

La prospective : un impératif stratégique pour renforcer la santé publique

Didier Tabuteau

Conseiller d'État, responsable de la chaire Santé de l'Institut d'études politiques de Paris et codirecteur de l'Institut droit et santé (université Paris-Descartes-Inserm UMR-S 1145)

À l'occasion du soixantième anniversaire de la Direction générale de la santé le 11 octobre 2016, Didier Tabuteau a évoqué les enjeux de la prospective pour cette direction qu'il connaît depuis près de trente ans.

L'anniversaire de la direction d'administration centrale chargée de la santé, la DGS, a été l'occasion d'évoquer les enjeux de la prospective, une fonction administrative cruciale et, pourtant, trop souvent délaissée. Pour parler de prospective, il est nécessaire de commencer par parler d'histoire. On ne peut se projeter dans l'avenir sans s'inscrire dans un mouvement, une dynamique qui s'enracine dans le passé. Que nous apprennent à cet égard les « archives » de l'hygiène publique ?

La DGS peut être regardée comme un traceur de l'histoire de la santé publique dans notre pays¹. Ses origines sont plus que centenaires. Dès 1886, une proposition de loi concernant l'organisation de l'administration de la santé publique a été déposée²! Un éditorial du *Concours médical* plaidait en sa faveur : « Nous avons plus d'une fois insisté sur les avantages que présenterait la création d'un ministère ou d'une direction de la santé publique autonome. [...] C'est uniquement par leurs réformes dans la législation et surtout dans l'administration sanitaire, que l'Allemagne, l'Angleterre, etc., sont parvenues à diminuer leur mortalité; il est urgent que nous imitions leur exemple pour le plus grand profit de notre nationalité. »³

1. Murard L., Zylberman P. L'Hygiène dans la République. Fayard, 1996; Jorland G. Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle. Gallimard, 2010.
2. Le Concours médical, 1886 : p. 353.
3. Le Concours médical, 1886 : p. 349.

Le premier ministre de l'Hygiène publique n'a pourtant vu le jour qu'en janvier 1920, après la crise sanitaire de la grippe espagnole, avec à sa tête Jules-Louis Breton, mais il a été supprimé quatre ans plus tard... Du fait de cette histoire chaotique de la santé publique en France⁴, la DGS tient une place centrale et paradoxale.

Elle est essentielle pour la population puisqu'elle est en charge de sa santé. Cette santé si difficile à définir, comme le rappelait en 1884 le Dr Perron, dans une définition qui vaut bien celle de l'OMS : « En effet, qu'est-ce que la santé ? Ce n'est pas seulement l'intégrité et le bon fonctionnement des organes, c'est le plein exercice de la vie tout entière. Or, la vie de l'homme n'est pas que végétative ou organique; elle est aussi passionnelle et raisonnable, c'est-à-dire faite de sensations et d'activité morale. Comme il y a des maladies organiques, il y a des maladies mentales; des désordres psychiques aussi bien que des désordres matériels. »⁵

C'est aussi une direction parfois malaimée, notamment des professionnels de santé. Charles de Montalembert défendait, en 1847, la liberté de l'exercice de la médecine et accusait déjà le gouvernement « d'être pris de la manie de tout réglementer, de vouloir se constituer le gardien, le propriétaire de la

4. Tabuteau D. Démocratie sanitaire. Les Nouveaux Défis de la politique de santé. Editions Odile Jacob, 2013.
5. Dr Perron. De l'honnêteté professionnelle. Le Concours médical, 16 août 1884 : p. 486.

santé». Quant au Dr Hervouet, il s'indignait, en 1894, du rôle dévolu aux médecins à propos de la lutte contre l'épidémie de variole : « *Le sort en est jeté : nous voici définitivement contraints d'accepter le rôle modeste et ingrat d'intermédiaires entre l'État, gardien suprême de la santé publique, et le bon public qui aimerait mieux être moins protégé!* »⁶

C'est dans ce contexte historique d'une société réticente, pour ne pas dire rebelle, au développement de la santé publique que la Direction générale de la santé est progressivement parvenue à trouver sa place. Elle symbolise aujourd'hui, sur le champ de la santé, le service public avec un S et un P majuscules, les mêmes initiales d'ailleurs que la santé publique !

