

Crise sanitaire... miroir de la crise de notre société

Dr Christophe Prudhomme

* Médecin
hospitalier,
syndicaliste.

Ce sont les atteintes néolibérales au service public qui ont transformé une épidémie en catastrophe planétaire. Pour en sortir, la première urgence est l'embauche et la formation de personnel dans le service public de santé.

Comment en sommes-nous arrivés là ?

Nous sommes confrontés à une épidémie comme l'humanité en a déjà connue, par exemple avec l'épisode de la grippe de Hong-Kong en 1969. Il s'agissait également d'une épidémie mondiale

mais qui n'a pas été considérée à l'époque comme une catastrophe planétaire. Alors pourquoi l'évènement sanitaire actuel, grave et inquiétant, a-t-il provoqué des réactions brutales avec la mise en place d'un confinement dans de nombreux pays, avec des conséquences économiques et sociales dont l'impact risque d'être plus

grave et va aggraver les crises systémiques cycliques du capitalisme, comme celle de 2008, considérée alors comme la plus grave depuis celle de 1929 ?

On a assisté à la montée des réformes ultralibérales avec déjà l'école de Chicago, mise en œuvre notamment au Chili sous Pinochet. Ces réformes s'appuient sur

la promotion de l'individualisme contre le collectif et l'affaiblissement des services publics, avec l'ouverture au marché de deux grands secteurs d'activité drainant des sommes considérables que sont l'éducation et la santé.

En ce qui concerne la France, la date de bascule, après le plan de 1979 instituant le *numerus clausus* pour les étudiants en médecine, est le tournant de la rigueur de 1983, initié par François Mitterrand avec comme maître d'œuvre Pierre Bérégovoy. Les plans d'économies sont imposés à l'hôpital, des « experts » expliquent qu'il faut diminuer le nombre de médecins formés pour diminuer le nombre de prescripteurs et donc les dépenses de la Sécurité sociale. Le discours s'appuie sur le fameux « trou » de la Sécurité sociale, créé par une diminution des ressources, qu'il faudra combler, ce qui justifie donc les plans d'économie successifs et leur corollaire, les fermetures de lits, de services, d'hôpitaux.

Le *numerus clausus* sera maintenu pendant des années en dessous de 5 000 étudiants par an alors que les générations de médecins formés dans les années 1970 étaient de plus de 10 000 par an ! En fait, l'objectif sous-jacent était de créer

une pénurie de médecins pour justifier les fermetures de structures. Dans une première phase, la justification de la fermeture des maternités de proximité était l'argument de la sécurité – argument qui n'a jamais été validé scientifiquement. Puis, dans une deuxième phase, était mise en avant l'absence de médecins disponibles. Les plans des libéraux ont abouti aujourd'hui à des résultats dramatiques : près de 150 000 lits ont été supprimés dans les hôpitaux et des centaines d'établissements ont été fermés. C'est pourquoi notre système de santé est incapable de répondre aux besoins de la population, face à la crise sanitaire. Face au pic de l'épidémie, la France est confrontée à de graves difficultés. La logique du fonctionnement à flux tendu instauré par loi Bachelot pour l'hôpital, considéré comme une « entreprise productrice de soins », est à l'origine de l'incapacité à disposer de stocks de masques et de gants, situation aggravée par la suppression de l'EPRUS (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) par le gouvernement Hollande. Pour pouvoir continuer à fonctionner malgré la diminution du nombre de lits,

a été promu le tout ambulatoire dans un contexte de pression pour diminuer de manière drastique les durées de séjour à l'hôpital. Quand des protestations concernant le manque de lits, notamment des urgentistes, ont été trop fortes, Roselyne Bachelot nous a vendu les « gestionnaires de lits » dans une logique de taux d'occupation visant les 100 %. Logique valable pour des entreprises hôtelières mais en opposition totale avec le bon fonctionnement d'un hôpital. En effet, des études françaises et internationales ont montré qu'un hôpital, quand il dépassait un taux d'occupation de ses lits de plus de 80 %, n'était plus en capacité d'assurer une prise en charge adaptée des patients arrivant par les urgences, avec comme conséquence une surmortalité globale de 9 % et atteignant même 30 % pour les patients les plus graves.

