

Questions de santé: état des lieux, perspectives

Inégalités sociales de santé, situation de l'hôpital public, état de la protection sociale... Entretien sur l'actualité du système et des politiques de santé avec Frédéric Pierru, sociologue, chercheur en sciences sociales et politiques au CNRS-Ceraps^{*}.

LDH: Vous tirez la sonnette d'alarme face à un système de santé inégalitaire: quelles réalités aujourd'hui, en France? Et quelles en sont les causes?

Frédéric Pierru: Le thème des inégalités de santé est assez ambivalent, dans le débat public et politique. D'une façon générale, le discours politique peine à s'emparer des questions de santé, quand il ne cherche pas purement et simplement à l'esquiver, tant les acteurs politiques craignent un «secteur dans lequel il n'y a que des coups à prendre» (pour reprendre le mot d'un sénateur spécialisé). Les programmes politiques sont d'une pauvreté affligeante et se contentent la plupart du temps de proclamer des grands principes ou valeurs vides. Cela étant dit, il faut nuancer ce constat général. D'un côté, les inégalités d'accès aux soins sont relativement mentionnées dans le débat public, au travers du thème des «déserts médicaux» ou encore des barrières financières d'accès aux soins. Mais elles le sont de façon réductrice: la question est beaucoup plus complexe. Il existe en effet des filières de soins en fonction de l'origine sociale - pour faire court, les catégories populaires vont davantage chez le généraliste et aux urgences, quand les CSP+ s'orientent plus vers la prévention et les soins de spécialistes -, et les



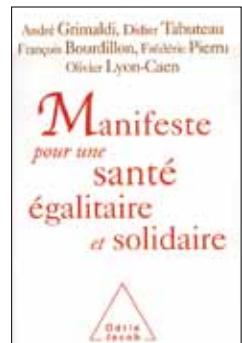
© CHRISTIAN GILLOT, ANDRÉ LANDRAIN

facteurs socioculturels entrent en ligne de compte. Il existe des «cultures somatiques» spécifiques aux groupes sociaux: le rapport au corps, à la souffrance, au symptôme, à la santé ne sont pas les mêmes entre les ouvriers et les cadres... Lutter contre les

déserts médicaux ou supprimer les barrières financières d'accès aux soins ne permettra pas de parvenir à une égalité complète dans la consommation de soins. Mais là n'est peut-être pas l'essentiel: en effet, il existe un gros trou noir du débat public qu'est

* Centre d'études et de recherches administratives, politiques et sociales (UMR 8026).

F. Pierru est aussi membre du comité de direction de la chaire santé de Sciences Po Paris, du Haut Conseil de la santé publique. Il est l'auteur d'*Hippocrate malade de ses réformes* (éditions du Croquant, 2007), de *L'Hôpital en réanimation: le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, avec Bertrand Mas (éditions du Croquant, 2011), co-auteur du *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, avec notamment André Grimaldi, Didier Tabuteau (Odile Jacob, 2012) (ci-dessous), de *L'Hôpital en sursis: idées reçues sur le système hospitalier*, avec Bernard Granger (éditions du Cavalier Bleu, 2012), et de nombreux articles (www.cairn.info/publications-de-Pierru--20268.htm).



le thème des inégalités sociales de santé devant la maladie et la mort. L'épidémiologie sociale et les sciences sociales ont en effet mis en évidence depuis belle lurette l'existence d'un gradient social de santé. Qu'est-ce que cela veut dire? Que l'état de santé varie en fonction exacte de la position dans la hiérarchie sociale. Il n'y a pas d'un côté les pauvres en mauvaise santé, et, de l'autre, les «favorisés» en bonne santé. C'est un continuum. On ne s'indigne guère, en France, qu'un ouvrier vive sept ans de moins et en moins bonne santé (c'est la double peine) qu'un cadre, si ce n'est pour en tenir compte dans le calcul des pensions de retraite. C'est une injustice flagrante que la durée de la vie soit déterminée par le milieu social d'origine! Or, non seulement les inégalités sociales de santé sont en France parmi les plus importantes d'Europe, mais aussi elles tendent à s'aggraver alors que nous consacrons une part croissante de notre richesse nationale aux dépenses de santé (en fait, de soins).

