

La santé en France 2002



La santé en France 2002 est le troisième rapport triennal établi par le Haut Comité de la santé publique depuis sa création en décembre 1991. Dans la continuité des rapports précédents, il dresse le bilan de l'état de santé de la population avec ses forces et ses faiblesses. Il propose par ailleurs une analyse critique du système de santé et fait des propositions pour en améliorer la performance. Il est le fruit d'un travail mené pendant dix-huit mois par les membres du HCSP et de nombreux experts extérieurs.

Il comporte cinq parties respectivement consacrées :

- aux données de résultats (p.2)
- aux inégalités et disparités de santé (p. 5)
- à l'affectation des ressources dans le système de santé (p. 7)
- à l'usager, acteur du système de santé (p. 9)
- à l'analyse critique et prospective du système de santé (p. 10)

et un avis sur les orientations stratégiques (p. 12)

Il sera prochainement publié :

- en version intégrale à La Documentation française,
- en version de poche aux éditions La Découverte (collection Repères),

Il sera ensuite édité en anglais pour une diffusion internationale.

Première partie **Les données de résultat**

La description de l'état de santé des Français, réalisée à l'occasion de cette nouvelle édition du rapport triennal du HCSP, repose non pas sur une approche par groupes de pathologies ou par problèmes de santé, mais sur une analyse par classe d'âge. Un « bilan de santé » a donc été établi pour chacun des 4 groupes d'âge retenus, à partir du croisement des données issues de différentes sources.

Il n'est pas possible d'en faire ici une présentation exhaustive, mais un certain nombre de faits marquants, illustrant notamment pour chaque catégorie d'âge un progrès, une situation défavorable ou une évolution préoccupante pour l'avenir, méritent d'être évoqués.

Les moins de 15 ans

- La mortalité infantile, divisée par deux entre 1970 et 1990 grâce à l'amélioration importante de la prise en charge des femmes enceintes et des nourrissons, a de nouveau diminué presque de moitié entre 1990 et 1997 avec la mise en place de la politique de prévention de la mort subite du nourrisson. Aujourd'hui, avec 3 400 décès annuels d'enfants de moins de 1 an contre 9 000 en 1980, la mortalité infantile en France est l'une des moins élevées du monde, autour de 5 pour mille naissances.
- Les accidents sont à l'origine de près de 40 % des décès et de 12 % des hospitalisations des moins de 15 ans et représentent le risque à court terme le plus important pour la santé des enfants, en France plus que dans de nombreux autres pays européens.
- Conséquence de la modification des comportements alimentaires et de la sédentarité, 14 % des garçons et 18 % des filles de 7-9 ans présentent actuellement un surpoids ou une obésité. Ce phénomène, en raison de son importance et de sa progression rapide est inquiétant, non seulement en raison de son retentissement social et psychologique, mais aussi parce que l'obésité dans l'enfance majore considérablement le risque d'obésité à l'âge adulte, et donc de survenue de nombreuses maladies (diabète, maladies cardio-vasculaires, certains cancers, difficultés respiratoires, atteintes articulaires...).

Les 15-44 ans

- Cette classe d'âge, qui regroupe 42 % de la population, constitue pour la majorité des personnes une période de bonne santé. Chez les femmes, une part importante des recours aux soins est liée à la vie sexuelle et génitale. La contraception est le premier motif de recours à la médecine de ville (12 % des séances), 30 % des hospitalisations sont en rapport avec la grossesse et l'accouchement, la prise en charge de la stérilité entraîne 30 000 hospitalisations par an. Mais le recours à l'interruption volontaire de grossesse n'a pas diminué au cours des vingt dernières années, et aujourd'hui, avec plus de 200 000 IVG par an, la France se situe à un niveau moyen en Europe.
- Les morts violentes (accidents de la circulation et suicides principalement) pèsent d'un poids particulièrement lourd dans cette classe d'âge, provoquant 1 décès sur 2 chez les hommes et 1 décès sur 3 chez les femmes. La France se place ainsi, avec l'Espagne, au 3^e rang des pays de l'Union européenne qui paient le plus lourd tribut pour cette catégorie de décès, derrière le Portugal et la Finlande.
- Les accidents de la route provoquent chaque jour 22 morts et 74 blessés graves, et les 15-44 ans représentent 60 % des tués. Les conséquences humaines, sociales et économiques de cette situation sont considérables. Les traumatismes expliquent ainsi 17 % des hospitalisations masculines entre 15 et 44 ans. Une enquête menée en 1998 en Franche-

Comté auprès de jeunes de 15 à 24 ans blessés dans un accident montre que, 5 ans après l'accident, 2 blessés sur 3 souffrent toujours au point de devoir prendre des antalgiques, 38 % ont des répercussions sur le moral et 52 % ont dû modifier négativement leurs projets professionnels.

