SOCIETE FRANÇAISE DE STATISTIQUE

Les cafés de la statistique

"La statistique éclaire-t-elle les questions de société" ?

Soirée du 12 janvier 2010

« La santé »

Synthèse des débats [*]

La santé est à la fois une préoccupation pour chacun et un enjeu de société aux implications politiques majeures. Mais qu'est-ce que l'état de santé d'une population ? Pour le définir, quels critères (nationaux ou internationaux) retenir et quelles mesures en donne-t-on ?
Sur quelles informations les pouvoirs publics s'appuient-ils pour décider des contours et des évolutions souhaitables du système de soins, public ou privé et, plus généralement, pour définir une politique de santé (dépistages, vaccination, recherche médicale, médicaments, …) ?
Alors que le niveau d'information de la population en matière de santé ne cesse de croître, quelle communication et quels chiffres le gouvernement doit-il délivrer ?

Invitée :
Anne-Marie Brocas,
Directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques au ministère de la santé

Exposé introductif :

Pour son exposé, Anne-Marie Brocas s'appuie principalement sur un rapport publié chaque année par la DREES, qui suit les cent objectifs de la loi de santé publique de 2004 et dresse donc un panorama de l'état de santé de la population française. Ce rapport est le fruit d'une collaboration importante de nombreux producteurs d'information[1].

[*] Pour l'exposé liminaire, le présent texte est reformulé à partir des notes du secrétariat suivant le plan de l'orateur. En revanche, le contenu des échanges est structuré en quelques thèmes, sans suivre l'ordre chronologique. Par ailleurs, on a choisi de ne pas attribuer nominativement les propos échangés. Ceux-ci ont été reconstitués à partir des notes du secrétariat sans reprendre leur formulation détaillée. Lorsqu'un point est évoqué sous forme d'une question, ce qui vient ensuite ne retrace pas la seule réponse de l'invité, mais l'ensemble des contributions des participants.

[1] Outre la DREES : l'INVS, l'INSERM, l'IRDES, l'Assurance maladie, l'OFDT, l'INSEE, les agences sanitaires notamment…La liste complète se trouve dans le document Etudes et résultats de la DREES n°711 de décembre 2009 : « L'état de santé de la population en France en 2008 – Suivi des objectifs de la loi de santé publique » 8 pages

Mais d'abord, qu'est-ce que la santé d'une population ? Quelle conception préside à cet exercice de suivi ? Pour le savoir, on peut revenir aux déclarations du ministre de la santé de l'époque[2] devant l'Assemblée Nationale lors de la préparation de cette loi : « j'ai lancé la préparation d'une loi quinquennale de programmation en santé publique. Elle aura deux grands objectifs : d'une part prévenir la mortalité et la morbidité évitables, d'autre part préserver la qualité de vie des personnes en situation de maladies, de handicaps ou de dépendance ». Pour atteindre cet objectif général, la loi fixe cent « objectifs prioritaires de santé », en amont de toute attribution de moyens, ce qui ouvre la possibilité d'une démarche de suivi et d'évaluation. Cette conception de la santé[3] est plus large que la définition négative courante : « la santé c'est l'absence de maladie » ; elle associe le préventif au curatif, le sanitaire au social, elle pousse à s'intéresser aux déterminants des pathologies autant qu'à leur prise en charge. La nécessité de décloisonner les approches, fortement affirmée par le Haut Comité de Santé publique (HCSP) créé en 1991, était reprise à son compte par le Ministre.

Grandes caractéristiques de l'état de santé de la population française

La population française se caractérise d'abord par de bonnes données de mortalité. L'espérance de vie à la naissance y est de 77 ans ½ pour les hommes, dans la moyenne européenne, et de 84 ans ½ pour les femmes, au premier rang des pays européens. Les espérances de vie à 65 ans – 18 ans pour les hommes, 22 ans ½ pour les femmes – sont également parmi les plus élevées de l'Union européenne. Et l'augmentation de l'espérance de vie est continue, sans interruption, un gain de 2 ans ½ tous les dix ans ; elle concerne particulièrement les plus de 65 ans, avec un gain de 1,8 année tous les dix ans.