Comment expliquer une telle contradiction? Tout simplement par le fait que 80 % des déterminants de la santé sont non médicaux: environnement de vie et de travail, logement, éducation, qualité du lien social... Une société mettant en concurrence les individus les uns avec les autres, laissant se creuser les inégalités socio-économiques, organisant la précarité généralisée, est une société pathogène: obésité, comportements additifs, anxioc-dépression, etc. On aura beau construire des hôpitaux et multiplier les médecins, rien n'y fera; ou plutôt, nous médicaliserons en aval les pathologies produites en amont, pour le plus grand profit du complexe médico-industriel. A l'inverse, la cohésion sociale est bonne pour la santé, les inégalités sont délétères. Quoi qu'il en soit, en dépit de l'égalitarisme sanitaire

***On ne s'indigne
guère, en France,
qu'un ouvrier
vive sept ans
de moins et en
moins bonne
santé qu'un
cadre, si ce n'est
pour en tenir
compte dans
le calcul des
pensions de
retraite. C'est
une injustice
flagrante que la
durée de la vie
soit déterminée
par le milieu
social d'origine.***

de façade, la France est un pays inégalitaire. Et cela devrait nous interpeller collectivement.

L'hôpital public, lui, semble en crise: quel regard portez-vous sur les politiques hospitalières menées depuis une vingtaine d'années? Quel avenir voyez-vous pour l'hôpital public?

Si l'on regarde la longue période, c'est-à-dire depuis la Révolution, l'hôpital est secoué par des crises récurrentes, financières, mais pas seulement: son rôle et sa place dans une société en mutation permanente sont constamment réinterrogés. Plus près de nous, par exemple, dans les années 1950, on dénonçait le «scandale des hôpitaux», en s'indignant des conditions d'accueil offertes par une institution ouverte à tous depuis 1941. Cela devait aboutir à un vaste programme d'humanisation des hôpitaux avec, notamment, la disparition progressive des salles communes. L'hôpital a connu son âge d'or après la réforme Debré de 1958, qui a créé les CHU et le plein temps hospitalier des médecins. Le pays a alors réalisé un effort financier colossal pour se doter d'un parc hospitalier dense et moderne, doté de plateaux techniques de pointe. En un sens, l'hôpital a été victime de son succès: il est devenu le centre de gravité de l'offre de soins, représentant plus de la moitié des dépenses de santé.

De fait, les premières inquiétudes sur la forte progression des dépenses hospitalières émergent dès la fin des années 1960. C'est à cette époque que la maîtrise des coûts devient la priorité des pouvoirs publics. L'hôpital entre peu à peu dans l'ère de l'économie et de la gestion, ainsi que de la contrainte budgétaire. Le terme de «crise», galvaudé, n'est pas adapté en tant que le mot désigne une phase ponctuelle et courte, suivie d'un rétablissement ou d'un effondrement. Rien de cela, ici. L'hôpital moderne

© DÉPARTEMENT DU VAL-DE-MARNE, HÔPITAL HENRI-MONDOR DE CRÉTEIL, LICENCE CC



est une institution certes, mais aussi une organisation complexe tiraillée par des forces et des objectifs contradictoires. La division du travail soignant s'est considérablement approfondie, avec la spécialisation croissante des métiers et l'apparition de nouveaux (en charge notamment de la technique comme la radiologie, la biologie, etc.). Les luttes professionnelles y font rage, chaque profession s'efforçant de préserver ou d'agrandir son pré carré. Parallèlement, les directions hospitalières et les gestionnaires n'ont cessé de s'affirmer, à mesure que la contrainte budgétaire obligeait à «rationaliser» les dépenses. Ces derniers se sont immiscés, non sans conflits, dans la sphère des activités cliniques, que les médecins gardaient jalousement. Les pathologies et les patients ont eux aussi beaucoup changé: d'un côté, l'hôpital remplit toujours sa fonction d'accueil de la misère du monde (aux urgences, notamment), plus que jamais d'actualité avec la précarisation et les inégalités croissantes, mais, de l'autre, il doit prendre en charge des pathologies de plus en plus chroniques, devant mieux se coordonner avec l'amont (la médecine de ville) et l'aval (les



Le remplacement du budget global par la fameuse tarification à l'activité a induit une industrialisation du soin dans un contexte de réduction des postes. Il s'en est suivi une intensification du travail et une dégradation des conditions de travail. Les taux d'absentéisme s'envolent...