Les 45-74 ans

- Cette classe d'âge va voir son poids dans la population progresser de façon considérable dans les années qui viennent, atteignant 23 millions de personnes soit 37 % de la population en 2020. Entre 45 et 74 ans, les problèmes de santé se développent et se multiplient, s'étendant sur toute l'échelle de la gravité, depuis les pathologies de la vie quotidienne occasionnant plus ou moins de gêne jusqu'aux affections les plus graves susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital, en passant par les facteurs de risque qui nécessitent une prise en charge.
- 60 % des cancers surviennent dans cette classe d'âge. 8 % des hospitalisations et 45 % des décès leur sont liés. Le cancer du poumon, pour lequel le tabac constitue le principal facteur de risque, est le plus préoccupant en raison de sa fréquence et de sa gravité (7 % de survie à cinq ans), qui en font la première cause de décès chez les hommes de cette classe d'âge, mais aussi de son augmentation considérable chez les femmes, qui se traduit par une augmentation de 25 % de la mortalité féminine liée à cette cause entre 1990 et 1997.
- Les maladies cardiovasculaires constituent le motif de recours le plus fréquent aux soins de ville (30 % des séances) comme aux soins hospitaliers (13 %). La diminution de la mortalité qui leur est imputable s'est poursuivie au cours des années récentes (-15 % entre 1990 et 1997 pour cette classe d'âge).

Les 75 ans et plus

- Les personnes âgées de 75 et plus représenteront 10 % de la population en 2020, mais la progression des effectifs de cette classe d'âge -- et notamment des plus de 85 ans -- est transitoirement tarie du fait de l'arrivée des « classes creuses » de la première guerre mondiale.
- En 2000, une personne âgée de 75 ans peut encore espérer vivre 10 ans s'il s'agit d'un homme et 13 ans s'il s'agit d'une femme, contre respectivement 8 et 10 ans en 1970.
- La démence domine toute la pathologie mentale des personnes âgées par sa fréquence et sa gravité. On estime actuellement à 660 000 le nombre de personnes démentes en France dont environ 430 000 malades d'Alzheimer. Si aucun progrès n'est réalisé dans la prévention, ces effectifs atteindront respectivement 800 000 et 550 000 en 2010.
- Certaines affections du vieillissement ne peuvent pas bénéficier d'un traitement curatif et sont responsables de déficiences sensorielles ou motrices dont l'existence ou le cumul vont favoriser le désinvestissement des personnes âgées par rapport aux activités de la vie quotidienne, l'isolement, la dépression, la dénutrition, et aggraver une éventuelle détérioration cognitive. Ces déficiences sont trop souvent considérées comme inhérentes à la vieillesse et on ne peut qu'être frappé de la faiblesse des moyens consacrés à leur prise en charge qui relève de la rééducation, de la réadaptation, de traitements palliatifs, de la mise en place de conditions de vie adaptées. L'exemple des déficiences visuelles est à cet égard tout à fait illustratif.

En conclusion, plusieurs points doivent être soulignés

- Des progrès considérables en termes de santé ont donc été réalisés au cours des années récentes, qui se sont traduits non seulement par une augmentation importante de l'espérance de vie à la naissance, mais ont aussi par une amélioration de la qualité de vie

pour de très nombreuses personnes. Ces avancées doivent être valorisées, car elles résultent du travail quotidien de multiples professionnels mais aussi d'un effort collectif, social et économique important. Il convient bien sûr de les conforter, mais aussi de veiller à ce que tous en bénéficient.

- L'importance de la mortalité prématurée évitable reste une caractéristique de notre pays, notamment pour les hommes, chez qui elle est principalement liée aux comportements et notamment à la consommation d'alcool et de tabac. L'effort de prévention dans ce domaine doit donc être amplifié, à l'intérieur mais aussi hors du champ de la santé.
- Enfin la prévention tertiaire, c'est-à-dire la réduction des incapacités fonctionnelles dues à la maladie, reste insuffisamment développée notamment chez les personnes âgées.

Plus généralement, le travail mené à l'occasion de ce rapport a mis en évidence une nouvelle fois les insuffisances du système d'information sur la santé, même si des progrès sensibles ont été enregistrés au cours des dernières années. Eu égard aux enjeux, le dispositif actuel d'information reste sous-dimensionné, et surtout peu organisé pour apporter les connaissances indispensables à la gestion du système, notamment dans le contexte actuel de transformation de l'offre de soins.

Deuxième partie **Les inégalités et disparités de santé**

L'existence de fortes inégalités sociales de santé dans notre pays, alors même que les dépenses publiques de santé y sont parmi les plus élevées du monde, est une des composantes du paradoxe français.

Depuis que, dans son rapport de 1994, le Haut Comité de la santé publique a levé ce tabou, ces inégalités ont été mieux décrites dans notre pays et le constat s'est malheureusement confirmé : elles ne régressent pas. La France fait moins bien en ce domaine que nombre de ses partenaires européens.

En particulier la mortalité des ouvriers et des employés est aujourd'hui près de 3 fois supérieure à celle des cadres supérieurs et professions libérales. Mais d'autres chiffres sont tout aussi frappants :

- l'espérance de vie à la naissance varie de plus de 10 ans en France entre les zones d'emplois du nord et du sud de la France ;
- la différence d'espérance de vie à 35 ans entre un ouvrier et un cadre atteint 6,5 années ;
- le score de risque d'invalidité d'un ouvrier non qualifié est de 113 quand celui du cadre supérieur est de 89 (moyenne française 100) ;
- pour de nombreux indicateurs, comme la mortalité prématurée avant l'âge de 65 ans, la France connaît une situation plus péjorative que la plupart de ses grands voisins européens.