Un point noir subsiste dans ce tableau : c'est l'importance de la mortalité avant 65 ans, dite « mortalité prématurée ». En 2005, elle a représenté 110 000 des 500 000 décès en France. Elle est deux fois plus élevée pour les hommes que pour les femmes, et la plus élevée d'Europe, si l'on excepte les pays « nouveaux adhérents » de l'Est. Parmi ces morts « prématurées », on qualifie d' « évitables » les morts violentes[4], les décès consécutifs à des pathologies liées à l'alcool et au tabac, ainsi que les morts du SIDA. La proportion de décès évitables parmi les morts prématurées est estimée à 1/3 – 40% chez les hommes, 25% chez les femmes – c'est aussi la plus élevée d'Europe, toujours à l'exception des pays « nouveaux adhérents ». Cette caractéristique, qui explique largement l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes, traduit une tolérance élevée de la société française à l'égard des comportements risqués d'hommes jeunes.

Face à ce constat objectif, quelle est la perception des Français ? Que retenir des résultats qu'on obtient quand on les interroge directement sur leur état de santé personnel ? 70% des Français s'estiment « en bonne santé », les femmes ayant tendance à porter une appréciation sur leur propre santé plus pessimiste que les hommes, contrairement à ce que laissent attendre les indicateurs objectifs. Le pourcentage de ceux qui s'estiment en bonne santé décroît nettement au-delà de 65 ans du fait de l'augmentation des maladies chroniques avec l'âge, ce qui amène à se poser la question des incapacités. Si les incapacités sont de plus en plus fréquentes aux âges élevés, faut-il vraiment se réjouir des augmentations de l'espérance de vie à ces âges ? Les spécialistes ont établi un indicateur pour tenter de répondre à cette question : « l'espérance de vie sans incapacité » : sans ambiguïté, il y a bien un allongement de l'espérance de vie sans incapacité, parallèle à l'allongement général. L'étude porte sur le début des années 2000[5] : à cette époque, sur les 17 ans d'espérance de vie à 65 ans des hommes, 12 ans (en moyenne) étaient « sans limitation d'activité du fait d'incapacités » ; pour les femmes, sur 21 ans d'espérance de vie à 65 ans, 13 ans étaient « sans limitation d'activité du fait d'incapacités ». Au passage, on trouve sans doute là une part de l'explication des différences de perception entre hommes et femmes aux âges élevés : ces dernières sont plus touchées par les incapacités.

---

[2] Jean-François Mattei

[3] Qui rejoint la conception « large » de l'Organisation mondiale de la santé OMS.

[4] Y compris naturellement les suicides

[5] De ce fait, les données sur l'espérance de vie diffèrent un peu de celles du début du paragraphe, qui portent sur 2007.

De quoi meurt-on en France ? Quatre causes sont avancées pour expliquer près des ¾ des décès : les tumeurs (30% des décès), les maladies de l'appareil circulatoire (28%), les morts violentes (7%), les maladies de l'appareil respiratoire (7%). Ramenés aux effectifs de population et standardisés selon le sexe et l'âge, les taux de décès ont baissé de 35% entre 1980 et 2004 en moyenne sur l'ensemble des causes, la diminution étant beaucoup plus forte pour les maladies cardiovasculaires que pour les tumeurs. A signaler aussi que les morts violentes régressent fortement, surtout chez les femmes. Si l'on compare notre pays aux autres pays d'Europe, on note moins de décès dus aux maladies cardiovasculaires, et pour les tumeurs, moins de décès pour les femmes, mais plus pour les hommes : on retrouve là l'effet des « conduites à risque » concernant l'alcool et le tabac, ou dans certaines activités professionnelles. De même, le niveau des morts violentes et notamment des suicides est défavorable pour la France.

