

Crise économique et santé : l'accès aux soins

Les crises économiques ne doivent pas accroître les inégalités d'accès aux soins. Elles sont l'occasion de réguler les pratiques professionnelles et de rationaliser l'organisation du système de soins pour que les principes de solidarité et d'égalité demeurent.

Édouard Couty

Président du bureau transitoire de l'Union nationale des associations agréées du système de santé (France Assos Santé, ex-Ciss)

Magali Léo

Chargée de mission assurance maladie de France Assos Santé

La baisse du pouvoir d'achat, la montée du chômage et des faillites du fait d'une baisse de l'activité économique sont les premières conséquences visibles de la crise économique. Mais ses retentissements peuvent atteindre l'équilibre du système de santé, d'une part en privant les ménages de la capacité à financer d'éventuels restes à charge, et d'autre part en confrontant l'assurance maladie solidaire et collective à des baisses de recettes. C'est en partie la situation que nous subissons depuis plusieurs années, au point que l'on peut se demander si cette dégradation n'est pas devenue plus structurelle que conjoncturelle. Comment, dans ce contexte, notre pays peut-il tenir sa promesse constitutionnelle de garantir l'égalité d'accès aux soins à ses citoyens? Comment maîtriser la dette publique sans contrevenir aux principes érigés en 1945, auxquels nous sommes tous, usagers du système de santé, très attachés? L'inflation des dépenses de santé est-elle une fatalité à laquelle nous devons nous résoudre?

Une nécessité : rappeler les principes et droits fondamentaux

Le préambule de la Constitution de 1946 énonce que «*la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs*». Ce droit constitutionnel est l'un des piliers de notre pacte républicain. Parce que notre pays, dévasté par des années de conflits, a souhaité reconstruire un cadre de vie sécurisant, offrir des garanties à ses ressortissants traumatisés par l'effort de guerre et abîmés par les conditions de travail, afin d'ouvrir la perspective de «*jours heureux*».

C'est ainsi que les fondements de la sécurité sociale moderne que nous connaissons ont été jetés, et de nombreux droits reconnus notamment aux personnes malades.

Les progrès de la science, la lutte contre les fléaux sanitaires, l'amélioration des conditions et de la qualité de vie, la reconnaissance de droits individuels et collectifs aux usagers du système de santé, des changements sociétaux ont permis l'inclusion de plus en plus universelle au système d'assurance maladie. Mais des faits, nombreux, émaillent quotidiennement notre idéal progressiste avec les discriminations dont sont victimes les personnes malades, des inégalités sociales de santé persistantes, le déni de droits auxquels sont notamment confrontées les personnes âgées ou en situation de handicap, le délitement des solidarités et l'inflation de nos dépenses de santé.

En période de troubles, il est utile d'identifier les repères intangibles dont les droits constitutionnels font partie. Il est indispensable de réaffirmer les principes de solidarité et d'égalité sur lesquels repose notre système de prestations sociales. La crise économique met notre exigence démocratique à l'épreuve mais nous devons tirer parti des temps difficiles pour questionner l'adéquation des réponses apportées aux problématiques observées au niveau du système de santé, sans toutefois jamais renoncer à garantir les droits fondamentaux des citoyens.

La crise économique doit donc nous inciter à nous interroger urgemment sur nos capacités à faire mieux avec des moyens plus contraints. Et si le sanctuaire de la santé pour tous doit demeurer inviolable, ne nous interdisons pas



de réformer son « système » et d'innover pour optimiser ses dépenses.

L'Union nationale des associations agréées du système de santé, constituée comme force de proposition notamment sur le fonctionnement du système de santé, entend prendre part à ce débat en resituant les besoins des usagers au centre des réponses puisqu'il s'agit de garantir leurs droits, quels que soient le niveau de chômage, le pouvoir d'achat des ménages, les indices de production et de consommation, le taux d'endettement du pays, notre balance commerciale, etc.

Conduire des politiques plus rationnelles de développement durable en matière d'assurance maladie et d'organisation du système de santé

Le niveau de prise en charge par les régimes obligatoires varie selon la situation des usagers, elle-même dépendante de plusieurs paramètres, dont le niveau de revenus (ouvrant droit à la CMU complémentaire), l'âge (gratuité de certains soins pour les enfants par exemple), le lieu de résidence (régime local d'Alsace-Moselle, outre-mer), la régularité de la résidence sur le territoire (régime de la sécurité sociale *versus* aide médicale d'État), l'état pathologique (affections de longue durée), le cadre dans lequel les soins sont prodigués (prévention dans le cadre de campagnes de dépistage organisées ou pas), la grossesse, ou encore l'origine de la maladie ou de l'accident (accident du travail, maladie professionnelle).