Dans certains domaines pourtant considérés prioritaires par les politiques de santé, ces inégalités restent importantes, par exemple :

- le taux de prématurité varie du simple au triple et la fréquence des petits poids à la naissance du simple au double en fonction du niveau scolaire de la mère,
- 32 % des Maghrébins et 54 % des Africains sub-sahariens résidant en France ignorent leur séropositivité au moment où ils tombent malade du sida, contre 21 % des personnes de nationalité française.

Si ces chiffres sont aujourd'hui bien établis, au fur et à mesure que progresse la recherche sur cette question, s'accumulent des preuves que ces inégalités concernent non seulement la mortalité ou la morbidité de la population, mais aussi d'autres domaines comme le handicap et les dépendances, et leur prise en charge sociale et sanitaire. Par exemple, à handicap de gravité équivalente, la proportion d'enfants handicapés entrant en institution est 3 fois plus élevée chez les ouvriers et les employés que chez les cadres et professions intermédiaires.

Ces inégalités sont aussi spatiales et géographiques, et c'est le second enseignement apporté par ce rapport. Les inégalités régionales de mortalité se sont accrues en France entre 1975 et 1990 et on observe, par exemple, une surmortalité spécifique à l'âge de 30 ans et de 40 ans dans les petites villes par rapport aux campagnes et aux pôles urbains régionaux. La géographie de l'obésité des hommes jeunes constitue un autre exemple emblématique de ces inégalités géographiques : sa fréquence -- qui a doublé globalement en France en 10 ans -- est nettement plus marquée dans les zones rurales que dans les

zones urbaines avec, aux deux extrêmes, un rapport de 1 à 3 entre l'Île-de-France et la Corse.

Ces chiffres appellent un double constat

1. Des progrès notables ont été réalisés récemment sur l'accès aux soins curatifs des plus démunis grâce à la loi relative à la lutte contre les exclusions et à la mise en place de la Couverture maladie universelle. Mais le Haut Comité attire l'attention sur la situation des étrangers sans papiers et des demandeurs d'asile qui restent aujourd'hui à l'écart de ce dispositif.
2. À l'inverse, en amont du soin curatif (tout ce qui concerne l'éducation pour la santé, la prévention, les dépistages) et en aval (la prise en charge du handicap par exemple), les programmes et politiques de santé poursuivis n'ont pas permis, à ce jour, de réduire des inégalités socio-spatiales fortement marquées. Ces inégalités concernent des pathologies déterminées par les conditions et les modes de vie : cancer des voies aérodigestives supérieures, maladies cardio-vasculaires, accidents de la voie publique, sida, handicaps et dépendances, dépression...

Recommandations

Le Haut Comité recommande que soit renforcé l'effort de recensement et de suivi de ces inégalités. Certains « systèmes de surveillance » existants, comme celui des maladies professionnelles ou des maladies à déclaration obligatoire, ne permettent pas d'appréhender directement ces inégalités sociales. Les efforts de recherche doivent être approfondis dans le domaine des déterminants sociaux de la santé et du recours à la prévention et aux soins pour comprendre, au-delà des catégories socioprofessionnelles et des ressources financières des personnes, ce qui détermine ces situations sanitaires, ces comportements de santé et ces recours aux soins.

Les inégalités socio-spatiales de santé sont-elles une fatalité dont on peut s'accommoder, en espérant que les ressources publiques destinées au système de soins curatifs permettent de les corriger ? Le Haut Comité de la santé publique s'élève contre cette illusion et recommande aux pouvoirs publics de faire de la lutte contre les inégalités de santé une priorité non seulement des politiques de santé mais aussi, plus largement, des politiques publiques dans leur ensemble.

Troisième partie **L'affectation des ressources dans le système de santé**

Selon les comptes nationaux de la santé en 2000, la dépense nationale de santé s'est élevée à 922,4 milliards de francs, soit 140,6 milliards d'euros et 10 % du Produit Intérieur Brut. La dépense de consommation médicale a été en moyenne de 13 000 francs par personne. On peut compter environ 5 % de plus en 2001.

Est-ce beaucoup ? Est-ce peu ? Il n'y a en fait pas de norme pour apprécier. Les comparaisons internationales indiquent que la France se classe au 11^e rang des pays de l'OCDE pour la dépense de santé par personne : c'est une position moyenne. Par contre, pour la part des dépenses de santé dans le PIB la France est quatrième, c'est-à-dire que la santé fait partie en France des priorités d'affectation de la richesse nationale en dépit du recul dans l'échelle relative de la richesse des pays. Pour apprécier ces chiffres, il ne faut pas oublier que les activités du secteur de la santé créent de la valeur ajoutée et contribuent à ce titre elles-mêmes au PIB et donc à la richesse nationale.

Depuis 1996, c'est la représentation nationale, le Parlement, qui en votant chaque année l'Ondam, fixe le niveau des montants financiers que la protection sociale doit consacrer à la santé. C'est vrai en théorie seulement, puisque depuis 1997 les dépenses réelles des organismes d'assurance maladie sont bien supérieures à l'Ondam et que, de plus en plus, l'affectation d'une partie des ressources au système de la santé se fait dans un climat de crise.

Ces crises ont parfois un caractère salubre puisqu'elles incitent à la négociation, seule capable de faire avancer les choses. Pourtant, décider en période de crise, ce n'est pas satisfaisant. On souhaiterait plus de réalisme dans les prévisions d'évolution de plusieurs aspects du secteur de la santé pour éviter ou atténuer ces crises.

