

Améliorer l'accès aux soins en France

Une nécessaire refonte du système de santé



CERCLE ORION
RECHERCHE ET PRODIGES ASSOCIATION

La crise de la COVID-19 ayant interrogé l'Etat dans sa capacité régaliennne à protéger sa population, la question du bon accès aux soins s'impose plus que jamais dans notre pays. Si les déserts médicaux, le manque d'efficacité ou de moyens, l'incapacité d'anticipation ou une gestion trop bureaucratique sont fréquemment mis en avant dans le débat public lorsqu'il s'agit d'alerter sur les failles structurelles de notre système de santé, ce dernier n'en reste pas moins un pilier stratégique dont l'amélioration demeurera une priorité dans les années à venir.

Par Michel STOFER

Une situation complexe et compliquée...

Notre système de santé est à la fois technocratique, bureaucratique, centralisé et souffre d'une crise organisationnelle. Il fonctionne notamment via des circulaires prises au niveau national qui descendent jusqu'aux agences régionales de santé (ARS) qui les retraduisent à leur tour aux acteurs de santé locaux sans toujours prendre en compte leurs particularités. Malgré une gestion centralisée, la multiplication des agences a concouru à rendre moins compréhensible l'action publique plutôt qu'à l'améliorer. L'action de l'Etat relative à la santé se perd dans d'innombrables directions, agences ou instances telles que la Haute Autorité de santé, le Haut Conseil de Santé Publique, l'Agence Nationale de Santé Publique, le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie pour ne citer qu'elles. Cette atomisation conjuguée avec le manque d'interconnexion entre toutes ces structures dessert l'Etat dans sa capacité à fixer des priorités stratégiques et à implémenter une politique de santé efficace et cohérente.

A cette désorganisation s'ajoute une dette sociale abyssale qui ne cesse de croître. Le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, publié en juillet dernier, prévoit un déficit de la Sécurité sociale pour 2022 qui pourrait atteindre 16,8 milliards d'euros.

Dans ce contexte, la revue des priorités est une nécessité. Une action cohérente demande des arbitrages. Parmi ceux-ci, il s'agirait de mieux considérer les politiques de prévention. La prévention souffre d'un manque de considération en France : moins de 2 % des dépenses de santé y sont alloués contre 3,1% en moyenne dans l'Union Européenne (UE), selon l'étude commune de l'OCDE et de la Commission européenne, *State of Health in EU 2019*. Une lecture uniquement comptable de la santé à travers la seule considération de répartition des dépenses contredit l'idée même de prévention. Depuis 2015 en France, l'espérance de vie en bonne santé baisse tandis que le taux de mortalité précoce des hommes de moins de 65 ans augmente. Or les médecins du travail ou

même scolaires dans certains cas pourraient aider en matière de prévention. Mais ces métiers sont en déshérence. D'après la Cour des comptes, la médecine scolaire se trouve dans une « incapacité à répondre à sa mission de suivi individuel des enfants ». Aujourd'hui, « la densité moyenne s'établit alors à 8,4 médecins scolaires pour 100 000 élèves », et 31 % des postes budgétaires sont vacants. Un constat similaire de pénurie touche la médecine du travail, détériorant de manière pernicieuse la qualité du suivi médical des travailleurs. L'association Présanse évalue à 4.275 le nombre de médecins, en personnes physiques, au 1er janvier 2021 (médecins du travail et collaborateurs médecins) et à 3.561 en équivalents temps plein (ETP). On comptait 5.131 praticiens en 2015 pour plus de 4.000 équivalents temps plein. Dans le même temps, le rapport de l'Organisation internationale du travail (OIT) *Stress au travail : un défi collectif* estime le coût du stress au travail en France entre 1,9 et 3 milliards d'euros. Plutôt que de se focaliser sur les seuls soins ponctuels, l'Etat pourrait gagner à développer une stratégie de l'anticipation, de la prévention et du maintien en bonne santé.

