

# La crise sanitaire et sociale de l'été 2003

Catherine Mills  
José Caudron

**La catastrophe sanitaire, sociale et humanitaire de l'été 2003 constitue, en réalité, un révélateur d'une crise profonde du système de santé, de la politique de la vieillesse et, au-delà, d'une crise d'ensemble du système économique et social.**

**Elle exprime l'irresponsabilité des politiques visant à réduire les dépenses publiques et sociales, les emplois publics et les financements.**

**Des propositions alternatives pour une réforme de progrès et d'efficacité du système de santé et de la politique de la vieillesse avec l'urgence de moyens de financement à la hauteur du problème sont indispensables**

Un révélateur d'une crise profonde du système de santé et de la politique de la vieillesse, notamment à l'égard des personnes très âgées

**Les faits.** On comptera sans doute beaucoup plus de 15 000 décès supplémentaires au mois d'août (1), principalement du fait de la canicule qui a touché essentiellement, mais non exclusivement, les plus de 80 ans, les personnes isolées et surtout des femmes, dans la mesure où elles ont l'espérance de vie la plus élevée. Dans le même temps la surmortalité semble avoir affecté des personnes beaucoup plus jeunes en liaison avec les traitements médicaux qu'elles devaient suivre, notamment pour des raisons psychiatriques. La pollution à l'ozone liée aux phénomènes climatiques a sans doute également pu avoir un rôle important dans ce drame.

Au plan démographique, l'augmentation des personnes de plus de 80 ans n'est pourtant pas une surprise. Ce phénomène a depuis longtemps été analysé dans de nombreux rapports.

Cette catastrophe sanitaire, sociale et politique est aussi le révélateur de graves dysfonctionnements qui ont éclaté de façon terrible et accablante pour un pays moderne et pour ses dirigeants. Ceux-ci ont refusé longtemps de prendre la mesure de ce qui se passait et qui frappait autour de nous des voisins, des proches. Ils ont négocié sur les chiffres, prétendu ensuite qu'ils n'avaient pas été informés à temps, ni de manière suffisante, puis affirmé que tout ce qui était possible avait été déclenché en tentant de culpabiliser les familles. Mais, en réalité, ce sont pratiquement vingt jours qui se sont écoulés depuis l'appel du Dr Pelloux, président du syndicat des médecins urgentistes hospitaliers et les annonces réitérées des services de pompes funèbres faisant état de l'impossibilité de trouver des places dans les cimetières pour que le gouvernement reconnaisse cette hécatombe.

## Quelques chiffres

L'espérance de vie progresse actuellement de un trimestre par an. Le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans devrait passer de 2,2 millions en 2003 à 7 millions en 2040. Le tableau ci-dessous donne les projections concernant celles de plus de 85 ans.

Si l'espérance de vie en bonne santé s'accroît plus rapidement que l'espérance de vie elle-même, il faudra pourtant prendre en compte une augmentation sensible du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici à 2040. Pour l'instant, le financement de la dépendance reste pour une très large part à la charge des familles.

### Les 85 ans et plus (en millions)

1950	2003	2013	2050
0,2	1,2	2,4	4,8

### Les personnes âgées dépendantes

2003	2020	2040
800 000	980 000	1 200 000

Qu'a révélé ce terrible scandale, de ne pas pouvoir prendre en charge et soigner des personnes âgées et d'autres plus jeunes frappées de déshydratation par la canicule ? Ceci a d'abord fait éclater de façon dramatique ce que les médecins et agents hospitaliers dénoncent depuis des années. Le rationnement comptable étrangle les hôpitaux faute de personnel, tandis que le manque de médecins urgentistes, d'infirmières, d'aides-soignantes a été

renforcé par le type d'application des 35 heures sans créations d'emplois ni de formations de personnel en quantité et en qualité. Cette crise s'est étendue à l'ensemble des structures ayant en charge la santé des personnes âgées, les maisons de retraite, la médecine de ville, les services de maintien à domicile.