soins de suite et de réadaptation, Ehpad, etc.). Les associations de patients ont réussi à mieux codifier juridiquement les droits des malades (loi de mars 2002). A tous ces facteurs de déstabilisation, il faut bien entendu ajouter les politiques publiques : le passage aux trente-cinq heures a été fait sans considération pour les pénuries locales ou par spécialité, provoquant une désorganisation coûteuse, de même que de la frustration chez des personnels qui voient gonfler leur compte épargne-temps ; le remplacement du budget global par la fameuse tarification à l'activité (T2A) a induit une industrialisation du soin dans un contexte de réduction des postes. Il s'en est suivi une intensification du travail et une dégradation des conditions de travail, comme le montre avec éclat la dernière enquête Sumer de la Dares⁽¹⁾. Les taux d'absentéisme s'envolent. Tout se passe comme si l'hôpital, à mesure qu'il était réformé, s'enfonçait dans l'entropie organisationnelle à l'heure où on lui demande de prendre le « virage ambulatoire » en favorisant la chirurgie ambulatoire, ce qui suppose non seulement une bonne coordination des acteurs des prises en charge

et l'ouverture sur l'extérieur (la médecine de ville). Les soignants, sous pression, sont à bout, pris dans des injonctions contradictoires, confrontés à la bureaucratisation de leur environnement de travail (prolifération des normes de sécurité et autres protocoles), voyant leur autonomie de pratique se réduire comme peau de chagrin...

Dans une tribune, vous avez récemment déploré le risque que « plus personne ne se batte pour défendre l'assurance maladie ». Pourquoi cette inquiétude ?

Jusqu'aux années 2000, la sécurité sociale était défendue contre les velléités réformatrices par des groupes d'intérêts puissants. La démocratie sociale d'après-guerre avait permis aux syndicats de salariés (et au patronat) d'entrer dans les conseils d'administration des caisses. Ils veillaient jalousement à l'autonomie de l'institution contre les empiétements de l'Etat. Chaque plan de redressement des comptes de la sécurité sociale donnait lieu à une mobilisation syndicale, qui pouvait prendre une ampleur inédite, comme on l'a vu avec le mouvement social de novembre-décembre 1995 contre le plan

(1) Enquête « Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels » de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition>).

Juppé. Il y avait eu aussi les mobilisations contre le plan Barre de 1979 ou encore le plan Séguin de 1987. De son côté, le mouvement mutualiste, après avoir longtemps combattu une sécurité sociale qui menaçait sa raison d'être, s'y est rallié, sous la pression des mutuelles de fonctionnaires, en particulier. La Mutualité française défendait un haut niveau de prise en charge des dépenses de santé par la sécurité sociale.

Les choses ont commencé à changer à partir de la fin des années 1980, début des années 1990. La Mutualité s'est volontairement placée sous les directives assurance européennes, croyant tailler des croupières aux assureurs sur les marchés dominés par ceux-ci (ce fut l'inverse qui se produisit). Elle s'est retrouvée prise dans un engrenage concurrentiel dans lequel elle est en train de laisser ses valeurs et son âme. Les syndicats ont été, quant à eux, progressivement évincés par l'Etat de la « gouvernance » de la sécurité sociale. La réforme de l'assurance maladie de 2004 ne leur donne plus qu'un avis consultatif. Du coup, les forces sociales qui soutenaient la sécu font de plus en plus défection. L'Accord national interprofessionnel (ANI) de 2013, généralisant dans son article 1 la complémentaire santé d'entreprise, a été, de ce point de vue, édifiant. Au lieu de réclamer la reconquête du terrain perdu par la sécurité sociale sur le terrain du financement des soins courants, syndicats (via les institutions de prévoyance, qui sont des institutions paritaires gérées par les « partenaires sociaux ») et Mutualité se sont battus pour organiser le partage de ce nouveau marché... En fait, les syndicats sont objectivement en train de reconstruire une « sécu bis », adossée à l'entreprise, au-dessus de la sécu historique. Mais il y a un bémol et de taille : cette sécu bis est inégalitaire et injuste, en plus d'être inefficiente. Qui défend aujourd'hui la sécu ? A part quelques francs-tireurs,

plus grand monde. La bête est en train d'être dépecée dans l'indifférence générale. L'opinion publique pense qu'elle est éternelle. Elle a tort.

Vous avez participé en 2012 à la rédaction d'un manifeste « Pour une santé égalitaire et solidaire » : quelles sont vos propositions ?

A l'occasion des élections présidentielles, le diabétologue André Grimaldi, le conseiller d'Etat Didier Tabuteau, le spécialiste de santé publique François Bourdillon, le neurologue Olivier-Lyon Caen (aujourd'hui conseiller santé du président Hollande) et moi-même avons pris l'initiative de proposer un état des lieux critique de notre système de santé, mais aussi et surtout des propositions concrètes de réforme. Deux idées nous guidaient alors : il fallait en finir avec la simple rhétorique de la déploration d'un « âge d'or » perdu (et qui n'a jamais existé) ; il fallait faire en sorte que les candidats se saisissent enfin des questions de santé.