La situation des hôpitaux est par ailleurs critique. D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le secteur public emploie 77 % des effectifs salariés pour une consommation de soins de 74,9 milliards d'euros en 2019. Si les hôpitaux publics sont primordiaux, ils ne sauraient être vus comme l'unique socle sur lequel reposerait tout le système de santé, comme trop souvent pensé en France. Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) proposait dans son rapport de mai 2018 un schéma de rupture. Dans celui-ci, « les établissements cessent d'être le centre de gravité du système. Ils sont ouverts sur un extérieur structuré qui n'est plus conçu comme « *amont* » ou « *aval* » de séquences hospitalières. Ainsi, le système de santé peut se structurer par des soins assurés de façon systématique, dans des structures libérales ou de maisons de santé locales en complément ou en substitution de

l'aide hospitalière. Ce renversement de perspective est nécessaire afin d'améliorer la prise en charge de pathologies chroniques ou de perte d'autonomie, provoquée par l'âge, notamment quand la priorité du maintien à domicile fait sens.

Enfin, l'inadéquation de la bureaucratie perturbe l'efficacité de l'hôpital public. Dans son rapport du 29 mars 2022, le Sénat, utilisant les données de la commission d'enquête sur l'hôpital, révèle que près de 33,6% des effectifs ne sont pas des soignants mais des agents administratifs, techniques ou de services contre 22,2% en Allemagne et moins de 25% dans de nombreux pays de l'UE. Une meilleure structure organisationnelle contribuerait *in fine* à une meilleure allocation des ressources bénéfiques pour le reste de la population.

... aux causes multiples

Les inégalités d'accès aux soins continuent d'exister pour de nombreuses raisons. La désertification médicale progresse. Selon un rapport de la DRESS de février 2020, en 2018, près de 3,8 millions de Français vivaient dans un désert médical (soit près de 5,7% de la population), contre 2,5 millions (3,8% de la population) en 2015. La situation ne s'est pas beaucoup améliorée depuis. De surcroît, les médecins libéraux se font plus rares : seuls 10% des jeunes médecins ouvrent un cabinet, la plupart optent pour des remplacements ou des postes en salariat. Le récent abandon du *numerus clausus* ne suffira pas à résoudre le problème des zones sous-dotées en médecins. En effet, le nombre de candidats admis en deuxième ou troisième année de cycle d'études en santé demeure régulé par les capacités logistiques des universités et le nombre des places en internat qui n'a pas considérablement évolué. De plus, une telle initiative, aussi nécessaire qu'elle soit, ne répond pas à l'urgence tant ses effets ne seront pas notables avant une dizaine d'années.

Plus généralement, l'attractivité des métiers de la santé diminue. En sus des

considérations salariales pas toujours attrayantes, on estime aujourd'hui que près d'un médecin généraliste sur deux se considère en situation de *burn-out* ou très proche de l'être.

Ce que nous proposons

■ Augmenter le nombre de professionnels de santé. La fin du *numerus clausus* (loi de Santé, 2019) va dans le bon sens. Il s'agirait maintenant aussi d'augmenter les effectifs dans les formations paramédicales (par exemple par une hausse des places en institut de soins infirmiers ou dans les parcours d'aides-soignants).

■ Rétablir l'attractivité des métiers de la santé en revalorisant les salaires tout en faisant des économies en luttant contre les fraudes à la carte vitale. Selon un rapport parlementaire de 2019, 1,8 million de faux numéros de sécurité sociale seraient en circulation pour une fraude évaluée à 14 milliards d'euros par an.

■ Faciliter la mise en place de mesures incitatives par les collectivités locales qui se destinent aux professionnels de santé sans oblitérer les finances : prime d'installation ciblée, réduction sur certains prêts professionnels destinés à l'acquisition de matériel nécessaire...

■ Définir une véritable stratégie nationale de santé avec une Agence Sanitaire Nationale qui regrouperait la plupart des agences actuelles

■ Retrouver une autonomie stratégique en relocalisant en France la production des médicaments stratégiques. La Covid-19 a témoigné de l'ampleur de notre dépendance sanitaire en matière de médicaments et d'équipement sanitaire.

■ Soutenir la recherche jusqu'à la mise sur le marché des innovations et trouver les financements pour les essais cliniques qui représentent plus de la moitié des coûts. Il serait aussi judicieux de mettre en place une politique améliorant notre attractivité en permettant aux patients de bénéficier plus rapidement des traitements les plus innovants.

Nos recommandations

pour améliorer l'accès aux soins

Améliorer le système de santé

En augmentant le nombre de professionnels de santé, notamment dans le milieu paramédical

Renforcer la souveraineté de la France

En relocalisant la production de médicaments d'intérêt stratégique

En renforçant l'attractivité des métiers médicaux et paramédicaux, notamment par le levier de la rémunération

En attirant la production de médicaments de thérapie innovante en France