

SANTÉ LE TEMPS DES URGENCES

Ereinté par la pandémie et des décennies de politiques publiques inadaptées, le système français est au pied du mur. Alors que les déserts médicaux se multiplient et que les vocations se font rares, tour d'horizon des dossiers brûlants.

Par **BENJAMIN LECLERCQ**
Dessin **FANNY MICHAËLIS**

Il est l'éternel et grand souci. Sondage après sondage, la santé caracole en tête des préoccupations des Français, avec le pouvoir d'achat. Des Français qu'on dit d'ailleurs chanceux, en la matière, avec leur sacro-sainte Sécu, leur médecin de proximité, leurs médicaments gratuits, leurs grands hôpitaux publics... Autant de «biens précieux, [...] indispensables quand le destin frappe», soutenait, lyrique, le président Emmanuel Macron en mars 2020. Indispensables, certes, mais menacés. La pandémie a eu valeur d'électrochoc: le système a tenu, il a sauvé mille vies, mais il en sort essoré. Les 3,5 millions de personnes qui le font survivre depuis des années ne cessent d'en témoigner, à longueur de manifs, de tribunes et d'interpellations du politique. En 2020, le Ségur de la santé a prétendu une mobilisation générale de l'Etat, accompagnée d'une revalorisation salariale des infirmiers et aides-soignants des hôpitaux. Las, deux ans plus tard, un rapport sénatorial regrettait «le saupoudrage de ces mesures [...] et leur extension sans réflexion d'ensemble et par à-coups aux «oublis du Ségur», notant au passage «une amertume

qui ne tarit pas». Le 3 octobre, François Braun, ministre de la Santé, lançait cette fois le volet «santé» du Conseil national de la re-fondation, annonçant un bilan pour janvier. Espérons alors que les actes suivront car les urgences, elles, s'amoncellent...

HÔPITAL PUBLIC: RÉORGANISER ET RÉHUMANISER

Il est probablement celui qui souffre de la crise la plus aiguë, au point d'être menacé, prédisent certains, de s'écrouler. Les symptômes de l'usure de l'hôpital public sont tels qu'en dresser la liste exhaustive est impossible. Il y a les services d'urgences, asphyxiés par la hausse continue de leur fréquentation (3,5% par an), le manque de personnel et les cadences insoutenables. Il y a les fermetures de lits d'hospitalisation complète (plus de 5700 en 2020, 4 300 en 2021). Il y a aussi la pédiatrie, que la récente épidémie de bronchiolite a mise au supplice; la gériatrie et la psychiatrie, tout autant sevrées de soignants au moment où les besoins explosent. Il y a les démissions, les burn-out et les suicides.

Bref, l'urgence est absolue: sauver un hôpital affamé de moyens,

d'autonomie et d'humain. Concrètement, plaident les premiers concernés, il faut réformer le financement, plombé par le trop rigide objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et perverti par la «T2A» (la tarification à l'activité). Il faut soigner l'attractivité des métiers – en 2019, la France était 18^e sur 35 pays de l'OCDE en termes de rémunération des infirmiers. Renouer les liens avec la médecine de ville, valoriser la spécialisation des infirmiers, redonner de l'autonomie aux services cliniques... Et recruter, recruter, et encore recruter.

DÉSERTS MÉDICAUX: REPEULER LE VIDE

Soulager l'hôpital passe aussi par le reticottage d'une médecine de ville pleine de trous. Selon Santé publique France, près d'un tiers de la population vit dans une «zone d'intervention prioritaire», un désert médical. Dans certaines régions – le Centre-Val-de-Loire ou l'Ile-de-France –, ce taux cotoie les 60%. Signe de cet accès au soin entravé: 11% des Français de plus de 17 ans n'ont pas de médecin traitant, alertait le Sénat dans son rapport de mars. Un pourcentage qui grimpe à 20% pour les 17-30 ans.

