

# La crise de la santé en France avant et après le COVID19

**L'épidémie du Coronavirus avec près de 30.000 morts en 3 mois a mis en lumière la crise sous-jacente de notre système de santé négligée depuis longtemps par les gouvernements successifs. Cette crise touche en priorité l'hôpital public mais elle met aussi en évidence la question des déserts médicaux et nos faiblesses dans le domaine de la santé publique et de la prévention.**

**Jean-Luc Gouzi | Professeur et ancien chef de service, CHU de Toulouse**

La France est en 3<sup>e</sup> position mondiale avec 12 % de son PIB consacré à la santé (270 milliards d'euros par an) et une espérance de vie moyenne de 82 ans (79 pour les hommes ,84 pour les femmes). Mais la santé de la population reste fortement influencée par les inégalités sociales (sept ans de différence d'espérance de vie entre cadre et ouvrier ; taux d'obésité de 7% pour les personnes favorisées et 25% pour les défavorisées), ainsi que par les inégalités territoriales, avec l'extension des déserts médicaux à la ville comme à la campagne. Par ailleurs, sur le plan démographique, la population française vieillit de plus en plus avec l'arrivée des « baby-boomers » dans le 3<sup>e</sup> âge, ce qui se traduit par une augmentation des personnes âgées dépendantes de 2.5 millions aujourd'hui à 4 millions en 2060 et par une explosion des maladies chroniques, déjà autour de 20 millions. Dans le même temps, le nombre de médecins généralistes a baissé de 7% en huit ans : 90.000 sont en activité aujourd'hui, dont l'âge moyen est de 50 ans et dont près de la moitié sont des femmes.

## La crise hospitalière

Depuis une trentaine d'années l'hôpital a peu à peu été transformé en entreprise dans le cadre d'une vision néolibérale de la santé, avec les principes de management issus du commerce et de l'industrie. Il s'agissait pour les responsables de la santé, souvent en collusion avec des cabinets de consulting privés, très chers, de réduire les dépenses et d'augmenter la productivité en gérant les lits et les personnels en flux tendu. Ce qui s'est traduit par la fermeture de 100.000 lits, de la moitié des maternités, le regroupement de services à taille humaine en grands pôles d'activités, la création de « pools » d'infirmières corvéables à merci et le recours trop fréquent à des personnels intermédiaires très coûteux (médecins de certaines spécialités et infirmières).

L'administration a mis en place une codification informatisée des actes médicaux avec un budget fondé sur une tarification à l'acte dite T2A, entraînant des actes médicaux répétitifs ou parfois superflus, et totalement inadaptés aux maladies chroniques. Enfin et surtout, on a bloqué les salaires : une infirmière hospitalière gagne 1.800 euros net et une aide-soignante 1.350 euros net en début de carrière, ce qui nous place en queue de peloton parmi les 32 pays de l'OCDE. Pour appliquer ce plan, le ministère s'est appuyé sur les structures technocratiques des Agences Régionales de Santé (ARS), avec des objectifs purement économiques. D'autre part, au niveau des hôpitaux il y a eu une énorme inflation des personnels administratifs qui sont devenus aussi nombreux que les médecins titulaires.

Finalement, on constate l'échec de ce système d'hôpital-entreprise. Au niveau des personnels soignants, on relève une augmentation de l'absentéisme, des cas de « *burn-out* » et même de suicides, traduisant l'importance de la souffrance au travail. Par ailleurs, on déplore une fuite conséquente de praticiens et d'infirmières vers le secteur privé qui les rémunère beaucoup mieux et leur offre de meilleures conditions d'exercice et les équipements dont ils ont besoin. Au niveau des malades, on constate une augmentation de mauvaises pratiques telles que maltraitance des personnes âgées aux urgences et dans les EHPAD, contention physique et chimique en psychiatrie, excès d'épisiotomies et de césariennes dans certaines maternités. Enfin, de nombreuses grèves ont eu lieu en 2018-2019 dans les services d'urgences, les maternités, les EHPAD, et en psychiatrie.

A contrario, la crise du COVID 19 a révélé les énormes capacités d'adaptation et d'organisation des personnels soignants et leur aptitude au travail en équipe, lorsque la pression administrative se relâche et laisse enfin la place qui leur revient aux soignants pour soigner !