Les inégalités de santé sont fortes en France. C'est un constat ancien, qui perdure même si certains progrès sont réalisés en matière sociale ou territoriale. La loi de 2004 affiche des objectifs de réduction de ces inégalités, ce qui amène les statisticiens à regarder, pour tous les indicateurs, les distributions au-delà des moyennes. Ces inégalités sont avant tout sociales. Chacun a en tête les différences d'espérance de vie entre ouvriers et cadres : 7 ans pour les hommes (et ce chiffre a tendance à s'accroître), 3 ans pour les femmes (chiffre stable). La prise en compte des incapacités renforce cette inégalité : ceux qui ont l'espérance de vie la plus courte ont aussi le plus grand nombre d'années d'incapacité. Cet effet de la catégorie sociale, qui perdure après 60 ans, se constitue très tôt. Des enquêtes réalisées à intervalles réguliers en maternelle, puis à l'école primaire, puis au collège ont montré que c'est dès les âges les plus jeunes que se constitue ce « gradient social » très fort de l'état de santé selon le diplôme du chef de famille. Ces inégalités ont tendance à s'accroître sur certains marqueurs, comme le surpoids ou l'obésité des petits enfants. Paradoxalement, les campagnes de prévention qui promeuvent une alimentation plus saine, mieux reçues par les milieux aisés et éduqués, contribuent peut-être à un accroissement des inégalités ! Les inégalités sont aussi territoriales : on connaît depuis longtemps en France la situation défavorisée du Nord et du Nord-Est du pays. Pour une grande partie, ces inégalités territoriales sont corrélées aux inégalités sociales : mais il y a un « résidu spatial » important.

Quelles données de santé, pour qui, pour quoi faire ?

Le suivi et l'évaluation a trois destinataires : les décideurs politiques, les acteurs du système de santé, et le grand public.

Pour les décideurs politiques, le rassemblement extraordinaire de données réalisé pour suivre les objectifs de la loi de santé publique participe à un mouvement général de production de connaissances permettant de conduire des politiques mieux informées. Deux questions, dont le Haut conseil de santé publique s'est saisi en vue d'une loi future, restent largement à traiter. La première est la hiérarchisation des objectifs. Il y en a cent dans la loi de 2004, ils sont classés mais non hiérarchisés. Peut-être vaudrait-il mieux parler d'une meilleure articulation plutôt que d'une impossible hiérarchisation : ce qui manque c'est un « cadre stratégique » pour rendre plus visible la politique de santé publique et améliorer son efficacité, par exemple dans le domaine des inégalités de santé. La seconde question, c'est la prise en compte des objectifs dans l'allocation des ressources. C'était l'ambition affichée de la loi de 2004, qui se voulait une loi faisant le pendant des lois de financement de la sécurité sociale. En réalité, même s'il y a eu une volonté de se référer aux objectifs dans l'attribution des moyens – d'assurer ainsi une meilleure cohérence – une articulation explicite et organisée n'a pas pu être faite. Elle supposerait de quantifier le résultat des actions en faveur de la santé, et l'on n'échapperait pas à la nécessité de « valoriser » les années de vie gagnées. D'où la question de savoir s'il faut donner un « prix de la vie humaine » pour orienter les budgets de la santé.

Deuxième cible : *les acteurs du système de santé*. La loi de 2004 marquait une volonté de décloisonner entre les aspects de prévention et de soin du système de santé, autour d'objectifs communs. Ainsi, on reconnaît nettement que certains problèmes de santé ne peuvent pas être traités sans que la dimension sociale soit prise

en compte. On peut citer le « paradoxe contraceptif », c'est-à-dire le fait que le nombre des interruptions volontaires de grossesse reste stable alors même que la contraception progresse ; ou encore les difficultés de dépistage des cancers dans les milieux défavorisés. Or les cadres institutionnels restent encore très rigides, même si de grandes possibilités existent avec les jeunes médecins, qui ne se projettent pas dans le modèle individualiste d'exercice libéral ancien. Réussir ce décloisonnement sera un des enjeux de l'action des nouvelles Agences régionales de santé. A l'étranger, les données de santé jouent un rôle stratégique dans des entreprises similaires : par exemple, s'agissant des maladies chroniques, un « monitoring » des patients et des professionnels fournit une information très riche sur les pratiques de tous. Nous avons de gros progrès à accomplir.