Pour le financement par exemple : si dans tous les pays les dépenses de santé sur moyenne période augmentent plus vite (pas beaucoup plus vite d'ailleurs) que l'ensemble de la richesse nationale, la France a peu de chances d'échapper à ce phénomène. Les facteurs d'accroissement sont là : vieillissement de la population, avancées techniques, forte demande de bien-être et de sécurité. Si le financement actuel de la protection sociale est insuffisant, raisonnablement il faut envisager de pouvoir l'augmenter.

Le problème de la démographie médicale montre aussi qu'en ne prenant pas en considération à temps le vieillissement du corps médical ni l'augmentation probable de la demande de soins, en se réfugiant dans l'idée de durabilité de la pléthore et en baissant trop longtemps le *numerus clausus*, on a laissé se créer une situation telle que la densité médicale va diminuer jusqu'en 2020 pour se retrouver à son niveau d'il y a vingt ans, avec des situations de pénurie dans certaines régions et pour certaines spécialités.

Pour tant, d'un point de vue technique ces phénomènes étaient prévisibles et avaient effectivement été prévus, sinon pris en compte. On peut aussi citer le cas des équipements d'imagerie médicale pour lesquels les décisions d'augmenter le parc ne sont intervenues que bien tardivement.

Quelques propositions peuvent être formulées pour le moyen terme.

L'horizon des décideurs, dans le domaine de la santé, s'étale sur une période de plusieurs années. De même que le volume et la répartition des ressources actuellement disponibles

reflètent les mesures prises dans le passé, de même les décisions adoptées aujourd'hui ne porteront la totalité de leurs fruits que dans quelques années.

En conséquence, l'estimation des besoins comme l'adaptation du financement et de l'offre de soins à ces besoins doivent autant que possible s'étendre au-delà du cadre annuel et porter sur une période de moyen, voire long terme. C'est seulement sur une durée de plusieurs années que l'on peut envisager la transformation qualitative de l'activité des différents professionnels, qui pourrait déboucher sur une meilleure productivité du secteur.

Comme les décisions doivent se prendre dans un climat où de nombreuses incertitudes demeurent, il apparaît indispensable d'enrichir en permanence les connaissances des décideurs sur les conséquences possibles des différentes dispositions qu'ils adoptent. Pour cela les expérimentations et leur évaluation sont vivement à encourager : il faut qu'elles se développent.

Quatrième partie **L'usager acteur du système de santé**

Associer davantage les malades, les usagers du système de santé et, plus généralement, les citoyens aux décisions de santé qui les concernent, est une idée qui fait son chemin. C'est le sens du projet de loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé, en discussion au Parlement, qui se propose de prendre en compte la forte demande de démocratie sanitaire exprimée lors des États généraux de la santé. Le cadre législatif ne constitue cependant qu'une condition, nécessaire mais insuffisante, à l'évolution des pratiques.

Nous devons poursuivre la construction du système de santé en tenant compte de l'immense bouleversement que notre société a vécu en moins de cinquante ans. Dans toutes les disciplines humaines, le problème est le même : quand il y a progrès, il est nécessaire d'adopter un nouveau comportement. Jamais dans l'histoire nous n'avons été confrontés à une aussi grande évolution en matière de connaissance scientifique sur l'efficacité : des médicaments, de la chirurgie, des moyens de diagnostic, de la procréation médicalement assistée, des greffes, des thérapies géniques et immunologiques, évolution à laquelle s'ajoute l'importance enfin reconnue de la parole, de la culture et de la vie psychique des personnes. Parallèlement à cette importante révolution scientifique et anthropologique, la diffusion des informations de sources diverses -- y compris par l'internet, et parfois sous forme de publicité mercantile -- mêle sans nuances le réel, le possible, l'illusoire, les vraies et les fausses craintes. Les progrès de la médecine, surmédiatisés, entraînent chez les usagers des exigences sécuritaires à risque zéro.

Le rapport s'est particulièrement intéressé aux conditions qui permettraient une meilleure implication de l'usager dans le système de santé. Cette participation devrait être conçue, idéalement, de façon à aboutir à une plus grande responsabilisation de l'individu face à sa santé et à la santé publique. Elle devrait permettre un renforcement de la relation de confiance entre les différents groupes d'acteurs porteurs d'intérêts divers (pouvoirs publics, professionnels, gestionnaires, usagers, industriels).

Le Haut Comité fait des propositions pour accroître la place du malade dans la co-décision diagnostique et thérapeutique, intégrer les usagers dans le fonctionnement des institutions sanitaires et sociales, faire participer le citoyen aux décisions de santé publique.

Dans toutes ces étapes, l'usager ne doit plus être seulement un patient mais un acteur à part entière.

Quatre actions paraissent prioritaires au HCSP pour donner une nouvelle impulsion à la participation des usagers au système de santé :

- Assurer la représentation des usagers dans toutes les instances qui interviennent dans le domaine de la santé et des soins ;
- Aider les professionnels de santé à mieux prendre en compte les attentes des malades et plus généralement des usagers ;
- Créer de nouveaux espaces de débat favorisant l'expression des usagers dans le domaine de la santé publique à différents niveaux, local, régional et national ;
- Donner les moyens (humains, financiers, techniques) à l'administration de la santé, au niveau national, régional et départemental, pour remplir ses missions dans ce domaine.