Voici maintenant quelques réflexions personnelles sur l'élaboration de la politique de santé et le rôle de la prospective. Concevoir une politique de santé est un exercice d'une extrême difficulté. Il repose sur trois piliers : la connaissance de l'histoire, la maîtrise du présent et la projection dans l'avenir. Et bien souvent la maîtrise du présent est si complexe et rude qu'elle relègue au second plan la connaissance de l'histoire et la projection dans l'avenir. Pourtant, ces deux piliers sont d'autant plus indispensables que la santé publique est inscrite, beaucoup plus que la plupart des actions publiques, dans le temps long.

L'effet des politiques de prévention ne peut bien souvent se mesurer que des années, voire des décennies après leur mise en œuvre. C'est également à cette échelle de temps que s'apprécient souvent l'adaptation des comportements socioculturels comme les évolutions épidémiologiques et démographiques. De même, les décisions sur la formation des médecins ou la restructuration des hôpitaux ne se traduisent dans les faits que cinq, dix ou quinze ans plus tard. Dans un autre domaine, le développement des droits des malades dans le système de santé, plus d'une décennie s'est écoulée entre la première communication en Conseil des ministres de 1989 annonçant l'intention du gouvernement de présenter un projet de loi sur les droits des malades et la publication au Journal officiel de la loi du 4 mars 2002. Entre-temps, il y a eu une seconde communication en Conseil des

6. Le Concours médical, 20 janvier 1894 : p. 26.

ministres en 1993, et les États généraux de la santé en 1998...

Quelques problématiques de la prospective

Le projet stratégique de la DGS de 2016 fait de la prospective l'une de ses trois ambitions : « *anticiper et se préparer à ce qui va influencer durablement la santé de la population* ». Il faut donc évoquer quelques problématiques qui doivent être prises en compte pour mener à bien une telle réflexion et action administrative.

La première est celle de la relative rareté et de la spécialisation des travaux disponibles. On dispose bien évidemment de remarquables recherches en matière de prospective épidémiologique ou démographique, qu'il s'agisse des productions de l'Ined, de l'Inserm, de l'OMS ou de nombreux autres centres d'études de recherche. De même, la réflexion peut s'appuyer sur les analyses de prospective économique de l'Insee, de l'OCDE, de la Banque mondiale et des multiples organismes qui interviennent en ce domaine. La prospective thérapeutique est également très nourrie, qu'elle émane des équipes de recherche médicale ou d'analystes financiers soucieux d'identifier les innovations aux répercussions économiques déterminantes. Enfin, des rapports administratifs interviennent de temps à autre pour éclairer l'avenir. Des commissions du Commissariat général au plan aux études de France Stratégie, les analyses prospectives comportent souvent un volet dédié à la santé. Des travaux spécifiques sont également consacrés à la santé ou à l'assurance maladie, comme le rapport sur la santé de 2010, le rapport de Yannick Moreau de 1992, le livre blanc sur le système de santé de l'Assurance maladie de 1994 ou encore le rapport sur les schémas de services collectifs sanitaires stratégiques de 1999.

Il reste que ces travaux plus globaux, prenant en compte les composantes politiques, psychologiques, sociales et non seulement les projections médicales, démographiques ou économiques, sont relativement rares. Or les dimensions qualitatives, sociologiques et culturelles sont déterminantes pour l'analyse des politiques de santé et des évolutions du système de santé. La méthodologie de la prospective en santé est sans doute à affiner et même, dans certains domaines, à concevoir.