Et *le grand public* ? La loi de 2004 est contemporaine de la loi sur le droit des malades à l'information (accès au dossier médical, etc.). Est-ce que les productions statistiques sur la santé ont un impact sur les comportements individuels ? Le dire serait présomptueux : mais par la diffusion de grands messages, elles contribuent à la prise de conscience collective. Il y a dix ou quinze ans, les mesures prises pour lutter contre les effets du tabac ou de l'alcool n'auraient pas été socialement acceptées. Cela dit, il reste difficile d'établir un lien entre les facteurs de risque collectivement mesurés et les situations individuelles : le rôle des acteurs du système de santé, y compris les associations de malades, est ici déterminant.

---

débat :

1 – *De la difficulté d'observer*

Plusieurs participants au débat ont fait état de leur perplexité face à certaines des statistiques citées par l'intervenante. Comment peut-on être assuré de leur comparabilité, dans le temps et entre pays ? Qu'appelle-t-on « mortalité évitable », est-ce qu'un cancer lié au tabagisme passif en fait partie ? Les « incapacités » des contemporains de plus de 85 ans sont-elles comparables à celles de nos aïeux de 75 ans ? Comment détermine-t-on les causes de décès, puisqu'il faut bien mourir un jour de quelque chose ? Les statistiques issues de perceptions subjectives ont été particulièrement mises en question, car la subjectivité varie dans le temps, dans l'espace, et selon les catégories sociales[6] : ne peut-on pour mesurer la « morbidité », c'est-à-dire la prévalence des maladies dans une population[7], recourir à des données objectives ?

A ces questions il a été proposé une série de réponses.

Tout d'abord, la statistique de santé comme celle de tout autre domaine repose nécessairement sur des conventions. La mortalité « évitable » est définie par une liste de causes de décès : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides, SIDA. La notion d'incapacité, elle, est codifiée dans une classification internationale, qui introduit plusieurs degrés : si les statistiques que l'on entend ici ou là diffèrent, ce peut être parce qu'elles ne se réfèrent pas toutes au même degré d'incapacité. C'est ce qui peut expliquer que certains évaluent à 1 an ou 2 ans la durée moyenne de la « perte d'autonomie » en fin de vie, alors que l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité est plutôt évalué à 7 ou 8 ans : dans le premier cas, il s'agit du degré le plus élevé des incapacités, « difficultés dans les activités de soins personnels », alors que

---

[6] Sur ce point précis, deux participants ont fait état de convictions opposées. Pour l'un, les personnes défavorisées socialement sont plus « indulgentes » pour leur santé que les personnes favorisées socialement, ce qui aboutit à minimiser les écarts de santé. Pour l'autre c'est le contraire : s'appuyant sur une étude concernant les zones urbaines sensibles (ZUS), elle soutient qu'à pathologie égale, la personne d'un niveau social moins favorisé se sent plus malade.

[7] Qu'on pense à des maladies anciennes – typhoïde, choléra – dont certaines ont réapparu récemment – tuberculose – ou à de nouvelles pathologies comme le SIDA.

dans le deuxième cas tous les degrés d'incapacité sont pris en compte, y compris les « problèmes fonctionnels physiques et sensoriels » et les « difficultés d'exercice d'activités générales ». En ce qui concerne les causes de décès, les classements se réfèrent à la « cause principale » déclarée par le médecin qui constate le décès ; celui-ci peut également déclarer des « causes associées». Les outils qui retracent ces conventions (nomenclatures, manuels) sont harmonisés au niveau international, et leur emploi est de plus en plus imposé. Par exemple, au niveau européen – la santé est une compétences communautaire depuis le traité de Maastricht – un règlement est en préparation pour que la prochaine enquête auprès des ménages sur la santé, prévue en 2012, fournisse des résultats qui soient le plus possible comparables entre les pays à partir d'un questionnaire unique, alors qu'antérieurement on fonctionnait par « gentlemen's agreement » entre Etats membres.