Cinquième partie **Analyse critique et prospective du système de santé**

L'organisation du système de santé fait l'objet de nombreuses interrogations depuis plusieurs années, alternant points de vue critiques et points de vue positifs, voire élogieux. Compte tenu de sa vocation et sans nier l'importance d'autres aspects, en particulier économiques, le Haut Comité de la santé publique a situé sa réflexion sur l'organisation du système de santé dans le cadre d'une approche de santé publique.

Depuis plusieurs années, des efforts indiscutables pour faire émerger une politique de santé basée sur des priorités de santé

Le premier rapport triennal du HCSP, la naissance des conférences de santé et des programmes de santé à la suite des ordonnances de 1996, la mise en œuvre des programmes d'accès à la prévention et aux soins (Praps) dans le cadre de la loi sur l'exclusion ou encore les différents plans d'action élaborés par le ministère de la Santé (sur le diabète, la nutrition, la douleur, le cancer, l'asthme, etc.) témoignent d'une utilisation beaucoup plus large de la démarche de santé publique et de la notion de priorité de santé.

Néanmoins dans la pratique, le concept de priorité reste encore flou tout comme les méthodes pour les élaborer puis les valider. À tous les niveaux également, les priorités se multiplient et l'articulation entre priorités nationales et régionales s'effectue de façon relativement disjointe sans véritable articulation. On peut enfin s'interroger sur l'impact de ces priorités sur l'orientation des enveloppes budgétaires, notamment l'Ondam. Mais il ne faut pas négliger l'exemplarité et la force symbolique d'opérations comme les programmes régionaux de santé.

Des stratégies de santé prenant inégalement en compte les déterminants de santé

En France, la conviction, socialement très largement partagée, est que le système de soins constitue le principal déterminant de la santé. Il est donc normal que la population, les élus ou les professionnels aient vu dans le développement de l'offre de soins et dans la suppression des obstacles à l'accès aux soins la stratégie majeure pour améliorer l'état de santé, collectivement ou individuellement. Lorsqu'on est malade, par exemple atteint d'un diabète de type II, il est très important d'être bien soigné sans différence sociale ou géographique. Mais chacun comprendra qu'il est encore plus intéressant d'éviter de devenir diabétique grâce à une meilleure maîtrise de certains facteurs de risque, par exemple la surcharge pondérale.

Ces stratégies en amont des soins sont encore trop peu développées en France, ce qui explique sans doute en partie nos résultats médiocres en termes de mortalité prématurée (avant 65 ans). En effet, nos possibilités de soins pour lutter contre les causes à l'origine de cette mortalité (cancer du poumon ou des voies aérodigestives supérieures, cirrhose du foie, accident de la circulation, suicide, infarctus, sida...) sont souvent limitées et pas toujours suffisantes pour restaurer la santé.

Des modalités d'organisation et de fonctionnement compliquées et pas toujours en phase avec la situation épidémiologique

L'organisation actuelle du système de santé se caractérise par une segmentation et une imbrication de plus en plus prononcées des compétences et des champs d'action. Au niveau national par exemple, le rôle et les compétences de l'État et de l'assurance maladie font constamment l'objet d'interprétations ou de redéfinitions. Au niveau régional, départemental ou local, les processus de décentralisation et de déconcentration, puis les ordonnances de 1996 ont abouti à multiplier les structures et les institutions intervenant sur un même champ, avec des logiques différentes soit hiérarchiques, soit contractuelles. D'où le développement de processus de coordination nécessaires pour dépasser les clivages et les phénomènes de compétition institutionnelle.

Si l'organisation actuelle rend difficile l'approche globale nécessaire pour faire face aux problèmes de santé, il faut également souligner le décalage existant entre les modalités actuelles de financement et les caractéristiques de la situation épidémiologique. La logique de l'annualité budgétaire ne correspond pas en effet aux besoins pluriannuels résultant de la prise en charge des personnes de plus en plus nombreuses atteintes de maladies chroniques.

Une prise en compte variable des questions de santé dans les processus démocratiques et participatifs

Réforme constitutionnelle et ordonnances de 1996 ont désormais permis d'impliquer le Parlement dans la détermination des équilibres macroéconomiques du système de santé. Au niveau régional, les conseils régionaux n'ont pas été concrètement investis de missions précises, mais nombre d'entre eux soutiennent des actions de santé ou commencent à le faire, notamment dans le cadre des contrats de plan. Les conseils généraux disposent de compétences, soit directement sur des sujets de santé comme en matière de protection maternelle et infantile, soit sur des aspects sociaux qui constituent des déterminants importants de la santé. Les communes sont également très impliquées en matière sociale mais également dans les problématiques d'hygiène du milieu.

Néanmoins, le champ de la santé est souvent perçu par ces différentes instances de façon réductrice, car limitée au système de soins. Les conséquences de leurs décisions sont rarement abordées dans leur dimension santé. L'impact écologique est ainsi souvent mieux appréhendé que l'impact santé.

Par ailleurs, si les malades et les usagers du système de santé voient leurs droits mieux reconnus, les espaces de débat collectif restent encore trop peu nombreux. Les États généraux, par leur ampleur, ont constitué une exception dans ce domaine. Les conférences de santé n'ont pas répondu complètement aux espoirs qu'avait suscité leur création. Les débats y restent encore souvent l'apanage de « spécialistes » compte tenu de leur cadre de fonctionnement.