[Analyser la crise sanitaire, sociale, humanitaire et éthique. La crise d'un système économique et social.](#)

### La responsabilité des politiques dans cette catastrophe

Partout, les carences se sont révélées. Une commission d'enquête parlementaire, comme cela a été demandé par le groupe communiste et le groupe socialiste, devra pouvoir identifier les raisons multiples qui ont conduit à une telle catastrophe, laquelle remet en cause notre politique sanitaire, en particulier à l'égard des personnes très âgées. Pourquoi face à ce problème de température atmosphérique, autant d'entre elles ont trouvé la mort ? Les conséquences de la chaleur et de la pollution sur des organismes fragilisés, soumis à la déshydratation et souvent assujettis à des substances médicamenteuses méritent d'être étudiées. À cela s'ajoute l'insuffisance du nombre de personnels au domicile pour prévenir les effets de la déshydratation, mais aussi des conditions de logement (absence de volets ou de climatisation). On a constaté aussi l'insuffisance des dispositifs d'alerte alors que les services météo avaient prévu ces fortes chaleurs.

Concernant **l'hôpital public**, le manque criant de personnel s'est considérablement aggravé pendant l'été. La politique de fermeture de lits visant à réaliser des économies sur les dépenses de santé a été largement dénoncée par tous les syndicats de médecins et de personnel hospitalier. Aussi le tissu hospitalier, malgré le dévouement et le rappel des personnels, n'a-t-il pu accueillir et soigner les personnes qui avaient en premier lieu besoin de gestes préventifs. Les malades étaient entassés dans les couloirs, faute de lits et de personnels. Ceux qui arrivaient dans un état grave de déshydratation et de dégradation générale, n'ont pu recevoir à temps l'assistance médicale suffisante.

**Les maisons de retraite** sont aussi caractérisées par le manque de personnel, les crédits insuffisants, la vétusté des installations et sont peu ou mal médicalisées. Les pouvoirs publics ont refusé les demandes de création d'établissements, ils ont gelés les crédits destinés aux maisons de retraite en 2003. La France accuse un grand retard par rapport à l'Allemagne et la Suisse, où l'on compte 10 personnels médicaux pour 10 personnes âgées hébergées, alors qu'il n'y a en France 4 personnels médicaux pour 10 personnes âgées hébergées. Les maisons de retraite accumulent un déficit énorme en moyens médicaux : moins de la moitié sont médicalisées alors que la moitié de leurs résidents souffrent de troubles intellectuels et psychologiques, notamment la maladie d'Alzheimer. L'effort de rattrapage qui avait été entamé a été stoppé net par une suppression de crédits de 180 millions d'euros par le gouvernement Raffarin.

Mais les insuffisances en personnel dans de nombreuses maisons de retraite dites médicalisées sont également patentées. Partout, même dans celles que l'on cite comme modèles, on paie les restrictions budgétaires alors que laisser quelques heures une personne âgée seule, qui ne ressent pas la soif, et ne peut faire le geste de boire ou de s'hydrater, peut suffire à entraîner la déshydratation puis la mort.

La responsabilité de **la médecine de ville** est elle aussi engagée. Pierre Costes, responsable de MG France (syndicat

de médecins généralistes), a souligné, dans une interview au journal les Échos du 22 août, l'absence de soins primaires, en raison du manque de coordination des personnels soignants de proximité. La création de réseaux de soins devrait permettre de jouer un rôle de sentinelle et Pierre Costes revendique le besoin d'une prise en charge globale qui dépasserait les activités particulières de chaque soignant.

Enfin cela révèle les très graves insuffisances actuelles du **maintien au domicile et des soins et services appropriés à domicile**. Cela pose la question du type de domicile, de la présence de volets ou de stores..., d'une aide à domicile, quand on sait que les associations n'assurent la présence des personnels que pour 2 heures le matin, 2 heures la soirée au maximum. On sait que les infirmières sont soumises à des quotas, que leur rémunération est dérisoire et, qu'en conséquence, elles ne peuvent souvent procéder aux toilettes et aux soins d'hygiène des malades. Le besoin de présence de personnel infirmier, d'auxiliaires de vie au domicile des personnes âgées est monté sans avoir été pris en compte, ni les créations d'emplois en quantité et en qualité, ni les formations nécessaires.

La responsabilité des politiques dans cette catastrophe sanitaire est patente, puisque la très grave insuffisance du **maintien à domicile** (soins et services) a été largement aggravée par la compression de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) par le gouvernement Raffarin.