Il est vrai qu'il existe des données objectives sur la morbidité : mais elles posent aussi des problèmes. Ont été citées des données administratives comme celles issues du « PMSI » (programme de médicalisation des systèmes d'information) ; les données des « registres » (cancer, etc.) ; les déclarations obligatoires de certaines maladies ; les enquêtes avec examen de santé[8] développées dans le cadre du programme national éducation-santé ; ou encore des données collectées auprès de médecins libéraux[9]. Ces sources ne présentent pas toujours les qualités d'exhaustivité et d'homogénéité nécessaires pour établir des statistiques de prévalence des pathologies, et les suivre dans le temps. Par ailleurs, toutes les études ont montré que lorsqu'on dispose des deux types d'indicateurs, on constate une forte corrélation entre la morbidité « objective » ou la mortalité d'une part, et les indicateurs de santé perçue d'autre part : ce qui pousse à faire grand usage de ces derniers, dont le recueil est moins coûteux.

A propos du système d'observation statistique de la santé, un participant se demande s'il n'est pas exagérément focalisé sur « les problèmes de l'heure » au détriment de vues de long terme. Qui s'occupe de mettre en évidence les évolutions séculaires ?

2 – *De quelques problèmes de santé*

Au fil de la soirée, quelques questions particulières ont pu être évoquées.

Ainsi, des participants se sont étonnés qu'on puisse recommander dans une campagne de santé publique de « manger cinq fruits et légumes par jour ». Qu'est-ce que cela veut dire ? N'est-ce pas hors de portée financièrement des plus défavorisés ? Interrogations justifiées ! Il semble qu'il faille comprendre « portions de fruits et légumes », et 60% des adultes seraient en deçà du seuil. Certaines études étrangères ont remis en cause des mesures de limitation du sel, du sucre ou des matières grasses dans l'alimentation, parce que ce sont par ailleurs des conservateurs des aliments : de telles mesures pourraient en effet sanctionner des ménages peu favorisés, ne disposant pas des ressources permettant de consommer des aliments frais. Peut-être une telle campagne témoigne-t-elle de la distance qui s'introduit entre les résultats des études scientifiques – ici, de diététique – et les messages destinés au grand public, visant à promouvoir une idée générale dans des termes qui ne doivent pas être pris « à la lettre ».

Une autre participante souhaite qu'on approfondisse le « paradoxe contraceptif » (cf. ci-dessus page 3). On constate actuellement (en 2007) en France plus de 200 000 IVG par an, soit environ 15 pour mille femmes de 15 à 49 ans, chiffre proche de celui des années 1970 (250 000). La part des IVG médicamenteuses a considérablement augmenté et atteint 25%. Le recours à la « pilule du lendemain » s'est développé. Pour tenter d'expliquer l'ensemble de ces faits, la DREES a conduit l'an dernier une enquête auprès des établissements concernés et des femmes ayant eu recours à l'IVG : les résultats sont attendus en 2010. Une explication possible du paradoxe fait appel à la prise en compte du « cycle de vie » dans l'usage des formes de

[8] Et donc complexes et coûteuses

[9] Enquête « IMS-Santé ». Et d'autre part, projet CNAM-IRDES « Prosper » de panel de malades et de médecins comportant un appariement avec des données administratives sur les remboursements de sécurité sociale.

contraception. Les plus jeunes, par crainte des maladies sexuellement transmissibles, utilisent principalement le préservatif, dont les échecs entraînent des IVG ; les femmes plus âgées ont de plus en plus recours à la pilule, et plus tard au stérilet, pour choisir le moment de leur fécondité sans que cela entraîne de modification de la fréquence des avortements à ces âges.