Des évolutions pour faire face aux enjeux

L'organisation du système de santé peut encore être améliorée pour en accroître la performance et mieux faire face aux enjeux futurs. Il est nécessaire d'élargir les stratégies à notre disposition dans le cadre d'un *continuum* prévention-soins-réadaptation/réinsertion. Il ne s'agit pas de contester la nécessité du système de soins (il y aura toujours des personnes malades). Il s'agit de mieux prendre conscience de l'importance des autres déterminants de santé et de la plus grande efficacité dans certains cas d'autres stratégies que curatives. Comme la situation actuelle le montre clairement, cette évolution comporte une dimension culturelle très importante, aussi bien de la population, que des élus ou des professionnels.

Cette évolution prendra tout son sens si elle s'accompagne d'une simplification et d'une clarification de notre organisation permettant une meilleure utilisation des ressources humaines et matérielles dans le cadre d'une logique pluriannuelle de fonctionnement.

Avis sur les
orientations
stratégiques

Le paradoxe français

Pour son troisième rapport triennal, le Haut Comité de la santé publique a souhaité apporter, sous la forme d'un avis, une contribution positive et complémentaire aux bilans établis à son initiative par les cinq groupes de travail thématiques.

Après un rappel des constats sur les différents aspects de la situation actuelle, cet avis présente les enjeux et les objectifs de la politique de santé tels que les perçoivent les membres du HCSP dans le cadre d'une vision transversale et élargie.

Les résultats d'ensemble très positifs rendent d'autant moins acceptables certaines situations

Avec 78 ans d'espérance de vie à la naissance, la France se place loin devant de très nombreux pays au développement comparable dans le monde. L'espérance de vie à 65 ans est désormais très élevée : plus de 16 ans pour les hommes et 20 ans pour les femmes. Ces valeurs constituent des records dans l'Union européenne.

Au cours des dernières années, de nombreuses évolutions positives ont été enregistrées en matière d'état de santé et de fonctionnement du système de santé : la baisse de la consommation d'alcool s'est poursuivie, la mortalité cardio-vasculaire a continué à diminuer, la généralisation des trithérapies a permis de réduire la mortalité due au sida. Enfin, la mise en œuvre prochaine de la généralisation du dépistage de plusieurs cancers contribuera à de nouvelles avancées.

Par ailleurs, des améliorations significatives du fonctionnement du système de soins sont intervenues dernièrement. La lutte contre l'exclusion et les possibilités d'accès aux soins ont été renforcées avec l'introduction de la couverture maladie universelle (CMU) et les États généraux de la santé ont contribué de façon substantielle à promouvoir la démocratie sanitaire, que le projet de loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé se propose de renforcer.

L'effort financier consacré par les Français à leur santé (plus de 140 milliards d'euros en 2000) est important, puisqu'il correspond à 10 % du produit intérieur brut. Sur ce critère, la France se classe au 4e rang des pays de l'OCDE. Par ailleurs, l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) étant régulièrement dépassé, il est clair qu'il n'y a pas en France, dans les faits, et au sens strict, de limitation *a priori* des dépenses de santé.

Des situations paradoxales

Face à ces résultats excellents et aux moyens importants dévolus à la santé, certaines situations apparaissent paradoxales et même inacceptables : La France est ainsi, avec le Portugal, le pays où la mortalité avant 65 ans réduit le plus l'espérance de vie à la naissance. Cette mortalité avant 65 ans, qualifiée de « prématurée », est largement due à des causes relevant d'interventions en amont du système de soins : consommation excessive de tabac et d'alcool, accidents de la circulation, suicides, sida... Elle s'accompagne également d'inégalités de santé marquées entre sexes, entre catégories sociales ou encore entre régions.

La France se caractérise également par des taux de couverture vaccinale souvent peu satisfaisants, par exemple en matière de rougeole-oreillons-rubéole. Le taux d'interruption volontaire de grossesse est également élevé, témoignant d'une pratique insuffisante de la contraception. La France est aussi l'un des pays d'Europe où la consommation d'antibioti-

ques est particulièrement importante, avec une résistance des bactéries aux antibiotiques parmi les plus marquées.

Des stratégies et des modalités d'organisation devenues inadaptées

La politique de santé en France a longtemps été une politique de promotion de l'accès aux soins plutôt qu'une politique de promotion de la santé. Il est donc assez logique que les meilleurs résultats aient été obtenus pour les pathologies qui répondent le mieux aux soins (par exemple les maladies cardio-vasculaires) et les moins bons pour les problèmes de santé où les possibilités thérapeutiques sont moindres (cirrhose du foie, cancer du poumon, des voies aéro-digestives supérieures). C'est de ce décalage entre les déterminants de santé et l'effort essentiellement axé sur les soins que résultent sans doute en partie les fortes inégalités de santé observées en France, ainsi que le niveau élevé de la mortalité prématurée.

Parallèlement, les modalités de financement sont toujours dominées par la règle de l'annualité budgétaire répondant à une logique comptable. Or, aujourd'hui, les problèmes de santé sont dominés par les maladies chroniques qui impliquent une gestion du risque sur le long terme, fondée sur des programmes dont le financement doit être défini dans un cadre pluriannuel.

On ne peut pas enfin évoquer l'inadaptation des modes d'organisation du système de santé sans mentionner l'extraordinaire complexité et la segmentation de notre dispositif. Ce processus à la française se traduit aujourd'hui par une relative opacité et une importante perte d'efficience.