### Les restrictions appliquées à l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA)

L'APA a été créée par le gouvernement Jospin en 2001 pour remplacer la prestation spécifique dépendance (PSD) très contestée, à la fois pour son montant et ses conditions d'attribution.

Le budget consacré par l'État à l'APA pour 2003 ne représente que 1,2 milliard d'euros. Le gouvernement Raffarin a durci l'accès à l'APA et a baissé les prestations elles-mêmes, augmentant du coup la participation des personnes, puisque le principe de l'APA repose sur une prise en charge partielle de services bien définis et tarifés. Tout ceci s'est traduit par un transfert de 400 millions d'euros à la charge des familles. Comme le délai d'ouverture des droits s'est considérablement accru, beaucoup de personnes éligibles attendent ou renoncent purement et simplement à demander l'APA, notamment les plus modestes, ce qui a pu contribuer aux conséquences dramatiques de la canicule.. En outre, Hubert Falco a fait planer longtemps le doute sur l'application du retour sur succession concernant l'APA. Mais s'il a démenti en définitive, cette menace a découragé nombre de personnes. Fin mars 2003, il y avait 670 000 bénéficiaires de l'APA (2), dont la moitié sont des personnes vivant à domicile. Le montant moyen de l'allocation est inférieur à 400 euros par mois.

Le coût total de l'APA est de 3,2 milliards d'euros. Ce sont les départements qui doivent en assurer le financement, mais ceci est une source profonde d'inégalités, d'autant que ce sont souvent les départements les plus pauvres qui ont un nombre important de personnes âgées dépendantes ; certains sont donc véritablement sinistrés et ne peuvent faire face.

Les restrictions sur l'APA ont abouti pour les personnes âgées vivant à domicile à limiter l'accès aux services d'aide, à diminuer l'effort de prévention de la perte d'autonomie, voire à contraindre à l'hébergement en maison de retraite même s'il est coûteux.

La baisse programmée des retraites aura des conséquences sur les conditions de vie des personnes âgées. Actuellement, la retraite moyenne mensuelle (1 120 euros) ne couvre même pas le tarif de séjour en maison de retraite, 1 140 euros par mois en moyenne, et beaucoup plus en région parisienne. Faire baisser le niveau de pension comme l'organise le plan Fillon, réduire la prise en charge de la dépendance, cela rendra encore plus difficile l'accès à l'hébergement en établissement, ainsi que le maintien au domicile dans des conditions acceptables. Les possibilités de solidarité familiale elles-mêmes seront touchées si l'on veut contraindre les actifs à travailler plus longtemps, puisqu'il sera plus difficile aux personnes ayant atteint la soixantaine d'être disponibles pour leurs parents très âgés.

Le système de santé, l'ensemble des systèmes de prise en charge sanitaire et sociale, la politique de la vieillesse menée par le gouvernement sont donc violemment interpellés par la catastrophe sanitaire de l'été 2003.

### Propositions alternatives

L'entrée dans le 4<sup>e</sup> âge entraîne toute une série de pathologies nouvelles, des polyopathologies dont la prise en charge est lourde, mais à laquelle les systèmes économiques et sociaux doivent s'adapter. Il faut inventer des structures appropriées, des métiers de proximité adaptés et des articulations entre eux. Il faut développer et réorienter les moyens hospitaliers et alternatifs spécifiques. La solidarité a un prix qui implique des politiques et des financements à l'égard du 4<sup>e</sup> âge.

La révolution de la longévité ne peut être seulement considérée comme une charge. Elle est porteuse de nouveaux rapports entre les différentes générations. À ce sujet, la volonté de reculer l'âge effectif de départ en retraite et de limiter les pensions versées est tout à fait contradictoire avec le nécessaire développement des solidarités familiales. Il en va de même des pressions pour remettre en cause les 35 heures et faire baisser les salaires, pressions qui vont à l'encontre d'une tendance historique irréversible.