Les questions de prospective en santé posent en effet, de manière particulièrement aiguë, la délicate question de la conciliation de la « tectonique » et de la « sismologie »⁷. Il faut parvenir à combiner la « tectonique », les mouvements lourds, les dérives de « continents sanitaires » où l'on peut prolonger les tendances avec une bonne probabilité, et puis les facteurs « sismologiques », les accidents, les éruptions, les ruptures au sens de Patrick Lagadec⁸, qui viennent bousculer les schémas et peuvent profondément altérer les évolutions. La conciliation des deux est extraordinairement difficile. Elle ne peut être qu'empirique, résulter de la confrontation des points de vue de ceux qui font de la prospective médicale, démographique ou économique, et de personnes qui travaillent sur les mouvements de la société, analysent des événements ou des évolutions qui ne sont pas encore quantifiables ou qui sont mal quantifiées ou mal appréhendées par les modèles sociaux dont nous disposons.

Or dans l'histoire du système de santé, ces ruptures ont joué un rôle considérable. La « sismologie » a été au moins aussi importante que la « tectonique ». Les grandes épidémies ont bouleversé les sociétés. Les premiers règlements sanitaires de Florence, Gênes ou Venise tentaient d'endiguer la peste au XIV^e siècle. Le choléra puis la tuberculose ont imposé les politiques hygiénistes au XIX^e siècle. Quant à la pandémie de sida, elle a, comme l'a rappelé Thomas Sannié⁹, induit une transformation sans précédent du système de santé français. Les révolutions médicales ont également provoqué des ruptures dans les systèmes et les politiques de santé. Il suffit de songer aux transformations liées à l'anesthésie, à la vaccination, aux antibiotiques ou, plus récemment à la génétique.

Enfin, comment ne pas évoquer les bouleversements résultant des mutations de la demande sociale et des transformations politiques, à commencer par celles consécutives à l'apparition des assurances sociales en 1928 et, plus encore, à la création de la Sécurité sociale en 1945 ?

7. Tabuteau D. (dir). Rapport 2008. Office de prospective en santé, Presses de Sciences Po-Éditions de santé, 2008.

8. Lagadec P. Ruptures créatrices. Éditions d'organisation, Les Echos Éditions, 2000.

9. Thomas Sannié est président de l'Association française des hémophiles (AFH).

Lorsque la DGS a vu le jour en 1956, la consommation de soins et biens médicaux en France représentait 3,2 % de la richesse nationale consacrée aux soins ; le ratio est aujourd'hui de 8,9 % ou 9 %. Qui aurait dit en 1956 que la France, qui comptait moins de 40 000 médecins, en aurait 215 000 soixante ans plus tard ? C'est un changement complet de paradigme qui a été induit par les progrès de la médecine mais également par la socialisation du financement de la santé.

La prospective en santé invite donc à combiner l'analyse déductive fondée sur des modèles et des projections – la prolongation des tendances grâce à un arsenal statistique – et l'analyse qualitative ou imaginative fondée sur des clés d'entrée ou des scénarios – l'identification des ruptures et des changements structuraux. Elle suppose ainsi la prise en compte de quatre champs de réflexion majeurs : les facteurs épidémiologiques, les progrès médicaux, les mutations de la demande sociale et les tendances économiques.

Quelques défis pour la prospective en santé

Le vieillissement de la population est aujourd'hui au cœur des interrogations sur l'évolution du système de santé, la structuration des parcours de santé, la formation des professionnels, le financement de l'Assurance maladie... Or il faut sans doute également s'interroger sur l'impact du vieillissement sur le contrat implicite mais fondamental sur lequel est fondé l'Assurance maladie aujourd'hui en France. La concentration de dépenses de santé sur les derniers âges de la vie est le témoignage des réussites d'un système de santé qui repousse les pathologies et parvient à rendre chroniques des maladies jusqu'alors mortelles à court terme. Ce pacte des générations pour la protection de la santé ne doit pas être remis en cause par les succès qu'il remporte. Une réflexion prospective sur la logique de la protection sociale contre la maladie relève ainsi plus de la philosophie politique et sociale que de l'analyse économique.