Les enjeux d'une politique de santé : objectifs à moyen terme

Faire face au vieillissement de la population et à l'accroissement de la longévité

L'accroissement démographique de la population très âgée conduit à s'interroger sur la nature et l'ampleur des besoins à satisfaire en matière de soins ou de prise en charge de la dépendance. Permettre au plus grand nombre de Français de vieillir en bonne santé repose sur des actions de soins, mais surtout de prévention conduites tout au long de la vie, y compris au cours de la vieillesse.

La prise en compte des conséquences des maladies devient une préoccupation majeure de toute politique de santé : Il faut s'efforcer de réduire la segmentation institutionnelle entre le « social » et le « sanitaire » pour renforcer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en aval des soins, en termes d'assistance, d'accompagnement, de soutien.

Par ailleurs, l'âge ne doit pas constituer un critère d'exclusion dans l'accès aux soins, ni un critère d'orientation *a priori* vers tel ou tel dispositif ou filière.

Réduire la mortalité prématurée et les inégalités de santé

C'est un objectif majeur de toute politique de santé en France.

Cependant, le renforcement considérable de l'offre de soins et de son accessibilité au cours des 25 dernières années n'a pas réduit de manière significative les inégalités de santé.

Réduire les inégalités de santé ne consiste en effet pas seulement à agir sur l'accès aux soins, mais à intervenir plus en amont sur les déterminants à l'origine des problèmes de santé considérés. Aujourd'hui, les inégalités en matière d'accès à la prévention, sociales ou géographiques, sont probablement plus importantes qu'en matière d'accès aux soins.

Une politique volontariste dans le domaine de la prévention, pour ne pas être simpliste ou réductrice, doit s'appuyer sur une compréhension approfondie des phénomènes conduisant certains groupes sociaux à adopter des comportements à risque. La réflexion en matière

d'inégalités de santé devrait notamment porter sur les représentations de la santé et de ses déterminants afin d'aboutir à des politiques plus opérationnelles et plus rationnelles

Réagir à l'évolution démographique des professionnels de santé

Actuellement, alors que le nombre global de médecins n'a jamais été aussi élevé dans notre pays, se posent déjà des problèmes d'ajustement par spécialité, lieu d'implantation ou type d'exercice.

Les projections démographiques montrent que le nombre de médecins, et plus globalement, de l'ensemble des professionnels de santé devrait diminuer d'ici une dizaine d'années, et ce, même en révisant à la hausse les *numerus clausus* d'accès aux différentes filières de formation.

Une utilisation plus efficace des ressources humaines nécessitera sans doute davantage de souplesse entre les différents statuts professionnels, sinon au niveau des personnes, du moins entre les structures, permettant une mutualisation des postes, sans nuire à l'intérêt des personnels.

Une des meilleures manières de faire face à la diminution relative du nombre de médecins restera cependant de favoriser les recours aux soins les plus appropriés possibles, et donc de chercher à améliorer globalement la « performance » du système de soins.

Prendre en compte les dynamiques territoriales

Le niveau régional a pris depuis quelques années un rôle de plus en plus important dans la régulation du système de santé français. Cependant, le fonctionnement actuel des institutions régionales qui ont été créées s'inscrit difficilement dans les enjeux de santé publique dont l'importance apparaît de plus en plus clairement, et la nécessité d'une coordination des actions de prévention et de soins implique également une coordination des institutions régionales.

La région ne constitue pas le seul espace géographique où s'expriment actuellement des dynamiques territoriales : les « pays », les « communautés de communes » se mettent en place, parfois très rapidement. Les politiques et les programmes de santé doivent s'inscrire dans ces nouvelles dynamiques.

Améliorer la performance du système de santé

Améliorer la performance du système de santé passe par une meilleure connaissance, à la fois par la population et par les professionnels, des stratégies employées, des ressources qui y sont consacrées et des résultats obtenus.

C'est notamment le cas aujourd'hui des différences constatées d'une région à l'autre. À quoi sont dus, par exemple, les écarts de mortalité ? Chaque région utilise-t-elle les moyens mis à sa disposition avec la même efficacité ? Il serait souhaitable de pouvoir distinguer avec plus de précision ce qui relève dans ces différences des déterminants sociaux, d'un manque de moyens ou d'une utilisation moins efficace des ressources disponibles localement.

Il faut donc encourager le développement d'*indicateurs de performance du système de santé* pour comparer la performance des régions entre elles ou entre d'autres unités géographiques *infra* régionales.

L'utilité et le service médical rendu doivent être davantage recherchés et pris en compte, autant par les patients que par les professionnels. Les consommations inutiles ou dangereuses devront être davantage évitées qu'aujourd'hui, et l'accès aux innovations véritables devra pouvoir s'effectuer beaucoup plus rapidement et équitablement.

D'une manière générale, la plus grande modification de comportements et de pratiques consistera pour chaque acteur du système de santé à se situer dans un continuum allant de

l'action sur les déterminants de la santé aux prises en charge en aval de soins. Cette recherche de la qualité fondée sur l'évitabilité ne pourra s'effectuer sans une meilleure prise en considération de l'avis de la population et de son degré de satisfaction, dans le cadre d'un élargissement du concept de « démocratie sanitaire ».

