ses travaux à donner une définition à la fois *théorique et opérationnelle* de la notion de bien commun, une définition ayant vocation à être introduite dans le code civil Italien. Pour la Commission Rodotà « les biens communs sont avant tout des biens essentiels à la survie (l'eau, la nourriture), des biens aussi qui garantissent à leur endroit l'égalité d'accès de tous et le libre développement de la personne. En raison de leurs fonctions, on les qualifie de « biens communs », pour indiquer tout à la fois le lien qu'ils entretiennent avec la personne et ses droits. Ces biens sont dits communs en ce sens qu'ils s'instituent comme tel en étant notamment définis à partir de leur appartenance collective et par leur soustraction à la logique du marché et de la concurrence. Et la commission de poursuivre que ces biens « *doivent être protégés et sauvegardés par le système juridique* » et doivent être administrés de façon nouvelle, suivant des modalités garantissant non seulement le droit des citoyens à en jouir sans discrimination mais aussi devant permettre leur participation directe à la gestion et au contrôle^v.

Si nous devons résumer les grandes lignes que porte l'approche par les biens communs retenons : l'importance de la loi ou plus largement du système juridique comme garant des biens communs, leur appartenance collective, l'indispensable mise hors marché et hors commerce, l'accès pour tous garanti, et *last but not least* le fait qu'ils garantissent les conditions d'une participation citoyenne dans le contrôle et la gestion.

Les enjeux sont considérables, nous ne pouvons ici en dresser l'inventaire ni l'argumentaire de manière exhaustive. Cependant, quelques lignes peuvent être tracées dans la perspective de travailler à l'avènement d'une *respublica* du soin.

La dimension juridique des choses doit être abordée notamment en raison du fait que la notion d'appartenance collective est centrale pour bâtir une *respublica* du soin. Si l'on ne peut attendre une révolution dans le champ du droit administratif du moins à court terme, cela n'interdit pas de réfléchir à la manière d'introduire de la délibération, de la gestion et du contrôle citoyen, - une nouvelle répartition des pouvoirs donc-, à l'hôpital mais également aux différents niveaux du système de santé. Du côté des usagers et des patients une voie a été ouverte par le combat mené au cours des années 1990-2000 par les malades du sida et leurs proches, ce que l'on nomme aujourd'hui « démocratie sanitaire » incarnée par la fameuse « loi Kouchner » de 2002, relative aux droits des malades, à la qualité du système de santé et au droit à la protection de la santé. Ce moment qui a marqué un tournant, a aujourd'hui été en partie dévié de ses intentions premières. La démocratie sanitaire s'est institutionnalisée pour devenir une organisation complexe d'instances diverses et enchevêtrées dans lesquelles sont supposés être représentés des « usagers », le plus souvent sans que jamais d'ailleurs ces instances aient un quelconque pouvoir décisionnel et où les fameux « représentants d'usagers » ne sont pas élus mais cooptés par l'État ou ses représentants. La crise du covid 19 a clairement mis en exergue l'ineffectivité de cette démocratie sanitaire « institutionnalisée ». Cependant, sur le terrain, dans l'esprit des luttes menées par les militants contre le VIH, certaines pratiques de santé communautaire ont été menées portées par des communautés « fortes » comme celle des usagers de drogues, des personnes transgenres, mais aussi par des communautés de quartiers populaires exclues du système de santé et du soin. Ces initiatives ont souvent été menées avec les différents acteurs en présence sur le territoire et avec, parfois, un soutien des instances publiques et administratives et dans un modèle de gouvernance totalement inédit. Que nous enseignent ces initiatives au même titre que celles qui ont pu être menées dans les hôpitaux et en dehors par des équipes de soignants qui ont retrouvé de l'autonomie au travail et reconstituer des collectifs de soin aux plus proches des patients ? Nous le savons, la fenêtre « expérimentale » ouverte à l'occasion de la première vague de covid 19 s'est refermée. Elle doit être réouverte, les enseignements de la période covid n'ont pas été tirés, tout particulièrement pour ce qui concerne les endroits où les différents acteurs se sont appropriés collectivement la pandémie et sa gestion et

comment en mettant en commun leurs savoirs et savoir-faire dégagés de tout carcan administratif des formes complètement nouvelles d'organisation ont pu émerger, cela en partant des besoins et non plus dictées par une logique comptable et hors sol.