Le constat était que les cinq piliers de notre système public de santé étaient menacés. Le pilier du financement connaissait de graves reculs, à force de déremboursement et de franchises ; le pilier de la médecine de proximité était en pleine dérégulation avec, par exemple, l'apparition de déserts médicaux (liés à la liberté d'installation) et la banalisation des pratiques de dépassement d'honoraires ; le pilier de l'hôpital était menacé par la T2A, le service public mis en pièces par

Les électeurs ont leur part de responsabilité : finalement, la plupart d'entre nous s'accordent que cette grosse machine soit gérée par des « experts », technocrates ou médecins...

la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (loi HPST) ; le pilier de la prévention restait le parent pauvre du système de santé.

Partant, nous avons avancé des pistes de réformes concrètes et raisonnables pour refonder ces cinq piliers. Je renvoie les lecteurs au livre. Ce Manifeste, signé par cent vingt-trois personnalités, a eu un grand écho médiatique mais peu d'écho politique et zéro traduction dans les politiques publiques. Les politiques de santé après 2012 ont été sinueuses, pour ne pas parler de politique de gribouille. L'improvisation l'a emporté, ici comme ailleurs (je pense notamment aux critiques de Piketty contre la politique fiscale des gouvernements socialistes). Le gouvernement a beaucoup cédé aux syndicats de médecins libéraux, et a continué de mettre sous pression l'hôpital public. Et ce n'est pas le faux tiers payant qui sauvera le bilan.

Malgré les dispositifs de « démocratie sanitaire », on a l'impression que les politiques de santé sont rarement débattues avec les citoyens. Comment les remettre au centre du débat public ?

Voilà une question qui nous taraude, nous, les auteurs du Manifeste. Nous avons multiplié les désillusions. A l'été 2013, nous avons lancé un appel pour un débat public sur le financement de la santé dans *Le Parisien*, signé notamment par Michel Rocard. Nous nous inquiétions des dangers de l'ANI, qui pérennise le recul de la sécu au profit des complémentaires santé. Ce fut un bide total.

Nous avons mesuré à ce moment-là que la sécu n'était plus défendue : aucune confédération syndicale n'a voulu signer, la Mutualité a multiplié les tirs de barrage contre nous. Les députés de la majorité nous ont pris pour de doux rêveurs. Résultat : un grand bon arrière a été présenté comme un formidable progrès social...

Force est de constater que si la santé apparaît au sommet de la hiérarchie des préoccupations des Français-e-s, elle continue à être maltraitée dans le débat démocratique. C'est un magnifique cas d'autonomie du champ de la représentation politique, pour le politiste que je suis ! Mais pour le citoyen, c'est très préoccupant. Pour ma part, je considère que la « démocratie sanitaire » est, pour le moment, un gadget qui vise à cacher des processus décisionnels de plus en plus technocratiques, verticaux et centralisés. De plus, certaines associations de patients en font leur pré carré, ce qui fait émerger des « patients » et « usagers » professionnels de la représentation... Elles se partagent strapons et financements. Là encore, c'est un phénomène classique en science politique. Bref, la « démocratie sanitaire » reste un champ à investiguer intellectuellement, au risque de n'être qu'un slogan vague et donc consensuel. Dans cette affaire, les électeurs ont leur part de responsabilité : finalement, la plupart d'entre nous s'accordent que cette grosse machine soit gérée par des « experts », technocrates ou médecins. C'est aussi à nous de nous réapproprier cette thématique et de la politiser. Je pense que l'angle environnemental offre une bonne opportunité pour le faire. ●

Propos recueillis par Emmanuelle Fourneyron, membre du Comité central de la LDH et co-animateuse du groupe de travail LDH « Santé, bioéthique ».

G. A.

Chômage et santé

L'avis du Conseil économique, social et environnemental (Cese) du 9 mai dernier sur « Les conséquences du chômage sur les personnes et leur entourage » montre ses effets sur la santé, trop ignorés des politiques publiques. Avec des chiffres impressionnantes : entre dix mille et quatorze mille décès sont liés à des pathologies imputables au chômage ; le risque de dépression est quant à lui multiplié (24 % des hommes et 26 % des femmes concernés). Une politique volontariste est à mettre en œuvre d'urgence.