

La conférence a également procédé aux auditions des représentants des caisses d'assurance maladie, de la Mutualité française et de la Fédération des sociétés d'assurance.

Par ailleurs, les membres de la Conférence se sont réunis dans quatre ateliers et ont travaillé autour des thèmes suivants :

- réduction des risques sanitaires évitables,
- amélioration de la qualité de vie des handicapés et des malades,
- réduction des inégalités de santé
- réduction de la mortalité prématurée évitable.

La Conférence a fondé sa réflexion sur trois principes : la prise en compte de l'efficacité (recherche d'une qualité optimale pour un coût minimal) et le respect de la dignité humaine, l'absolu nécessité d'introduire la solidarité après l'analyse des besoins.

Elle a ensuite sélectionné les critères généraux utiles aux choix de priorités de santé publique ou d'orientations pour la prise en charge des soins (les chiffres et leur utilisation, les tendances, le rapport coût sur efficacité, la faisabilité, le calendrier d'application et l'acceptabilité). Sur ce dernier point le rapport relève qu'« en dépit de l'intervalle de temps court donné à la première Conférence nationale de santé, il est surprenant d'observer comment une plateforme d'orientations acceptables pour tous a pu être définie. Les professionnels du système de soins ont accepté, pendant deux jours et demi, dans la conjoncture actuelle, de faire passer au second plan leurs soucis catégoriels, pour chercher en toute indépendance des voies de progrès ».

La Conférence a enfin identifié cinq modalités d'action, pour la mise en œuvre des priorités de santé

publique ou orientations pour la prise en charge des soins discutées en 1996 :

- l'information, qui doit être plus spécifique, ciblée et attrayante ;
- la formation, renouvelée, est nécessaire aux interventions sanitaires comme aux interventions sociales ;
- la coordination et la simplification des actions des divers intervenants en matière de santé ;
- l'évaluation : toute action nouvelle doit induire une évaluation simple adaptée et immédiate ;
- la responsabilisation est un objectif en toute modalité d'action.

À partir des principes, des critères de choix et des méthodes générales d'intervention sélectionnés, la Conférence a déterminé dix priorités d'égale importance (cf. page précédente). ■

Patricia Siwek

La CNS mode d'emploi

La réflexion de la Conférence nationale de santé s'appuie d'une part sur le rapport que prépare le Haut Comité de la santé publique à son intention, rapport centré sur une analyse de l'état de santé de la population et des priorités, et d'autre part sur les conclusions des conférences régionales de santé dont on lui remet une synthèse. La Conférence nationale de santé élabore alors son propre rapport qu'elle remet au gouvernement. Enfin les deux rapports, celui du Haut Comité de la santé publique et celui de la Conférence sont transmis au Parlement avant le vote de la loi qui déterminera l'objectif d'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Rapport du Haut Comité à la Conférence

Le rapport du HCSP* a été réalisé dans des délais particulièrement brefs, à la suite de la parution, au mois d'avril 1996, des ordonnances portant sur la réforme du système de protection sociale. Il comprend trois parties dont la rédaction a été confiée à des groupes de travail spécifiques constitués de membres du Haut Comité et d'experts extérieurs. Essentiellement descriptif, ce premier rapport visait à fournir aux membres de la Conférence nationale, ainsi qu'aux parlementaires, un ensemble d'informations sur la santé de la population, sur l'offre de soins et l'utilisation des ressources, ainsi que sur l'état de la démarche d'établissement de priorités nationales et régionales de santé dans notre pays.

État de santé, tendances récentes

Cette première partie, qui représente en volume près de la moitié du rapport, reprend les principaux indicateurs analysés dans l'ouvrage du HCSP *La Santé en France*, publié en 1994, en les actualisant chaque fois que cela était possible. En ce qui concerne les indicateurs de mortalité, qui fournissent une part importante de l'information disponible, les tendances « récentes » ont été systématiquement estimées par la variation, en pourcentage, de la mortalité en 1993-1994 par rapport à celle de 1991-1992.

Bien entendu, les principales caractéristiques de la structure de la mortalité de

* Le rapport du Haut Comité de santé publique à la Conférence nationale de santé fait partie du rapport 96 du Haut Comité, publié à la Documentation Française (cf. p. 31).

la population française n'ont pas évolué sur une aussi courte période. Rappelons l'importance de la mortalité « prématurée » en France par rapport à tous les pays industrialisés et, plus précisément, dans la tranche d'âge allant de 5 à 54 ans. Elle concerne plus nettement l'homme que la femme, en particulier pour les causes de décès considérées classiquement comme « évitables » car liées aux habitudes de vie. Cependant, les tendances récentes sont plus favorables au sexe masculin (25-64 ans) pour le cancer du poumon et des voies aérodigestives supérieures (-3 % et -9 % vs +10 % et +4 %) compte tenu du tabagisme accéléré du sexe féminin. La mortalité, associée à l'alcoolisme, par accident de la circulation et par accident de la vie courante continue à décroître pour les deux sexes alors que la mortalité par suicide a augmenté récemment de 6 % chez l'homme et de 2 % chez la femme.