L'hôpital public tout spécialement doit trouver la voie d'une démocratie en santé à partir du savoir expérientiel des patients mais également des différents travailleurs du soin, soignants comme administratifs. L'urgence bien sûr est de prendre au sérieux les cris d'alarmes répétés des soignants quant à l'installation d'un mode dégradé de prise en charge des patients allant jusqu'à les mettre en danger faute de conditions de travail décentes et de personnels insuffisants. Aujourd'hui rien ne garantit légalement un nombre suffisant de soignants par patients hospitalisés alors même que les études et articles scientifiques sont légion. Seuls les services de soin intensif bénéficient d'une telle garantie. On ne peut dans ce cas qu'espérer que le projet de loi présenté au sénat pour garantir un ratio soignant/patients hospitalisés dans tous les services soit accueillis positivement^{vi}. C'est dans ce sens que le cadre juridique doit évoluer, de façon ascendante et démocratique.

Insuffler de la démocratie en santé à l'hôpital c'est également inventer un autre mode de gouvernance pour remplacer celui actuel issu de la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009, un mode pyramidal et hiérarchique, assis sur un pouvoir quasi-absolu donné aux directeurs d'hôpitaux, eux-mêmes étant placés sous l'autorité des Agences Régionales de Santé et sans lien aucun avec la cité, la ville, les acteurs sur le terrain. Certains diront que nous sommes passés d'un mode de gouvernance mandarin à un mode de gouvernance managérial sans que jamais ne soit repensé le mode excessivement hiérarchique et descendant. Certains collectifs de soignants appellent à des « changements de la gouvernance » pour y insuffler « plus de démocratie » et proposent pour cela un renforcement du pouvoir médical et une place plus grande aux usagers. Dans la plupart des cas cependant ces propositions s'inscrivent dans le cadre existant et les structures comme elles sont toujours autant cloisonnées. L'accent n'est pas réellement mis sur l'impérieuse nécessité de repenser le soin lui-même et partant sa place et son rôle dans la cité, là où doivent se penser et se construire des pouvoirs et des devoirs effectivement partagés.

Cela passe sans aucun doute par le fait de refaire langage commun et pour cela commencer par se défaire du langage des chiffres et des indicateurs pour reconstruire et refonder dans l'hôpital *son hospitalité*. L'hôpital flux, où l'on passe le temps le plus bref possible, l'hôpital à flux tendus dont les ressources comme dans le *juste à temps* automobile sont réduites au maximum, l'hôpital centré sur la simple réparation de ce qui peut l'être a atteint ses limites. A force de supprimer des lits, du personnel, l'hôpital n'est plus guère, entre deux attentes dans un couloir, que ce lieu de passage dont l'ambulatoire est devenu la figure emblématique.

Ses moyens et compétences rognées jusqu'à l'os, et de plus aujourd'hui déserté en masse par des personnels épuisés et las des promesses non tenues, le patient converti en données Excel, « cette main que faute de temps on ne peut prendre dans la sienne », a tout cela, à toute cette souffrance et à toute cette incurie, il doit être mis fin.

Incurie n'est d'ailleurs pas le bon mot. Car s'il s'agit de « désorganisation », comme le note Philippe, il s'agit bien d'une « désorganisation organisée ». Le dédoublement de tout acte des soins, en son code informatique, qu'implique le respect des protocoles de la tarification qui dicte l'organisation du travail est l'une des origines de ce manque de temps, de ce manque d'humanité forcée auquel les soignants, mais également les cadres de santé sont souvent contraints de se soumettre.