Favoriser l'appropriation culturelle et la démocratie

L'élaboration d'une politique de santé publique fondée d'abord sur des priorités de santé plus que sur des impératifs économiques nécessite une double légitimité, technique et sociale. Ceci implique que tous les points de vue soient abordés et discutés, mais aussi que chacun ait les moyens d'intervenir dans le débat.

La dimension culturelle est évidente : il faut que l'information circule et qu'elle soit accessible au plus grand nombre possible de personnes. Il ne peut pas y avoir de véritable débat démocratique sans une compréhension des enjeux de la situation actuelle. Or, de nombreuses informations ne sont connues que d'un petit nombre de spécialistes ou d'experts.

Après le renforcement des droits individuels des patients à accéder aux données médicales les concernant, il faudra définir un droit collectif de la population à la connaissance du niveau de son état de santé, des déterminants de cet état de santé et des inégalités dans ce domaine. Le droit à être informé sur les modalités de fonctionnement du système de santé devra aussi être reconnu. Dans tous les cas, l'information doit être fournie de façon adaptée et compréhensible par tous, et pas uniquement par les spécialistes et les professionnels.

Les enjeux d'une politique de santé : objectifs à court terme

La nécessité d'une remise à plat des modalités de fonctionnement et d'organisation de notre système de santé fait l'objet d'un accord de principe relativement unanime. Mais cette démarche est soumise à de nombreux aléas et demandera du temps. Le Haut Comité a voulu souligner que d'ores et déjà des mesures étaient réalisables ou engageables à court terme. Cinq séries de propositions ont été retenues.

Informers sur la situation et expliquer les enjeux

Mieux faire comprendre les diverses raisons qui justifient l'évolution du système de santé est une nécessité. Dans ce cadre, comme le prévoit la future loi sur les droits des patients et la qualité du système de santé, il s'agit de favoriser un débat public aussi rationnel que possible, mais aussi de mieux analyser l'impact potentiel sur la santé de toute décision publique, par exemple en matière de politique de transport.

Accorder plus de reconnaissance aux acteurs pour rétablir la confiance

Comme ils le disent actuellement avec force, les professionnels de santé ont le sentiment de ne plus être reconnus, ni compris. Ils estiment ne pas être associés comme il conviendrait aux décisions concernant l'organisation du système de santé. Pourtant, toute évolution du système de santé passe par une véritable reconnaissance de leur apport. Concrètement, l'amélioration de la situation suppose une meilleure compréhension réciproque du fonctionnement des institutions et des conditions d'exercice des professionnels. Il s'agit aussi d'imaginer de nouvelles procédures de communication interpersonnelle entre les professionnels. Il convient enfin d'aider les professionnels de santé et les usagers à acquérir une maîtrise plus complète des dossiers qui leur sont soumis dans les différentes instances où ils siègent désormais afin de se forger leur propre opinion pour faire valoir leur point de vue.

Simplifier les dispositifs et clarifier les responsabilités

La complexité de notre organisation est une source de pertes d'énergie importante et d'un gaspillage de ressources humaines. Dès maintenant, il est possible de limiter la redon-

dance des procédures, de favoriser les guichets uniques pour faciliter les démarches de nombreux porteurs de projets, souvent obligés de s'adresser à plusieurs administrations. Il serait également possible d'obtenir une meilleure mobilisation des ressources financières en mutualisant davantage les fonds et les lignes budgétaires gérés séparément par chaque institution. Enfin, l'État et l'Assurance maladie doivent stabiliser et régulariser le fonctionnement de leurs procédures.

Développer la logistique et mutualiser les ressources

Il n'est plus possible aujourd'hui de préconiser des politiques et des programmes ambitieux et d'accepter parallèlement que leur conception, leur organisation et leur gestion reposent autant sur la bonne volonté des acteurs, compte tenu de la relative faiblesse des moyens logistiques dont ils disposent. Il faut commencer par développer et harmoniser les systèmes d'information et d'évaluation. Il faut ensuite développer les capacités d'animation, de concertation et d'ingénierie de projet dans le cadre de pôles régionaux d'appui logistique. À l'instar des pépinières d'entreprises, on pourrait ainsi imaginer la mise en place de « pépinières de projet » partenariales qui puissent apporter à tout professionnel de santé le souhaitant une aide adaptée aussi bien dans la conception que dans la gestion.

Mais la mutualisation des ressources suppose aussi la mise en place de structures partagées dans le cadre de dispositifs juridiques innovants, qui puisse notamment permettre une réelle mobilité des professionnels entre secteur public et secteur privé, ou entre statuts de la fonction publique.

Anticiper

Nos capacités d'anticipation sont aujourd'hui trop peu développées de telle sorte que la résolution de nombreux problèmes s'effectue *a posteriori* alors même qu'il aurait été possible de prévenir leur survenue. Développer les procédures et les réseaux de vigilance pour mobiliser la connaissance des acteurs de terrain permettrait de limiter la fréquence de ces situations. De la même manière, la complexité des enjeux et des problématiques rend indispensable le développement d'une réflexion prospective interdisciplinaire. En effet, la capacité à imaginer le futur résulte d'une vision transversale permettant une synergie des points de vue.



**Haut Comité de la
Santé Publique**

**8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP**

téléphone **01 40 56 79 80**

télécopie **01 40 56 79 49**

internet **hcsp.ensp.fr**

HCSP *La santé en France 2002*.
Paris : 2002, 412 p., 16x24