### Propositions concernant les besoins en emplois et formation et les financements nécessaires

La Fédération hospitalière de France évalue à 50 000 le nombre de postes à créer dans les établissements pour personnes âgées. Le président des directeurs d'établissement, Pascal Champvert, considère qu'il faut multiplier par 3 le nombre de professionnels dans ces résidences. C'est ainsi que l'on a pu réclamer un "plan Marshall" pour les personnes âgées qui inclurait :

- le rétablissement des crédits gelés pour les maisons de retraite afin qu'elles rattrapent ce retard ;
- 7 milliards d'euros sur plusieurs années, soit un plan sur une durée entre 3 ans et demi et sept ans pour les moyens en personnel, en soins, en équipement pour les maisons de retraite, les foyers d'accueil, les établissements de moyen et de long séjour ;
- des moyens en quantité et en qualité et des structures nouvelles de coordination des soins pour la médecine de ville et les soins et services à domicile.

Il s'agirait de développer les structures et les personnels pour l'accompagnement des personnes âgées dans leur vie quotidienne ; la mise en réseau de toutes les structures concernées est indispensable.

On pourrait aussi envisager, comme le propose Éric de Saint-Lorette, généraliste à Paris, de créer des postes d'assistants sociaux de quartier. Les médecins en vacances

devraient pouvoir être systématiquement remplacés, alors que dans cette crise sanitaire, les services de ville, faute de place dans les hôpitaux, n'ont pu assurer leur mission de soins pour maintenir au domicile les malades dans des conditions satisfaisantes.

En ce qui concerne l'hôpital public, il faut agir à quatre niveaux, comme le propose dans Libération (14 août 2003) Patrick Werner, chef de service des urgences de l'hôpital Beaujon à Clichy. Ainsi pourrait-on proposer de :

- réformer le système d'hospitalisation publique. Les lits ne sont pas ouverts en fonction des besoins de santé publique. Au contraire, ils sont fermés pour réaliser des économies de personnel. L'objectif ne peut être la rentabilité financière, mais la possibilité de soigner tout le monde correctement ;
- mettre en place des systèmes d'alerte à partir des urgentistes, activables en permanence avec des médecins sentinelles. La formation, les emplois et la fonction des urgentistes doivent être développés et revalorisés ;
- organiser la prévention en amont des hôpitaux au niveau des maisons de retraite, avec les médecins, les paramédicaux, les accompagnants ;
- travailler aussi l'aval, les soins de suite, au domicile, en convalescence, en maison de retraite...

Tout ceci implique de sensibiliser tout le pays, toutes les institutions sur la nécessité, qui va croître, d'une nouvelle politique de la vieillesse et de la santé à l'égard des personnes très âgées. Ceci nécessitera des structures nouvelles, une mise en connexion de ces structures, des moyens en emploi et en formation, des moyens de financement.

Les réformes nécessaires concernent aussi :

1. La réforme des études médicales, la place de la gériatrie à reconnaître et à développer ;
2. Une réforme de l'hôpital, l'arrêt du rationnement comptable des dépenses et des fermetures de lits, un grand plan de formation et de création d'emploi des infirmiers et aides-soignants jusqu'aux médecins formés à la gériatrie ;
3. Un plan de développement de la médecine et des soins de ville, une revalorisation et une réorientation des disciplines médicales et paramédicales sur les soins du 4<sup>e</sup> âge ;
4. Un développement et une mise en réseau au niveau local de toutes les institutions qui interviennent sur la question des personnes très âgées, la création d'emplois et des formations pour les soins et services à domicile
5. Le cas échéant, l'aide à la rénovation du domicile, les aides aux équipements nécessaires et surtout le rétablissement et le développement des moyens de l'APA.

### La nécessité d'une réforme qui implique de nouveaux financements

En premier lieu, cela pose la question d'un nécessaire financement du risque dépendance. On nous parle d'un jour férié en moins et de cotisations à transférer pour le financement du risque dépendance, autour de 1,8 milliard d'euros.

Mais il faut bien voir que cela ne constituera qu'un simple transfert de la Sécurité sociale au risque dépendance. Il n'y aura pas de financement supplémentaire pour l'ensemble de la protection sociale. C'est toujours le même thème martelé d'une solidarité qui ne pèserait que sur les salariés. C'est le dogme du « travailler plus pour gagner

moins» qui a été le *leitmotiv* du gouvernement durant le débat sur la réforme des retraites (3), alors qu'il faut réfléchir à un autre financement du risque dépendance, à une véritable solidarité. Il s'agirait d'abord de revenir sur la diminution de l'impôt sur la fortune, qui représente une perte de ressources de 500 millions d'euros, alors que le budget consacré au financement de l'allocation personnalisée à l'autonomie a été diminué en 2003 d'un montant pratiquement équivalent.