Un juste système de financement doit remplacer le fatras actuel qu'organise la tarification à l'acte. Cette vérité aujourd'hui s'impose si fort, que même à ce qu'il semble nos plus hautes autorités s'y sont converties. Mieux vaut tard que jamais donc, mais pour quelle alternative ? Car pour autant comme cela est maintes fois noté, rien n'aura été réglé si l'on ne revient pas aussi sur les pas de l'ONDAM et aux restrictions supplémentaires sur le budget global de la santé imposées année après année.

Si l'on veut restituer à l'hôpital sa dignité, le reconstituer dans son hospitalité, il faut une bonne fois pour toute se convaincre de ceci : *l'hôpital n'est pas, ne peut être, ne sera jamais une entreprise*. Si l'on veut redonner à l'hôpital sa vocation et l'instituer dans une approche qui soit celle des biens communs alors, et pour commencer, il faut le tenir « hors commerce ». Et tout construire autour de ce principe. Ceci ne signifie pas que l'hôpital ne soit doté de son modèle économique propre. Cela signifie que ce modèle ne peut reposer ou être réduit à de sordides et stupides calculs coûts/bénéfices, acte par acte. L'hôpital, le soin ne peuvent être pensés qu'au sein d'une évaluation globale, laquelle doit garantir à tous et chacun l'accès aux soins, en respectant ainsi les droits fondamentaux de la personne.

Tenir l'hôpital public et la santé hors commerce, c'est les mettre au service des vrais besoins d'aujourd'hui et de demain, besoins au demeurant que le marché est tout à fait incapable d'affronter. Les quelques vérités que nous allons rappeler ici indiquent en effet où sont les vraies questions et pourquoi c'est dans une vision prospective et d'ensemble qu'il faut penser.

Notre population vieillit. Face à cela le marché n'a été capable que de livrer des Ehpad pour la plupart aux mains de grands groupes privés dont on découvre chaque jour d'avantage que nombre d'entre eux sont des lieux d'une infâme maltraitance.... cependant pour que pour les autres personnes âgées et en situation de dépendance— qui ne peuvent avoir accès aux services privés, c'est, en masse, l'isolement et la détresse. Dès lors comment sans cynisme, soutenir que l'avenir que prépare l'ONDAM est bien celui qu'il faut préparer? Profitons ici

pour souligner que l'ouverture au marché se profile également comme réponse aux déserts médicaux puisque une ordonnance du 12 janvier 2018 autorise la création et la gestion de centres de santé par des établissements privés à but lucratif^{vii}. Pour qui sait observer, ces centres de santé et dentaires ont commencé à prendre place dans la cité.

Autre vérité : nous faisons face à une croissance très forte des maladies chroniques qui demandent des types de présence et de soins, qui n'ont rien à voir avec les actes calculables dont la bureaucratie des ARS fait ses choux gras.... N'en déplaise à nos experts du maniement des tableurs Excel, le « hors commerce » est ici la condition du soin, de son efficacité.

Enfin pour ne retenir que cela, il est plus que temps d'inclure dans le soin la santé environnementale. Il n'est pas de jours qui n'amène son lot de nouveaux sandales qui viennent mettre en pleine lumière l'inadéquation de nos systèmes de vigilance et de notre régulation sanitaire, lorsqu'il ne s'agit pas de complaisance et de complicité avec les prédateurs du monde de l'industrie qui en toute connaissance de cause font leur profit et leur miel du chlordécone ou du glyphosate Qui, au regard de cela, prétendra encore défendre la « rationalité » du système qui prévaut aujourd'hui ?

Ce n'est que s'il est pensé « hors commerce » que le modèle demain sera à même d'affronter et de traiter en profondeur les maux dont notre société souffre. La préservation de la vie est à ce prix. La seule à la vérité à la hauteur des enjeux que l'affirmation, chaque jour plus prégnante de la crise écologique majeure dans laquelle nous sommes entrés, met à l'ordre du jour.

Enfin et pour ne retenir que ce dernier point une autre direction encore doit être prise. Si l'hôpital entend jouer pleinement son rôle dans la cité il convient de l'envisager comme un véritable « commun de territoire », un commun de proximité.