Or, la pénurie de médecins, qui concerne autant les généralistes que les spécialistes, va s'accroître. Selon la Direction de la recherche des ministères sanitaires et sociaux (Dress), le creux de la vague pour l'ensemble des médecins aura lieu en 2024, et les effectifs ne reviendront à leur niveau actuel qu'à l'horizon... 2030.

En traitement d'urgence, l'Académie de médecine préconise la création d'un service citoyen médical d'un an pour tout médecin nouvellement diplômé. Le gouvernement, lui, encourage les médecins retraités à remplir, en cumulant emploi et retraite. Primes d'installation, majoration des honoraires, augmentation du numerus apertus (qui a remplacé le fameux numerus clausus, enterré en 2021) ou encore développement des maisons de santé pluri-professionnelles, plus attractives pour les jeunes médecins, figurent aussi parmi les leviers.

Tout comme la généralisation de la télé-médecine. Depuis la pandémie, les cabines connectées essaient en France (lire page 4). Sans faire de miracle, toutefois: les téléconsultations sont retombées à moins de 10% des consultations, et affichent leurs limites, comme

un accès compliqué pour les générations âgées – le téléconsultant français a en moyenne 30 ans. Pour y remédier, le principe de la téléconsultation assistée (par un infirmier ou un aidant) fait son chemin.

PRÉVENTION: RATTRAPER LE RETARD

«On entre dans l'ère de la prévention», annonçait en septembre le ministre de la Santé, François Braun, dans les pages du *Journal du dimanche*. Il était temps, car la France, dont le système de santé est historiquement focalisé sur le soin, accuse un retard endémique en la matière. En 2021, la Cour des comptes n'avait pas été tendre: «Les résultats obtenus sont globalement médiocres, et ce, malgré un effort financier comparable à celui des pays voisins.» Entre autres écueils, une «adhésion trop faible» aux programmes de prévention médicalisée, à l'instar des dépistages des cancers ou du diabète de type 2.

L'enjeu est immense car la prévention est le nerf d'une guerre qui s'annonce redoutable: celle contre l'épidémie des pathologies chroniques. Les cinq principales – cancers, diabète, maladies cardiovasculai-

res, respiratoires, psychiatriques – sont en progression. Le bilan de la Sécurité sociale dit bien leur poids: 62% des dépenses totales (104 milliards d'euros sur un total de 168 milliards). Le retour des maladies infectieuses (anciennes ou émergentes) complète un tableau qui, en sus, change de dimension avec le vieillissement. L'Insee table sur 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050.

Il y a donc fort à faire. Plus, estiment en tout cas les spécialistes, que la dernière mesure annoncée par le gouvernement: des bilans de santé gratuits à «trois âges [clés] de la vie, 25 ans, 45 ans et 65 ans». La priorité? Une prévention large spectre, qui coordonne les acteurs bien au-delà du seul secteur médical: école, clubs sportifs, associations, services sociaux, collectivités territoriales, etc.

INÉGALITÉS SOCIALES: RÉPARER LES FRACTURES

Dans son rapport sur «L'état de santé de la population en France» paru en septembre, la Drees appelait un constat cruel: «De la naissance aux grands âges, les problèmes de santé évoluent, les inégalités demeurent.» Les chiffres

parlent d'eux-mêmes... Le risque de diabète? Celui des 10% les plus modestes est 2,8 fois plus élevé que celui des 10% les plus aisés. Un risque qui est multiplié par 2,4 pour les maladies du foie ou du pancréas, par 2 pour les maladies psychiatriques, par 1,4 pour les maladies cardio-vasculaires. Prématurité et petits poids des bébés, obésité, tabagisme... Les inégalités sont partout et renforcées par un recours aux soins moindre: en France, d'après une enquête de l'Insee, être pauvre multiplie par trois le risque de renoncement.