Le ministre de la Santé annonce aujourd'hui bien à tort que « l'hôpital a tenu ». Alors que l'hôpital a été obligé de déprogrammer une grande part de ses activités habituelles, pour concentrer l'ensemble de ses moyens sur la prise en charge des malades Covid-19. Seules les urgences étaient assurées et les autres malades ont été



abandonnés. Les cancérologues sont notamment particulièrement inquiets quant aux conséquences du retard au diagnostic et à la prise en charge de nombreux patients, ce qui risque d'avoir des conséquences graves en termes de surmortalité. Par ailleurs, le manque de lits de réanimation a entraîné des retards à l'hospitalisation dans ces services de très nombreux patients, notamment les plus âgés en provenance des EHPAD, ce qui a été à l'origine d'une perte de chances, donc d'une mortalité potentiellement évitable.

À l'issue de cette première vague, le gouvernement n'a pas pris en compte le manque de lits de réanimation en France, dénoncé depuis des années chaque hiver et chaque été, cruellement mis en lumière par cette épidémie et surtout par les comparaisons internationales, notamment avec l'Allemagne. En effet, en mai la France est revenue à une jauge nationale de 5 000 lits de réanimation alors que l'Allemagne dispose en permanence de 15 000 lits ! Cruelle erreur motivée par un refus d'embaucher pour maintenir une capacité de réserve à même de pouvoir améliorer la gestion de la reprise de l'épidémie que nous connaissons cet automne. Rien n'a été fait pendant les quatre mois de répit que nous a laissé le virus, et si l'hôpital est actuellement en tension, c'est que les lits étaient déjà remplis à 100 % par les malades habituels et qu'il n'y en avait pas de disponibles pour prendre en charge les malades Covid-19. Le résultat est catastrophique en termes sanitaires car, de nouveau, la solution mise en œuvre est la déprogrammation de l'hospitalisation des malades habituels, avec les conséquences déjà évoquées.

Pour cacher son incurie, le gouvernement n'évoque comme arme pour lutter contre le coronavirus que celle du confinement. Bien entendu, la limitation des contacts est utile pour limiter la propagation du virus. Mais la solution n'est pas forcément la mesure brutale du confinement ou du couvre-feu. On aurait pu choisir une autre voie en faisant confiance aux citoyens et en adoptant une communication adaptée, comme dans d'autres pays. Ne parler que du confinement, c'est aussi évacuer ce qui fâche, comme la gestion catastrophique des tests et de

l'isolement. Le choix de miser sur le nombre plutôt que sur le ciblage et la rapidité du rendu des résultats nous a fait perdre en efficacité et a entraîné des dépenses très importantes et inutiles (1 million de tests par semaine, cela coûte au minimum 730 millions d'euros à l'assurance maladie). La bureaucratie des Agences régionales de santé (ARS), de la Haute autorité de santé (HAS) et de toutes les autres agences, travaillant de manière non coordonnée et peu réactive, a retardé notamment l'utilisation des tests antigéniques rapides permettant d'obtenir un résultat en 15 minutes.

Le constat actuel est amer car, pour reprendre la terminologie guerrière d'E. Macron, quand on mène une guerre il faut savoir utiliser toutes les armes à sa disposition et pas uniquement le confinement qui a des effets collatéraux considérables. Ni la communication auprès de la population pour adopter de manière volontaire les gestes barrière, ni la politique de dépistage avec les tests, ni l'armement de l'hôpital n'ont été utilisés à bon escient.

Il faut également souligner le fait que les professionnels de santé de ville ont été sous-utilisés dans la gestion de cette crise. Il est vrai que leur mode d'organisation centrée sur l'activité libérale ne facilite pas les choses, mais ils auraient pu être utilisés à bon escient afin de ne pas faire reposer uniquement sur l'hôpital l'essentiel de la prise en charge des patients.

