Commentaires PSRS

Marie Gaille, le 2 mai 2011

p. 7 avant-propos : le texte indique qu’il ne s’intéresse pas à l’opérationnel mais il y a une ambiguïté puisqu’il énonce juste après les 3 schémas opératoires. En outre, on peut se demander si une réflexion de fonds peut vraiment être menée indépendamment d’une réflexion sur l’opératoire, car c’est à la mise en œuvre qu’on voit les difficultés d’application des principes.

p. 7 le 3ème étage mentionné, « médico-social » : pourquoi ne concerne-t-il pas aussi les populations dites « précaires » (économiquement, juridiquement notamment ?)

p. 7 le paragraphe consacré à faire des économies et rationaliser sans le dire est un sommet de rhétorique !

p. 10 idée du parcours de santé qui apparaît. Je la trouve intéressante. En même temps, car cela induit en particulier la nécessité d’une réflexion sur l’articulation des soins dans le cas de parcours médicaux impliquant la consultation de plusieurs spécialistes et aussi pour les maladies chroniques. En même temps, je trouve que l’idée doit être complétée par une interrogation sur les raisons qui font qu’une personne s’engage *ou pas* dans un tel parcours. Tant qu’on n’aura pas éclairé cet aspect, on pourra organiser de très beaux parcours et être très déçu du résultat. Cf. l’ouvrage de G. Reach et celui que j’ai coordonné avec Cl. Crignon, *Qu’est-ce qu’un bon patient ? Qu’est-ce qu’un bon médecin ?* (Paris, Séli Arslan, 2010).

p. 11 on voudrait prolonger les idées énoncées dans cette page par celle d’une *éducation aux pratiques de santé* (pratiques de santé, liées au mode de vie et au rapport de court et de long terme qui sont indépendants des lieux et des parcours de soin, mais bien connus pour être essentiels pour la santé)

p. 21 sqq : un grand bilan des inégalités est effectué. Donc tous les instruments sont là pour envisager une offre médico-sociale élargie à d’autres catégories que celles liées au handicap et au vieillissement.

p. 59 idée d’investir dans la ‘prévention’ – comme je l’ai dit plus haut. Je pense que l’idée devrait être complétée par une politique d’éducation du rapport à soi et à sa propre santé et par une réflexion sur les décalages entre les parcours proposés et les choix des personnes qui renvoient aussi à des styles de vie à prendre en compte également

et les principes énoncés à partir de la p. 59 ne mangent pas de pain.

p. 102 l’idée de télésanté. Elle peut être attractive (la télé comme média éducationnel est utilisée dans de nombreux pays) mais en l’occurrence, l’examen clinique – dont on se plaint sans cesse qu’il se perd et que la médecine devient froide, techniciste et déshumanisée – est perdu avec la télésanté.

p. 103 l’idée d’éducation thérapeutique du patient. Il faudrait enrichir cette idée par la compréhension des raisons pour lesquelles un patient s’engage ou pas dans un « parcours de soin » et y reste ou non.