Pour les professionnels, le défi est de renforcer une médecine dite du «aller vers»: vers les populations isolées, vers les travailleurs pauvres, vers les personnes âgées des Ehpad, etc. Concrètement, elle passe par la multiplication des équipes mobiles et de leurs moyens, à l'instar de celles de psychiatrie-précarité. Dernière priorité, la santé dite «communautaire», une approche efficace fondée sur les besoins des patients à l'échelle d'une communauté territoriale, en mobilisant une pluralité d'acteurs: paramédicaux, médiateurs de santé, assistants sociaux. ◀



«Le care rappelle que nous sommes tous interdépendants»

Cynthia Fleury
philosophe
et psychanalyste

Professeure titulaire de la chaire humanités et santé du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et titulaire de la chaire de philosophie au GHU Paris psychiatrie et neurosciences, Cynthia Fleury revient sur l'historique du concept de «care» et son implication dans l'approche du soin.

Le terme de «care» est désormais bien installé dans le débat d'idées en France. D'où nous vient-il exactement?

On trouve la première occurrence clinique à partir des années 50 et les travaux de Donald Winnicott. Le «care», nous explique alors ce pédiatre et psychanalyste britannique,

c'est ce qui se différencie du «cure», le traitement médical purement technique. Complémentaire, donc, mais pas secondaire: Winnicott clame que ce care est absolument

déterminant dans l'accompagnement de la psychologie humaine. Comment va ensuite s'enrichir ce concept au fil des décennies?

Portée par la philosophie et psychologue américaine Carol Gilligan, se développe à la fin des années 80 une vision du care plus typique des «women's and gender studies» (études des femmes et de genre). Le care y prend la forme d'une morale genrée, et d'une manière plus altruiste de concevoir

sa propre autonomie: en prenant très fortement en considération la place des autres.

Les années 90 vont, elles, politiser grandement le concept. Elles le déféminisent, le dénaturalisent. Le care devient une façon de «maintenir, perpétuer et réparer notre monde», dit la politologue et féministe américaine Joan Tronto. Il est aussi, selon elle, une sorte de phénoménologie du politique: un moyen de mettre en lumière à la fois la portée déterminante du soin dans toute la société, et son invisibilisation, la dévalorisation. Aujourd'hui, enfin, on pourrait parler d'un nouvel acte de care, dédié à la relation avec le vivant et le non-humain.

En quoi le care éclaire-t-il nos relations aux autres?

Le care définit une manière de prendre soin, de ne pas nier la vulnérabilité des individus ou des écosystèmes, de ne pas ontologiser celle-ci non plus [la traiter indépendamment de ses déterminants, ndr], mais d'avoir assez de lucidité et de créativité pour ne pas la renforcer.

La philosophie du care propose aussi et surtout une véritable déconstruction de l'idée d'autonomie. Elle rappelle qu'il n'y a aucune autonomie hors-sol: nous sommes tous vulnérables et interdépendants. Toute autonomie est une construction collective et individuelle, et seule la vulnérabilité est un fait indépassable. Simple, certains d'entre nous, les plus privilégiés, bénéficient d'aides, donc de «soins», multiples, pour développer leur autonomie, en invisibilisant le plus souvent les pourvoyeurs de soins. L'exemple privilégié par Tronto étant celui de la femme de ménage qui vient tôt dans les bureaux ou travaille chez vous quand vous n'êtes pas là.

Le care ne se quantifie pas, ne se tarifie pas... Peut-il, dès lors, trouver sa place dans un système de santé gagné par une logique de rentabilité capitaliste?

Le care rappelle que le soin est une activité indivisible qui demande de l'empathie, de la confiance et du temps, parce que la médecine ne soigne pas des maladies mais des

personnes malades. Pour être opérationnelle, celle-ci doit articuler le cure et le care. Ne pratiquer que le premier risque de chosifier la personne, provoquer son non-consentement au soin, mettre à mal son observance, passer à côté de quantité d'au-



INTERVIEW

tres symptômes, notamment la question de la santé mentale. Ne pratiquer que le care n'a pas de sens dans un univers qui défend, à juste titre, l'exigence de la médecine fondée sur les preuves.

Recueilli par **B.Lq.**