Comment s'en sortir ?

Toute période de crise est propice aux changements. Mais tout changement ne va pas forcément dans le bon sens et le libéralisme possède une très forte capacité d'adaptation qui peut lui permettre dans ce type de situation d'accélérer les réformes régressives. L'enjeu est donc pour nous d'être en capacité d'impulser d'autres orientations s'appuyant sur la réponse aux besoins de la population dans le cadre du service public et d'une Sécurité sociale solidaire.

La première urgence est le recrutement de personnels. La CGT réclame un plan d'embauche massif d'au moins 400 000 personnes : 100 000 à l'hôpital, 200 000 en EHPAD, 100 000 pour l'aide à

domicile. Et encore, ce chiffre ne s'intègre pas les besoins croissants du secteur du handicap et de l'action sociale.

Là encore, le gouvernement s'appuie sur le manque de professionnels diplômés disponibles pour n'avancer, comme seule solution, que les heures supplémentaires, la suppression des congés et la suspension des enseignements pour envoyer les étudiants suppléer au personnel manquant. Il est donc proposé dans un premier temps de recruter en urgence des agents de service hospitaliers ou l'équivalent, dans les hôpitaux, les EHPAD et les structures médico-sociales pour soulager le travail des personnels soignants. Il s'agit de personnels qui peuvent être affectés dans les services pour aider sur des tâches logistiques, administratives mais aussi auprès des patients, pour la réfection des lits, l'aide au repas, au déplacement, etc. Toutes ces tâches chronophages sont trop souvent effectuées par les soignants.

Cependant ces mesures ne sont qu'un pis-aller en situation de crise. Il est indispensable de mettre en place un plan de formation de personnels qualifiés. Au-delà du problème de la faiblesse des rémunérations, il est possible de rendre ces formations plus attractives en proposant des contrats d'études qui consistent à rémunérer les étudiants pendant leur formation contre un engagement à servir pendant 3 ou 5 ans en fonction de la durée des études. Ce système n'a rien de nouveau et a été utilisé jusqu'au début des années 1980 pour recruter dans les hôpitaux. Pour le financement, il est possible aujourd'hui de mobiliser par ailleurs des crédits des Conseils régionaux qui assurent maintenant la tutelle des écoles professionnelles. Au-delà de ces mesures d'urgence, une refonte totale de notre système de santé est indispensable.

Nous avons besoin d'un système public de santé assurant une réponse aux besoins de santé de la naissance à la mort et fondé sur une approche globale, intégrant prévention et soins dans le domaine physique, psychologique et social. L'histoire de notre pays a laissé coexister des modes d'organisation que certains ont pu présenter comme une richesse mais qui, à l'usage, sont source

d'une complexité parfois inefficace, aggravant trop souvent les inégalités, et inutilement coûteuse. Exercice libéral en ville reposant sur les concepts de liberté d'installation et de rémunération à l'acte, hôpitaux et EHPAD à statut public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif, assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire, secteur 1 et secteur 2... Par contre, cette organisation hybride a fait le lit, à la fin du xx^e siècle, d'une entrée en masse des acteurs du marché qui se sont rués pour investir dans les secteurs les plus rentables, notamment l'hospitalisation privée et les EHPAD, ainsi que l'assurance complémentaire face à une Sécurité sociale assurant de moins en moins bien les soins courants. Comme l'explique David Graeber dans son ouvrage *La Bureaucratie*, la complexité source de bureaucratie est le paradis des marchands qui peuvent ainsi multiplier leurs sources de profits. L'exemple des cliniques privées est particulièrement éclairant. Nous sommes passés en peu de temps de structures où des médecins étaient propriétaires de leur outil de travail, à une organisation en grands groupes propriétés d'investisseurs financiers dont l'objectif – c'est la loi du marché – est de maximiser le retour sur investissement. Pour nous, au contraire, le premier choix politique qui s'impose est celui du service public dont l'objectif n'est pas d'augmenter les dividendes versés aux actionnaires, mais celui d'une réponse aux besoins de la population dans le cadre du principe constitutionnel d'égalité de traitement de chaque citoyen. Ce principe implique donc également une véritable politique d'aménagement du territoire et non la concentration des moyens dans les métropoles où existe un « marché » pour rentabiliser les investissements.