Deuxième exemple : les transformations des métiers de la santé et du social. L'observateur ne peut qu'être frappé par la multiplicité des initiatives en ce domaine. Depuis le début des années 2000, on ne cesse d'évoquer les délégations de tâches, les délégations de compétences, les coopé-

rations interprofessionnelles, les pratiques avancées... Les incessantes fluctuations de la sémantique témoignent d'ailleurs des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des réformes. Mais il est aujourd'hui patent que le rôle des professionnels ne pourra qu'évoluer profondément au cours des prochaines décennies. La prospective doit aider à dépasser les actuelles frontières professionnelles, non seulement dans une optique de redistribution des compétences et des fonctions entre les professions existantes mais également dans le souci de favoriser l'émergence de nouvelles professions aux côtés des professions soignantes. Il est très vraisemblable que, dans dix ou vingt ans, des « ingénieurs du vivant » ou des « informaticiens du vivant » contribueront au fonctionnement du système de santé, sans pour autant avoir vocation à exercer des fonctions cliniques.

Troisième exemple : l'impact de l'anticipation thérapeutique sur l'organisation du système de santé. La médecine prédictive et la médecine « préemptive » pourraient remettre en cause la relation que chacun de nous a avec le système de santé. Si l'on peut identifier, de manière probabiliste ou par l'analyse de marqueurs biologiques, le développement de pathologies plusieurs années avant l'expression de leurs signes cliniques, le champ d'intervention du système de santé connaîtra une expansion sans précédent. Ces bouleversements devraient également avoir des conséquences sur l'Assurance maladie, qu'il est impérieux d'anticiper. Une telle révolution médicale pourrait en effet remettre en cause le « voile d'ignorance », pour adapter la notion philosophique de John Rawls, sur lequel repose le système de protection sociale contre la maladie. La prospective peut également contribuer à préserver les solidarités fondamentales du pacte social...

Quatrième exemple : la médecine de la performance. Les nouvelles possibilités offertes par la médecine mais également par les nouvelles technologies (nanotechnologies, biotechnologies, informatique et sciences cognitives [NBIC]) ne risquent-elles pas de faire émerger un domaine médical qui n'aurait plus pour ambition de rétablir l'état de santé altéré par une maladie ou un accident, mais d'accroître les « performances » de l'individu qui y recourt. Au point de faire apparaître le

dopage sportif, contre lequel nous luttons aujourd'hui, comme le signe avant-coureur d'une société de la « surperformance » réalisant le mythe de l'« homme augmenté » ? La question est suffisamment lourde de conséquences pour que des exercices de prospective réunissant des philosophes, des sociologues, des anthropologues, des juristes, des économistes, des médecins, des représentants des usagers du système de santé... y soient consacrés.

Dernier exemple : l'adaptation du système de santé à la génération Y. Les réflexions sur le développement des données de santé, leur utilisation, leur diffusion et leur intégration dans toutes les activités du système de santé sont florissantes, à la mesure des marchés économiques que ces bouleversements annoncent. Les analyses détaillent, souvent avec enthousiasme, les conséquences sur la gestion hospitalière, sur le suivi des patients par les objets connectés, sur la mise à disposition de logiciels sophistiqués, voire de dispositifs d'intelligence artificielle, sur l'interconnexion des systèmes d'information... autant de champs pour la réflexion prospective. Mais le plus difficile est sans doute de projeter dans l'avenir les comportements des nouvelles générations, les modifications d'approches qui vont en résulter et qui peuvent rendre caduques les réflexions que nous conduisons actuellement sur ces thèmes¹⁰. Là encore la prospective de rupture apparaît une nécessité.