La santé des petits enfants mérite un suivi particulier. La DREES mène régulièrement des enquêtes auprès des élèves de grande section de maternelle, de CM2 et de 3°. L'enquête de 2005[10] menée auprès d'enfants scolarisés en CM2 a montré, tant pour la surcharge pondérale, que pour les maladies bucco-dentaires, des pourcentages globaux d'enfants touchés restés stables depuis l'enquête précédente (2002), mais les écarts entre catégories s'étaient accrus au détriment des enfants de père ouvrier.

3 – *Quels sont les déterminants de la santé publique* ?

Au-delà des constats, comment expliquer les progrès de l'espérance de vie ou au contraire les inégalités qui demeurent en matière de santé ? Que doit-on attribuer à la médecine, à la pharmacie, à l'hygiène, au confort du logement, etc. ? A plusieurs reprises la discussion a porté sur cette recherche des causalités.

L'élévation du niveau de vie général est souvent invoquée comme facteur d'allongement de l'espérance de vie. Sans l'exclure, plusieurs participants ont cité le travail de Brigitte Dormont, chercheuse au CEPREMAP, sur les pathologies cardiovasculaires, qui conclut à l'efficacité des moyens engagés pour soigner les personnes âgées en particulier. Ont été cités aussi des travaux américains sur ces mêmes pathologies qui ont quantifié les années de vie gagnées du fait des soins et des progrès des techniques médicales. En complément, il faudrait certainement mieux savoir faire le partage entre l'effet du volume des soins et des produits, et l'effet de leur seule existence. Un participant fait remarquer qu'il ne faut pas confondre l'efficacité individuelle d'une thérapeutique, et son effet sur l'état de santé de la population en général.

Pour certains, il faudrait prendre beaucoup plus en considération les facteurs sociaux et environnementaux, et notamment la protection sociale, ainsi que les conditions qui prévalent dans le monde du travail : à leur avis, les accidents du travail et les maladies professionnelles sont insuffisamment pris en compte dans le constat, et donc le facteur travail est sous-estimé parmi les causes. A cela il est répondu que parmi les 100 objectifs de la loi de 2004, figurent bien la réduction des accidents du travail et la prévention de maladies professionnelles, ainsi que des objectifs environnementaux relatifs à la pollution atmosphérique, la qualité de l'eau, l'exposition à des substances toxiques[11]. L'impact du système de protection sociale est reconnu : des tickets modérateurs trop élevés entraînent des renoncements aux soins, préjudiciables pour la santé. L'égalité dans la couverture sociale est un facteur important de qualité du système de santé.

Un participant rappelle que lorsqu'on a étudié les disparités territoriales dans les opérations de l'appendicite, on a remarqué une corrélation troublante avec les effectifs de chirurgiens[12]. Le corps médical n'a-t-il pas la possibilité dans une certaine mesure de « créer sa propre demande », et ceci n'est-il pas susceptible de fausser les constats ? A rebours de cette opinion, il est fait état d'un résultat concernant la pratique en hôpital : une fois tenu compte des caractéristiques de la population concernée (sexe, âge, état de santé général) on ne trouve plus guère de disparités territoriales dans le recours aux soins hospitaliers, sachant que ce résultat est obtenu en partie grâce à des déplacements pour rejoindre l'établissement de soins : déplacements nombreux,

---

[10] Enquête de 2005, publiée en 2008 (http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er632.pdf), la précédente étant de 2002

[11] Un prochain bilan de 8 objectifs liés à l'environnement dressé par le Haut conseil de la santé publique fera état de progrès perceptibles sur 5 indicateurs – pollution atmosphérique urbaine et pollution industrielle, saturnisme infantile, intoxication au monoxyde de carbone, risque de légionellose – et de difficultés persistantes sur trois autres – exposition au radon, pesticides, bruit.

[12] Corrélation soulignée en son temps par Jean de Kervasdoué

à des distances pas très grandes. Le constat est différent pour la médecine de ville : il y a effectivement des inégalités dans le recours, corrélées avec la densité de médecins généralistes.