Un véritable service public de santé permettrait d'abord d'abolir le mur qui a été élevé entre la ville et l'hôpital. Il faut battre en brèche la plus grande escroquerie intellectuelle que représente la manière dont a été présenté le fameux – on pourrait dire fumeux – concept de l'ambulatoire. Alors que la question est d'organiser une prise en charge coordonnée, sans rupture entre le domicile et les

“
Concernant la télémédecine que certains voudraient nous vendre comme substitut au manque de ressources humaines – je parle de ressources humaines, car la médecine ne peut se réduire à des actes techniques – la technique ne peut être substitutive mais doit permettre de disposer d'outils permettant d'améliorer la prise en charge des patients.
 ”

établissements, que ce soient les hôpitaux ou les EHPAD. Cela ne peut se concevoir qu'en analysant les besoins de la population dans un territoire pour ensuite proposer une réponse globale, avec des structures et des professionnels travaillant ensemble. Concrètement, il s'agit de l'organisation avec un réseau de centres de santé autour d'hôpitaux de proximité partageant leurs ressources matérielles et humaines.

Il faut ici s'arrêter sur ce que veut dire territoire. Pour moi qui suis urgentiste, cela repose sur des critères de sécurité sanitaire. Tout citoyen doit être à moins de 30 minutes d'un service d'urgence, intégré dans un hôpital doté des services de base que sont une maternité, une activité de chirurgie pour les pathologies courantes, des services de médecine et un plateau technique de radiologie et de biologie.

Concernant la télémédecine que certains voudraient nous vendre comme substitut au manque de ressources humaines – je parle de ressources humaines, car la médecine ne peut se réduire à des actes techniques – la technique ne peut être substitutive mais doit permettre de disposer d'outils permettant d'améliorer la prise en charge des patients. Transmettre

des données, utiliser la vidéoconférence pour obtenir un avis spécialisé, suivre à distance des patients atteints de pathologies chroniques... oui bien sûr. Mais la cabine de téléconsultation sur la place du village qui remplace l'ancienne cabine téléphonique, non. Chaque patient est particulier et ne peut se réduire à des algorithmes. Son contexte de vie, son état psychologique, ses capacités de compréhension et d'acceptation sont essentielles pour une bonne prise en charge. Par ailleurs, ce type de dérive est source d'une aggravation des inégalités. Le meilleur exemple est celui de l'outil informatique qui permet de prendre des rendez-vous. S'il s'agit d'une avancée permettant de soulager les tâches de secrétariat, ceux qui ne savent pas le maîtriser sont souvent laissés à l'abandon et cela participe au renoncement aux soins qui constitue un problème croissant ces dernières années.

L'argument est souvent invoqué par les libéraux de la perte de liberté de choix de son médecin et de celle des professionnels de santé dans un système étatisé. Mais de quelle liberté parlons-nous? Cet argument se heurte aux principes de la médecine énoncés par Hippocrate et qui doivent rester notre guide aujourd'hui.

Comment régler la situation des cliniques privées à but lucratif? On pourrait décider de refuser le financement de la Sécurité sociale pour les activités à but lucratif. Il n'y a pas besoin de «nationaliser» ces établissements, il suffit de leur demander d'adopter le statut privé à but non lucratif.

Il en va de même pour la gestion des centres de santé qui peut être soit publique, soit associative, soit coopérative. Les autorisations d'ouverture doivent être octroyées dans les territoires en fonction d'une définition des besoins définis dans le cadre d'une véritable démocratie sanitaire. Cela signifie un autre rôle de l'État régulateur que celui qui est joué aujourd'hui par les ARS, structures dirigées par des directeurs généraux tout puissants, sans aucun contre-pouvoir institutionnel. Il nous faut revenir à des services déconcentrés de l'État dans les territoires sous le contrôle des élus locaux et des organisations sociales.