### **Trois exemples illustrent au mieux la crise hospitalière :**

Le premier est celui des **urgences** : en 10 ans on est passé de 10 à plus de 20 millions de passages par an, en grande partie du fait de la défaillance de la permanence des soins de proximité (généralistes et spécialistes). Les conditions d'accueil se sont peu à peu dégradées du fait de l'insuffisance des moyens en personnels et surtout, en lits d'hospitalisations en aval ; ceci est plus marqué encore pour les personnes âgées qui devraient bénéficier d'une filière spécifique plutôt que d'attendre sur des brancards dans les couloirs ! La question d'une filière spécialisée se pose aussi pour les malades psychiatriques.

Le deuxième exemple est celui des **maternités** hospitalières. Alors que la natalité reste élevée en France, entre 700.000 et 800.000 naissances par an, le nombre de maternités a diminué de moitié en vingt ans et le nombre de femmes se trouvant à plus de 45 minutes d'une maternité a doublé, passant de 300.000 à 700.000. Il est donc indispensable de maintenir les maternités dans les « exceptions territoriales » avec un recours plus important aux compétences des sages-femmes au moins pour les grossesses normales et un hébergement gratuit en fin de grossesse à proximité de l'hôpital.

Le troisième exemple concerne **la psychiatrie** qui connaît une situation catastrophique. En psychiatrie adulte, 70.000 lits ont été fermés entre 1993 et 2018. En pédopsychiatrie, 70% des lits hospitaliers ont été supprimés en 15 ans et le nombre de praticiens a été divisé par 2 en 10 ans. Les centres médico-psychologiques (CMP) sont saturés et les services d'urgences générales sont débordés par des malades psychiatriques atypiques, fragiles ou violents qui représentent 12% des entrées. En outre, la psychiatrie mal considérée par les autres disciplines médicales et peu respectée par les directions d'hôpitaux reste donc très peu attractive pour les jeunes.

**Parmi les mesures les plus urgentes pour améliorer la situation hospitalière**, on trouve d'abord la refonte de la **gouvernance** qui, à côté de la direction administrative, doit redonner leur place entière et à égalité aux soignants sous la forme d'une direction médicale et infirmière. Mais, il faut également associer les autres personnels (pharmaciens, biologistes, techniciens, ...). En parallèle, un conseil de surveillance doit inclure des représentants des collectivités territoriales et des usagers. Ensuite, la **T2A** doit être supprimée en grande partie, au bénéfice d'un budget basé sur les besoins réels et le juste soin au moins pour toutes les pathologies

chroniques, les urgences, la médecine interne, la gériatrie, la psychiatrie et le médico-social. Par ailleurs, il est indispensable d'ouvrir de nouveaux lits, en priorité en aval des urgences (lits de médecine interne et de gériatrie), mais aussi dans les secteurs les plus en tension (pédiatrie, psychiatrie, ...) et donc de recruter et de fidéliser des personnels soignants de qualité.

La question des **salaires** est primordiale : on ne peut pas se contenter de primes et de médailles. Tous les salaires des soignants doivent être revalorisés en commençant par les plus bas, avec comme premier objectif de se placer au moins au niveau de la moyenne européenne. Parallèlement, les équipes soignantes doivent être stabilisées et retrouver du temps pour écouter, parler et prendre soin des malades, du temps aussi pour les transmissions et pour la coordination des soins. La formation continue et l'évolution des carrières doivent être réorganisées. Enfin sur un plan général, il faut alléger et assouplir les tutelles administratives tant au niveau du ministère que des ARS ou des directions d'hôpitaux. Un recrutement plus divers que des énarques ou d'anciens directeurs commerciaux ou financiers serait bénéfique ! Les ARS et les hôpitaux doivent apprendre à travailler mieux avec les soignants et les collectivités locales.

## Les déserts médicaux

La notion de désert médical renvoie à la question de l'accès aux soins de proximité et à la permanence des soins aussi bien en zone rurale, en particulier dans la « diagonale du vide » (du Nord est au Sud-ouest) qu'en ville, en particulier dans les quartiers défavorisés. Il s'agit avant tout de l'accès au médecin généraliste, mais aussi à certaines spécialités sinistrées (pédiatrie, gynécologie, ophtalmologie, dermatologie). A long terme, au minimum 10 ans, la suppression du concours hyper sélectif d'entrée en médecine ou *numerus clausus* et la réorganisation coordonnée des études de santé pourra pallier en partie ces carences. A plus court terme, plusieurs actions s'imposent dont certaines sont déjà mises en œuvre. Il faut inciter les médecins généralistes à participer (pendant 2 à 3 ans et à n'importe quel moment de leur carrière) à un service médical dans les zones prioritaires urbaines et rurales. Ceci doit être associé à de fortes mesures d'accompagnement : exercice en groupe, locaux professionnels gratuits, salariat, etc.