Il s'agit d'une question centrale : peut-on continuer d'envisager l'hôpital comme cette forteresse repliée sur elle-même, enfermée dans ses codes et ses protocoles et maintenant dans ses pénuries ?

Il nous semble au contraire indispensable de penser l'ouverture de l'hôpital public sur le territoire et les patients lui permettant ainsi pleinement de renouer avec sa vocation première qui est : en tant que service public de garantir un accès à tous. Dans le cadre d'une politique de santé publique repensée, il faut faire en sorte qu'il soit à même de se déployer sur le territoire, la ville, vers les citoyens qui les habitent.

Plus que jamais il faut redonner vie et sens à *l'aller-vers*. Cette notion – qui a joué un rôle si important dans l'histoire de la psychiatrie de secteur, désigne la pratique de constitution

d'équipes mobiles partant à la rencontre des patients isolés, le plus souvent constituées de personnes précaires et désocialisées, doit retrouver son sens.

Pour cela, plutôt que de poursuivre dans la voie de la destruction de la psychiatrie de secteur, c'est tout au contraire comme modèle d'inspiration qu'il conviendrait de l'envisager. Il faut résolument encourager toutes les initiatives et les pratiques qui permettent à l'hôpital de se déployer hors de ses murs, à la rencontre des habitants de son territoire qui ont besoin de sa compétence et de ses services. Bien que rares et conduites le plus souvent contre les grandes bureaucraties qui gouvernent nos hôpitaux, des expériences et des pratiques de cet aller-vers existent, comme cela est le cas avec l'Espace santé, un centre de santé hospitalo-universitaire de l'APHM installé dans l'un des quartiers pauvres de Marseille.

C'est ici aussi que doivent prendre toute leur place *les centres de santé communautaire*. La lutte contre les déserts médicaux ne pourra véritablement être menée sans qu'une véritable politique de l'aller vers s'engage avec tous les acteurs de proximité dont l'hôpital, lequel là où il ne peut assurer une présence directe, peut jouer un rôle pour favoriser l'essor de centres dispersés dans lesquels il délègue si besoin en est, de sa compétence et de son savoir-faire. Cela tout en restant lié, pour pouvoir, chaque fois que nécessaire, être mobilisé en assurant les indispensables continuités dans l'historique des patients et des affections traitées.

Autour et en lien avec le territoire, assurer le maillage de l'offre de soin, doit constituer un objectif du nouveau service de soin que la crise que nous traversons rend nécessaire.

**

*

Comme on le voit, si les chemins de la *respublica* du soin que nous appelons de nos vœux sont désormais ouverts, comme nous espérons avoir contribué à le montrer, il y a loin de la coupe aux lèvres. Rendons pour conclure cet hommage à Philippe Bizouarn : ses « tribunes de combat » non seulement crient l'urgence de mettre fin à l'effondrement dont est victime l'hôpital d'aujourd'hui, mais aussi, sur des points essentiels, il indique les voies à suivre pour faire ou refaire de l'hôpital public cette institution ouverte et hospitalière dont toutes et tous nous ressentons si fort le besoin.

i Voir le site des Ateliers pour la refondation du service public hospitalier :

<https://ateliersrefondationhopitalpublic.org/>

ii Communiqué de presse du 3 novembre 2022 : <https://www.laurettefugain.org/letat-attaque-en-justice/>

iii « Soigner-Manifeste pour une reconquête de l'hôpital public et du soin » Collectif les furtifs, sous la direction de Fabienne Orsi, C&F Edition 2021.

iv Yann Thomas, « La valeur des choses. Le droit romain hors la religion », *Annales, Histoire, Sciences Sociales*, N°6, pp.1431-1462, 2002.

v Stefano Rodotà, « Vers les biens communs. Souveraineté et propriété au XXI^e siècle », Tracés, hors-série, traduire et introduire, 2016

vi Proposition de loi relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé : <http://www.senat.fr/leg/ppl22-105.html>

vii Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036484700/>