Le rôle explicatif du « spatial », des territoires, a fait l'objet de plusieurs interventions. Il faut faire très attention au choix du découpage géographique que l'on utilise : parmi les régions, l'Ile-de-France est très bien située, mais si l'on utilise l'échelon départemental, la situation inquiétante de la Seine Saint-Denis apparaît. La DREES est fortement sollicitée sur le thème du recours aux soins en fonction de la distance aux services de santé (plus exactement du temps nécessaire pour y accéder). Elle développe des travaux pour identifier des zones difficiles, en s'évadant autant que possible des découpages administratifs. Dans un contexte d'urbanisation, le problème « faut-il favoriser le maintien des médecins dans certaines zones ? » est épineux et ne peut se résoudre seulement en confrontant des projections[13] de population et des projections d'effectifs de médecins.

4 – *De l'action publique*

Mettre cent objectifs dans la loi de 2004, n'est-ce pas équivalent à n'en mettre aucun ? Certains ont pensé cela, et appelé à une plus grande sélectivité. D'autres ont rappelé qu'il s'agit d'un champ vaste et hétérogène, allant de la sécurité routière au suivi des diabétiques : on ne peut pas abandonner complètement un domaine au profit d'un autre, jugé à un moment prioritaire. C'est pourquoi formuler cent objectifs dans une loi – la première du genre depuis 1902 – a été considéré comme un grand progrès, par exemple par le Haut conseil de la santé publique : cela fixe des repères, sert de boussole pour la conduite de multiples actions. A signaler aussi l'intervention personnelle de Présidents de la République pour annoncer des objectifs : Jacques Chirac sur les accidents de la route, les cancers ; Nicolas Sarkozy sur la maladie d'Alzheimer. Ces interventions ne contribuent pas forcément à la cohérence d'ensemble.

Certains aspects des politiques récentes ont fait débat.

Quel bilan tire-t-on de l'instauration du « médecin traitant », intermédiaire obligatoire pour accéder aux spécialistes ? Dans le cas des recours ponctuels, il est facile de distinguer si le patient s'est adressé directement au spécialiste, ou s'il lui a été envoyé par son médecin traitant. Dans le cas des maladies chroniques, la distinction devient moins claire, ce qui rend cette question plus difficile à étudier. Il semble bien que ce soient plutôt les gens jeunes à bon niveau de revenus qui soient prêts à payer des pénalités pour « contourner » le médecin traitant.

Peut-on réellement affirmer que l'on progresse en France vers un décloisonnement des différentes parties du système de santé ? Le redéploiement financier au profit du secteur médico-social en témoigne : des « réseaux de prise en charge » ont émergé. Une organisation plus collective de l'exercice de la médecine est une condition pour que puissent se développer de grandes politiques de santé publique ; l'évolution des aspirations des jeunes générations de médecins, plus favorables à des modes d'exercice en groupe ou comme salariés dans des structures, peut y contribuer. Cependant, un participant conteste que le fonctionnement actuel soit responsable des mauvais résultats du bilan, qu'il attribue aux comportements des intéressés (surmortalité des jeunes hommes) ; pour lui, ce fonctionnement n'est « pas si mauvais ». Pour un autre, nous avons « le meilleur système de santé du monde »…

Plusieurs sont intervenus pour regretter l'absence de réelle programmation des moyens publics en faveur de la santé. En 2004, J.F. Mattei voulait une loi de programmation, comportant des plans stratégiques, mais il ne l'a pas obtenue. Dispose-t-on de perspectives sur l'évolution future des maladies, au moins certaines d'entre

[13] Là où une "prévision" consiste à affirmer quelque chose sur le futur, une "projection" consiste à prolonger les tendances passées : pas toutefois forcément de manière simple et mécanique, mais en tenant compte des liaisons entre diverses variables et aussi en explorant l'effet d'événements ou de décisions hypothétiques. La projection dit donc : SI les choses continuaient comme maintenant (ou, SI l'on faisait telle chose) voici ce qui arriverait.