Un développement volontariste des **Maisons de santé pluri professionnelles** associant plusieurs généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues et favorisant le travail en équipe et la coordination des soins est indispensable, en priorité dans les zones les plus défavorisées. De façon complémentaire, on doit maintenir les hôpitaux de proximité avec une orientation préférentielle vers les soins de base, le suivi des maladies chroniques, la gériatrie, le suivi des grossesses normales, et les soins de réadaptation.

Par ailleurs, une grande partie des urgences peut et doit être prise en charge par la médecine générale de proximité, en s'appuyant sur le SAMU, la télémédecine, SOS Médecins, des Maisons médicales avec des équipes soignantes de garde le soir de 20 h à minuit et une partie du week-end. Les cliniques devraient également avoir l'obligation d'ouvrir des services d'urgences généralistes ou spécialisées.

Enfin, pour compenser le manque de médecins, on doit aussi fortement développer le **transfert de la capacité de soins et de prévention** vers les autres professionnels de santé. L'expérience de ces dernières années et la crise du coronavirus ont montré l'importance croissante du rôle des pharmaciens, des psychologues, sages-femmes,

infirmières, manipulateurs, kinésithérapeutes, puéricultrices, etc. Dans le même sens, on peut s'appuyer sur le développement progressif des infirmières de pratique avancée (I.P.A avec 2 ans d'études de plus après les études d'infirmière), notamment dans les domaines des urgences, de la gériatrie, de la psychiatrie, du médico-social et d'autres disciplines à imaginer.

Au cours de la pandémie récente, tous les malades étaient au moins au début dirigés systématiquement vers les urgences de l'hôpital vite débordées, alors que des généralistes avaient pourtant dans plusieurs villes pris l'initiative avec les mairies d'ouvrir des centres d'accueil COVID 19.

## Santé publique et prévention

C'est le point faible de notre politique de santé avec un budget prévention qui ne représente que 3 à 5% du budget total. On a même régressé dans les domaines de la médecine scolaire, médecine du travail et planning familial. L'impact de la **prévention** sera majeur dans les années à venir en raison du vieillissement de la population, des maladies chroniques et de la dégradation de l'environnement. La prévention grand public a été un succès notable pour les accidents de la route ; elle a été un échec partiel pour le tabac et l'alcool, et un échec total pour l'obésité et le diabète à cause des lobbies et de la publicité.

L'essentiel de la politique de prévention passe par une augmentation régulière du budget (taxes ciblées sur les produits « toxiques », participation accrue des mutuelles...). Il reste à promouvoir le rôle de l'éducation à la santé dès l'école primaire, l'interdiction des publicités mensongères, le développement des activités physiques régulières (sur ordonnance si besoin) et la modification de nos habitudes alimentaires (circuits courts *versus* grande distribution, imposition de normes strictes au secteur agro-alimentaire.)

La **crise des EHPAD** en 2018-2019 a mis à jour des dysfonctionnements majeurs dans bon nombre d'établissements : il y a 600.000 personnes âgées dans 7.500 EHPAD dont un quart sont privés. Le coût moyen de l'hébergement est de 1.800 euros par mois dans le public et 2.500 euros dans le privé, représentant donc une charge bien trop élevée pour les familles. Beaucoup d'établissements sont sous-médicalisés avec un manque d'infirmières et d'aides-soignantes, souvent mal formées et mal payées, entraînant des phénomènes de maltraitance sur les personnes âgées. Pendant la crise du COVID 19, la mortalité en EHPAD a été très élevée et les conditions de confinement, d'isolation et de fin de vie ont été déplorables.

Pour améliorer rapidement la situation de la dépendance, il faut d'abord des mesures financières fortes avec la création d'un « 5<sup>e</sup> risque » spécifique, dont le financement est estimé aujourd'hui à 25 milliards par an et en 2060, à 50 milliards. Dans les EHPAD, il faut valoriser les métiers du soin par les salaires et la formation, recruter des infirmières spécialisées en gériatrie, et améliorer les dispositifs de fin de vie. Au delà des EHPAD, l'évolution du vieillissement et de la dépendance amène à diversifier les modes de prise en charge entre le maintien à domicile avec renforcement des aides à la personne et aménagement des logements, ainsi que des formes d'hébergement intermédiaires ou temporaires plus ouvertes sur la cité, voire intergénérationnelles.