Conclusion

Finalement, pour développer de la prospective en santé, il faut bien évidemment partir des caractéristiques mêmes de la santé, si difficile à définir, de ses déterminants, des composantes du système et des politiques de santé. Il faut combiner d'une part les champs techniques et statistiques qui prolongent les tendances, qui tentent de recueillir les informations utiles à la connaissance de la santé des populations, des évolutions médicales et organisationnelles, et d'autre part les compétences permettant d'analyser et d'anticiper les réactions de la société, les aspirations des individus, les leviers de l'action collective et associative, qui pèsent tout autant sur ces sujets que les inventions, les innova-

¹⁰ Tabuteau D. (dir.) Les Nouveaux Patients. Rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025. Rapport 2011. Office de prospective en santé, Presses de Sciences Po-Éditions de santé, 2011.

tions, les découvertes médicales ou les transformations économiques. La santé est d'abord un champ culturel avant d'être un champ économique et technique.

La fonction de prospective doit donc s'inscrire dans le contexte politique et social, appréhender les tendances de long terme comme les ruptures potentielles. L'exercice n'est pas confortable car il impose des allers et retours entre des champs disciplinaires variés et hétérogènes, et invite à sortir des ornières rassurantes dans lesquelles nous évoluons habituellement.

Tous ces défis sont ceux auxquels la DGS est confrontée au quotidien, c'est le lot de difficultés qu'elle doit en permanence surmonter. La prospective en santé apparaît naturellement inscrite au cœur des missions de la DGS puisqu'elle est le creuset de l'action gouvernementale en

matière de santé. Si gouverner c'est prévoir, administrer c'est donner au gouvernement le moyen de prévoir, lui offrir des capacités de prospective.

Il faut, pour conclure, rappeler ce que la Commission de l'hygiène publique écrivait en 1918 : « Favoriser l'augmentation de la natalité, diminuer et supprimer le plus possible les chances de maladie et de mort prématurée; combattre l'insalubrité sous toutes ses formes et dans tous les domaines, public et privé; tel a été de tout temps le programme des défenseurs de la santé publique. »¹¹ ■

11. Commission de l'hygiène publique, 31 octobre 1918.

alcoologie et addictologie

Alcoologie et Addictologie. 2017 ; 39 (4) : 326-436

Éditorial

- Conduites addictives : une prévention déstructurée, *Bernard Basset*

Recherche

- Publicité en faveur de l'alcool. Connaissances et perceptions des Français, *Chloé Cogordan, Alice Arwidson, Jean-Baptiste, Richard, Viêt Nguyen-Thanh, Pierre Arwidson*
- Étude des départs prématurés de patients admis en addictologie, *Vincent Wagner, Didier Acier*

Mise au point

- Les problèmes engendrés par la consommation d'alcool en République démocratique du

Congo. Revue de la littérature, *Irénée Abibi*

Pratique clinique

- Mésusage des boissons alcooliques et dommages engendrés en République démocratique du Congo. Une illustration par le phénomène « zododo » à Kisangani, *Irénée Abibi*

Audition publique

- Réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux conduites addictives
- Question 3 - La RdRD nécessite-t-elle de nouvelles pratiques et de nouveaux outils ? Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la

consommation à moindre risque ?

- Risques alcool : changer de paradigme pour accompagner les personnes dans leurs usages, *Matthieu Fieulaine*
- Le cas du tabagisme, *Anne Borgne*
- Une approche non normative du phénomène de la dépendance axée sur le comment et non le pourquoi, *Élisabeth Avril*
- Quels outils de RdRD sont adaptés pour intervenir précocement, dès les premiers usages, auprès des jeunes usagers, en particulier les mineurs ? *Véronique Garguil*
- Question 4 - Quelles sont les conditions nécessaires au développement de la RdRD ? En quoi l'évolution de la société moderne influe-t-elle sur les phénomènes d'addictions et leurs traitements ? *Véronique Nahoum-Grappe*

Recherche internationale

- Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles, *Jean-Bernard Daepfen*

Congrès

- 11^e congrès international d'addictologie de l'Albatros, juin 2017, Paris
- 11^e congrès national de la Société francophone de tabacologie, novembre 2017, Paris

Vie de la SFA

- Journées de la SFA 2018
- Nouveaux membres
- Adhésion

Informations

- Annonces. Livres. Agenda. Index 2017