Comment financer le système de santé? Les principes à l'origine de la Sécurité sociale doivent être mis en œuvre dans leur intégralité. Il faut appliquer les trois principes d'unité, d'uniformité, d'universalité. Cela signifie que la Sécurité sociale est le collecteur unique des cotisations sociales et est le financeur unique des prestations. Cela signifie l'extinction des assurances complémentaires qui constituent un véritable cheval de Troie pour tuer la Sécurité sociale. En effet, la part de marché des mutuelles

diminue d'année en année au profit des assurances privées affiliées au monde bancaire et boursier. Toute la population doit être assurée pour l'ensemble de ses besoins: santé de la naissance à la mort, donc y compris la perte d'autonomie, retraites, famille, accidents du travail et chômage. Le financement est assuré par des cotisations sociales (des salariés et des employeurs) en fonction des salaires versés dans les entreprises. Il ne s'agit pas de «charges», mais d'une partie des revenus du travail et des richesses créées par les salariés qui est mutualisée de manière solidaire et obligatoire, avec un niveau de contribution au même taux pour tous, ce qui implique d'en finir avec les exonérations de cotisations patronales. L'équilibre des comptes ne doit pas être prédéfini *a priori* comme cela est le cas actuellement avec la loi de financement annuelle de la Sécurité sociale. Le rôle du politique doit être de définir des trajectoires budgétaires pluriannuelles à partir d'objectifs de santé publique. Cela implique de pouvoir adapter le niveau des cotisations d'une année sur l'autre pour équilibrer les budgets. Cette procédure a montré son efficacité depuis très longtemps dans les régimes de type bismarckiens dont nous avons un exemple avec le régime particulier d'Alsace-Moselle. Ces principes ne sont pas une découverte mais il est toujours bon de les rappeler.

Le mode de financement du système de santé, la rémunération à

l'acte, tant en ville qu'à l'hôpital avec la tarification à l'activité, ont montré leurs limites, même leurs anciens promoteurs acceptent aujourd'hui les critiques. Une des pistes de sortie de cette impasse est le budget pluriannuel négocié sur la base d'objectifs coconstruits en fonction des besoins de la population du territoire qui peuvent être variables d'une zone à l'autre.

La question des professionnels de santé, des femmes et des hommes sans qu'aucun système de santé quel qu'il soit ne peut fonctionner, est cruciale. Ces professionnels, au travail 24 heures sur 24, 365 jours par an, ce sont 100 métiers dont certains sont peu connus mais qui sont indispensables. Aujourd'hui encore plus qu'hier, le travail en équipe est fondamental. Cela ne peut se limiter uniquement au secteur sanitaire mais doit également intégrer le social.

Il convient de rénover les formations, améliorer les rémunérations et surtout disposer de personnels qualifiés en nombre suffisant, en répondant aux revendications non satisfaites ces dernières années. Il faut régler rapidement quelques urgences; d'abord la question des moyens: ce secteur d'activité n'est pas un coût et crée une richesse, celle d'une population en bonne santé. Il nécessite des centaines de milliers d'emplois supplémentaires dans les années à venir. D'autre part, une élévation des qualifications est une question essentielle, alors qu'elle est traitée actuellement uniquement comme une réponse au problème de la démographie médicale, dans une optique qui s'apparente à des glissements de tâches sans reconnaissance de nouvelles qualifications. Là aussi, la logique financière prédomine. Il est demandé de faire plus sans reconnaissance financière! Par ailleurs, la logique catégorielle de défense de son pré carré par certaines professions ne facilite pas le débat. Nous traçons ici quelques pistes, il ne s'agit pas d'un programme mais de propositions à discuter dans chaque territoire entre citoyens, professionnels et politiques pour une mise en œuvre adaptée au terrain. Le concept du patient acteur de sa santé ne doit pas rester un slogan mais doit trouver une concrétisation politique, au sens noble, dès aujourd'hui. ■