elles ? Pour un participant, l'évolution des besoins dans certains domaines est facilement prévisible : il cite en exemple les opérations de la cataracte, dont le nombre est lié à celui de la population âgée, bien prévue par les démographes. Pourquoi ne pas anticiper correctement les moyens humains et techniques nécessaires, au lieu de laisser s'installer des files d'attente ou de voir se saturer les services d'urgence avant de réagir ? Pour cet intervenant, cela ne peut s'expliquer que par la perte de prestige de toute planification, injustement étendue selon lui à une telle programmation. A cela il est répondu en soulignant les difficultés de l'exercice prévisionnel, tant pour les maladies que pour les traitements, dans un contexte où les techniques sont en perpétuel et rapide renouvellement : nul ne sait comment on traitera les cataractes dans quinze ans. En pratique, les problèmes de délais d'attente ne sont pas parmi les problèmes majeurs en France, même s'il y a des exceptions[14]. D'ailleurs, la santé en France est un des rares secteurs où subsiste de la planification, avec les « SROS » – schémas régionaux d'organisation sanitaire. Ceux-ci se heurtent à une difficulté conceptuelle : le besoin de santé ne préexiste pas, il n'existe que pour autant qu'existe une réponse. La carte sanitaire, très séduisante en principe, était en réalité fondée sur une simple reproduction de l'existant, puisque le besoin de santé était déduit de la consommation médicale par tête observée antérieurement. Il nous faut assumer le fait que la planification ne peut qu'être indicative, servir à éclairer le jeu des acteurs – rôle qu'elle joue peu aujourd'hui. Il faut laisser l'offre émerger et se déterminer en fonction d'une demande captée à un niveau très décentralisé. Dans ces conditions, au contraire d'une planification ou d'une programmation rigides, c'est un assouplissement des systèmes qu'il faut rechercher, de façon qu'ils puissent s'adapter en permanence aux conditions nouvelles. Une des grandes difficultés vient de ce que nous avons eu tendance à tourner le dos à la polyvalence, qui donne aux « offreurs » une capacité à se reconvertir en tant que de besoin. L'évolution spontanée ne va pas dans le bon sens : la possibilité qui existait pour les spécialistes de pratiquer la médecine générale a disparu ; les études médicales ne cessent de s'allonger et de se spécialiser, et on y pratique la « filiarisation », qui nécessite de dire dès aujourd'hui combien on va former de chirurgiens pour dans quinze ans. Mais qui peut savoir quel sera le besoin ?

5 – *Questions d'éthique*

Un participant se demande si la puissance publique ne risque pas d'aller trop loin dans ses efforts pour éliminer les conduites « à risque » susceptibles de faire baisser l'espérance de vie : où s'arrêtent les droits de l'Etat face aux libertés des individus quant à la conduite de leur existence ? N'est-il plus loisible de choisir une vie ardente mais courte de préférence à une vie longue mais obscure ? A cela il est répondu que les conduites à risque ont souvent des effets sur autrui autant que sur soi-même, des « externalités », et qu'il existe des valeurs collectives. Il y a bien à l'heure actuelle une tension entre des approches qui privilégient les déterminants sociaux et des approches plus individualistes, voire « culpabilisantes ».

L'éventualité de « valoriser la vie humaine » pour asseoir des calculs de type « coût-avantage » et donc pour aider à mettre des priorités entre les actions publiques en faveur de la santé effraie certains participants, qui vont jusqu'à évoquer l'extermination des plus âgés ou des moins « utiles », sachant que « ce qui coûte cher, c'est la dernière année de la vie »[15]. Des pays anglo-saxons (Royaume-Uni, Etats-Unis) poussent assez loin la prise en compte des « durées de vie gagnées » pour hiérarchiser des traitements ou des politiques. On ne voit guère d'autre voie si on veut clarifier les choix budgétaires : plus que le principe, c'est la manière de mener ces évaluations qui doit être soumise à un contrôle éthique strict.

[14] Ou des pratiques par lesquelles le passage en clientèle privée, coûteux pour le patient, accélère le traitement.

[15] La CNAMTS va réactualiser les calculs visant à quantifier le coût des soins pendant la dernière année de la vie