Les **inégalités de santé**, malgré un système français fortement « redistributif », restent à un niveau très élevé avec plus de 30% de renoncement aux soins et de fortes disparités en termes de mortalité et de morbidité. La crise du Coronavirus a souligné la forte surmortalité dans le département de Seine-St Denis, expliquée en partie par la

sous médicalisation (3 fois moins de médecins qu'à Paris), un taux d'obésité et de diabète supérieur à la moyenne et une forte prédominance de métiers exposés (soignants, caissières, livreurs, ...).

Les inégalités de santé sont donc bien liées à la pauvreté (14% soit 8 millions de personnes), au chômage, ainsi qu'aux mauvaises conditions de logement, voire l'absence de logement pour environ 200.000 personnes à la rue. Elles sont aussi liées aux inégalités d'éducation et d'accès au numérique. Dans ces populations précaires on constate une fréquence élevée de pathologies telles que : obésité, cancers, maladies cardio-vasculaires, hépatites VIH, tuberculose, grossesses non désirées et IVG, etc. La lutte contre ces pathologies et situations repose d'abord sur une meilleure coordination de terrain entre les médecins généralistes, les hôpitaux (permanences d'accès aux soins ou PASS et équipes mobiles soignantes), les services médico-sociaux des mairies et départements, sans oublier le rôle majeur des grandes et petites associations !

La lutte contre les inégalités de santé passe aussi par les actions en amont, en particulier dans les domaines de l'éducation et de la formation, l'accès à un logement décent pour tous, la gratuité des transports et des cantines scolaires pour les plus précaires, et pourquoi pas l'expérimentation par les départements volontaires d'un revenu de base au moins pour les jeunes de 18 à 25 ans les plus frappés par le chômage et la précarité.

**L'épidémie du COVID 19** a révélé l'importance de la prévision des risques (infectieux, climatiques, chimiques, nucléaires ...). et donc le rôle fondamental de la **santé publique et de l'épidémiologie** jusqu'ici trop souvent négligées ! Il faut revoir notre stratégie et adapter nos moyens, en particulier la « réserve sanitaire » dont la gestion a été spécialement défectueuse. Par réserve sanitaire, nous entendons d'abord un corps de soignants (médecins, infirmières voire, internes et étudiants), disponible à tout moment, à la fois formés et renouvelés régulièrement. Il y a ensuite les réserves et stocks de matériels et médicaments ; on a bien vu l'absurdité de la gestion des masques et des tests, le déficit de matériel de réanimation et de certains médicaments fabriqués dans des pays lointains. Enfin il faut aussi pouvoir compter en permanence sur une réserve de lits obligatoire à la fois dans les hôpitaux et les établissements privés.

Par ailleurs, la crise du COVID 19 a mis à jour de graves dysfonctionnements au niveau des administrations centrales aux sigles multiples, bureaucratiques, parfois concurrentielles ou parasitées par des lobbies financiers privés, ainsi qu'au niveau local, avec les Agences régionales de santé et directions d'hôpitaux.

**Au total dans l'ensemble notre système de santé est déséquilibré entre des soins aigus performants, mais très « hospitalo-centrés », des soins de proximité très inégalement accessibles, et une prévention largement insuffisante, bref trop de « cure », pas assez de « care ». Ce qui invite à simplifier et alléger les différentes tutelles, à faire confiance à l'échelon local et régional, avec moins de bureaucratie et plus de proximité, donc à décentraliser. Notre système de santé est un bien commun qui nécessite un service public fort.**

***Co-signataires :***

Stéphane Aczel, médecin retraité, hôpital Joseph Ducoing, Toulouse

Maurice Blanc, pédiatre retraité, Toulouse

Jean Casanova, chirurgien retraité, hôpital Joseph Ducoing, Toulouse

Olga Couvaras, pédiatre retraitée, Toulouse

Simone Delsol, médecin retraité, Toulouse

Francis Gache, praticien hospitalier, spécialiste des maladies orphelines, Toulouse

Jacqueline Méchoulam, médecin psychiatre retraitée, Toulouse

Annie Rouja, laborantine retraitée, EFS Toulouse

Winston Smilovici, chef de service retraité, EFS Toulouse

Monique Thuriès, pharmacienne, Toulouse