Parmi les autres cancers, la mortalité par cancer colo-rectal demeure stable pour les deux sexes ainsi que la mortalité par cancer du sein (50-59 ans), la mortalité par mélanome continue d'augmenter (+8 % dans la période récente).

La mortalité cardio-vasculaire totale poursuit sa décroissance (-3 % pour chaque sexe) ; la baisse relative récente est plus forte pour les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales (-7 %) dans la tranche d'âge 0-64 ans.

Au cours des dernières années, la baisse de la mortalité périnatale et de la mortalité infantile s'est accélérée. Par contre, l'enquête nationale de 1995 montre que les taux de prématurité (5,9 %) et d'hypotrophie (6,2 %) ne baissent pas depuis les années quatre-vingt, au contraire. Des évolutions contradictoires dans les conditions de la grossesse sont en cause : augmentation de la surveillance périnatale et du niveau de formation des femmes d'une part, élévation de l'âge des femmes, du tabagisme et du nombre de grossesses multiples d'autre part.

Les études de simulation montrent que la prévalence du sida devrait atteindre une phase stationnaire alors que les coûts

totaux hospitaliers de l'infection par le VIH croissent, depuis 1992, d'environ 10 % par an (3,9 milliards de francs en 1995).

En ce qui concerne la fréquence des déficiences et handicaps dans la population, les données de l'étude décennale de santé (1992) ont été reprises. Il en est de même des écarts de mortalité selon la catégorie socioprofessionnelle et selon les régions, écarts qui témoignent des importantes disparités dans l'état de santé des Français.

Offre de soins et utilisation des ressources

Cette partie représente près d'un tiers du rapport. D'une part elle apporte de manière synthétique un ensemble d'informations sur les dépenses de santé et la ventilation de l'offre de soins dans notre pays, d'autre part elle présente les résultats les plus récents obtenus en matière de projection de la démographie médicale et de la réduction des inégalités régionales en matière d'offre de soins.

Retenons quelques chiffres concernant les dépenses de santé en 1995.

Le rythme de croissance en volume augmente, cette année, de 1,8 % alors que la richesse nationale s'accroît de 2,2 %. Par contre, il augmente en valeur de 4,6 % alors que le PIB ne s'accroît que de 3,9 %. La France est au second rang (après les États-Unis d'Amérique) pour les dépenses de santé en pourcentage du PIB (9,9 %) mais le taux de croissance des dépenses de santé, rapporté à celui du PIB durant les 10 dernières années, n'est, en France, qu'au huitième rang (1,5 %) parmi les vingt pays membres de l'OCDE. Enfin, il convient de remarquer l'évolution, depuis 1980, de la structure du financement de l'ensemble des dépenses de santé : la prise en charge de la sécurité sociale passe de 74,3 % à 71,6 %, celle de l'État et des collectivités locales de 5,9 à 3,6 %, alors qu'augmente la part des mutuelles (+2,1 %), des assurances privées et des ménages (+2,9 %).

Les caractéristiques de l'offre de soins sont décrites à partir des données les plus

récentes (1994-1996) selon la nature de l'activité des professionnels de santé et des personnels paramédicaux et du type d'activité des établissements (public, privé lucratif...). Les disparités régionales sont particulièrement mises en évidence, en particulier pour la disponibilité de l'offre d'équipements et de services médico-sociaux (personnes âgées, handicapés, populations défavorisées).

Établissement de priorités nationales et régionales de santé

Le but du système de santé est « d'assurer à chaque individu d'être dans le meilleur état de santé possible ». Une telle affirmation n'a de sens que si on tient compte de l'ensemble des contraintes auxquelles le système est soumis, par exemple celles du niveau total de ressources pouvant être consacrées à la santé.

Une politique de santé suppose donc que des priorités soient définies et que, pour chacune d'elle, des objectifs soient fixés.

L'état de la démarche en France d'établissement de priorités en matière de santé est décrit et discuté : la planification des établissements sanitaires et sociaux (création des Sros), la programmation des actions de santé (RCB, programme sida...), l'identification de problèmes prioritaires (rapport du HCSP, conférences régionales sur l'état de santé, projets régionaux de santé). Après une courte analyse de l'absence actuelle de jonction entre l'attribution des moyens et les priorités de santé à laquelle devraient remédier les réformes en cours, l'importance d'un large débat public sur les priorités dans la prise en charge des soins et la répartition des ressources disponibles est mise en évidence. Les principes éthiques qui doivent guider la définition des priorités doivent, en particulier, faire l'objet de réflexions rigoureuses, comme des travaux récents menés dans différents pays nous l'indiquent. ■

Pierre Ducimetière

Vice-président du Haut Comité de la santé publique