Les revenus financiers des entreprises échappant aux prélèvements sociaux ont atteint 84 milliards d'euros en 2002, ceux des institutions financières 81,3 milliards. Soumettre ces revenus financiers au taux de cotisation sur les salaires rapporterait autour de 16 milliards d'euros et une partie de ces ressources nouvelles pourrait apporter une contribution de solidarité afin de financer le risque dépendance.

### Développer et sécuriser l'emploi et la formation

Les besoins en emplois, en formation, aussi bien pour le système de santé hospitalier et de ville, pour les maisons de retraite, pour les soins et services à domicile, devraient être évalués au plus près du terrain, pour répondre à cette nouvelle donnée, l'accroissement de l'espérance de vie et du nombre des très âgés, qui implique un bouleversement des politiques publiques sociales. Cette urgence rejoint celle d'une nouvelle politique de l'emploi et de la formation ; donc celle de la lutte contre le chômage.

Cela passe par l'impératif d'une réforme des cotisations patronales, et au-delà des types de gestion des entreprises. Ainsi, à l'inverse de la situation actuelle, les entreprises qui développent l'emploi, les salaires, la formation devraient être assujetties à un taux de cotisation plus bas, afin de les inciter à la croissance des emplois et des salaires source de la croissance réelle. L'objectif de cette mesure est d'accroître les rentrées de cotisations. En revanche, les entreprises qui compriment la part des salaires dans la valeur ajoutée, économisent sur les salaires, licencient et se lancent dans la croissance financière au détriment de la croissance réelle, devraient être assujetties à un taux de cotisation plus élevé. Il s'agirait de les dissuader de cette course à la financiarisation et aux licenciements, et les inciter à d'autres politiques d'emploi. Le but est de lier le développement des emplois, des salaires et de la formation,

de la croissance de la valeur ajoutée réelle aux rentrées de cotisations. On retrouve ici le branchement entre la réforme de l'assiette des cotisations patronales et le développement de l'emploi et de la formation.

Se pose aussi la question de la réforme des études médicales et paramédicales, de l'importance croissante de cette spécialité pluridisciplinaire qu'est la gériatrie qui doit être considérablement développée et revalorisée. Cela nécessite la sortie du *numerus clausus*, aussi bien pour les médecins que pour les autres professions de santé, à l'hôpital comme en ville.

Les soins aux personnes très âgées vont prendre une place tout à fait cruciale, aussi bien dans les hôpitaux, qu'en soins de ville et que dans les maisons de retraite. Cela implique une révision complète dans l'orientation des études médicales et une nouvelle organisation des services (tant à l'hôpital qu'en soins de ville). Cela exige aussi un changement complet de la façon de soigner afin qu'elle soit de plus en plus pluridisciplinaire et organisée en équipes, avec la coopération de nombreux personnels paramédicaux, infirmières, kinésithérapeutes ... Cette coopération, à établir au niveau d'une ville ou d'un département, entre les hôpitaux, les soins de ville, les maisons de retraite, les services sociaux des collectivités territoriales et les associations, constitue la condition d'un véritable suivi et d'une continuité entre les différents maillages du système de santé, du système sanitaire et social, de la politique de la vieillesse, entre le domicile, l'hôpital, la maison de retraite, entre les différentes catégories de personnels de l'organisation médico-sociale.

Les réformes incontournables pourraient aussi être porteuses d'avenir : vers une meilleure connexion entre tous les acteurs, toutes les structures du système de santé, social, de la vieillesse. Alors le vieillissement, au lieu d'être considéré comme un boulet, pourrait être porteur de nouvelles solidarités. ■

1. Le chiffre officiel qu'a dû en définitive admettre JF Mattéi est de 11 435 décès pour la seule première quinzaine d'août.

2. D'après les estimations 800 000 personnes âgées seraient actuellement éligibles à l'APA en fonction de leur état de dépendance et de leurs ressources.

3. Sur le fond, il s'agit bien de remettre en cause les 35 heures et la réduction du temps de travail.