Par ailleurs, le panier de soins remboursables par les régimes obligatoires est, selon le moment, plus ou moins garni puisque des soins peuvent y entrer et en sortir. Les chiffres de la statistique officielle sur le niveau de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ne dit rien de l'élasticité de ce panier de soins, comme si cette notion était constante et immuable. Cela constitue, de toute évidence, un biais dans l'analyse du reste à charge des usagers.

En ce qui concerne les complémentaires santé, les prises en charge dépendent avant tout de la place occupée par les régimes obligatoires. On peut ainsi parler de leur rôle « complémentaire » lorsque leur intervention porte sur le panier de soins remboursables par les régimes obligatoires, comme lorsqu'elles prennent en charge le ticket modérateur sur les consultations médicales, les médicaments et dispositifs médicaux partiellement remboursables et les dépassements d'honoraires. C'est, du reste, la fonction originelle

des complémentaires santé. En revanche, les complémentaires interviennent de plus en plus souvent pour rembourser des « suppléments », dits « soins hors nomenclature », à leurs assurés. Ce rôle « supplémentaire » se développe pour diversifier une offre assurantielle et fait émerger un « autre panier de soins remboursables », celui que l'on réserve aux usagers en capacité de payer pour accéder à certains services. Cette situation ne poserait pas de difficultés si ce bouquet de services ne comprenait que du « luxe » et du « confort » car, après tout, pourquoi empêcher celles et ceux qui le peuvent d'assurer le superflu ? Mais on observe une autre tendance, inquiétante, qui se traduit par la prise en charge optionnelle mais exclusive, par les complémentaires, de certains soins et prestations reconnus utiles par les autorités de santé elles-mêmes... comme l'activité d'activités physiques sur prescription médicale, ou la parodontie et l'implantologie parmi les soins dentaires par exemple. Notre système génère de nombreuses inégalités d'accès aux soins. L'Union nationale des associations agréées du système de santé entend inscrire la lutte contre ces inégalités dans ses priorités d'action.

La coexistence historique de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire n'exclut pas la discussion sur la ligne de partage, et il est inexact de croire que la situation de crise force le désengagement de l'assurance maladie obligatoire. En opposition à cette idée préconçue, l'Union nationale des associations agréées du système de santé plaide pour repositionner l'assurance maladie obligatoire et solidaire en tant que financeur principal de tous les soins jugés utiles. Parce que plus un système de santé repose sur la solidarité nationale, moins il est inégalitaire ; parce que plusieurs millions de personnes renoncent aux aides permettant l'accès à la complémentaire santé ; parce que la généralisation de la complémentaire santé concerne exclusivement les salariés ; et aussi parce que la prise en charge à 100 % des soins utiles permettrait que leurs tarifs soient strictement encadrés.

Enfin, l'Union nationale des associations agréées du système de santé demeure convaincue que l'augmentation des dépenses de santé n'est pas une fatalité. Ainsi, malgré la nécessité de mieux évaluer ce phénomène, il est communément estimé que les soins inutiles représenteraient entre 27 % et 30 % des dépenses maladie dans les pays développés : sur un montant annuel total d'environ 200 milliards d'euros de consommation

médicale en France, ce sont les surprescriptions d'examen, de médicaments, d'actes médicaux et chirurgicaux, et les parcours inappropriés notamment à l'hôpital, effectués au détriment de la prise en charge de traitements réellement utiles aux malades, et au risque d'occasionner des souffrances et des effets indésirables de fait évitables. Ramenés à une estimation basse de 25 %, ce sont près de 50 milliards d'euros que notre système financerait inutilement, auxquels il convient d'ajouter les coûts des complications évitables.

La question de la pertinence, dans le champ de la santé, n'est pas nouvelle. Les efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de santé conduits par l'assurance maladie depuis 2013 portent en effet sur les pratiques et ont donné de premiers résultats. Néanmoins, les autorités de contrôle, dont la Cour des Comptes, rappellent régulièrement la nécessité de toujours mieux réguler et éviter la déperdition de ressources inutilement investies dans des dépenses injustifiées.

La crise économique n'offre-t-elle pas un prétexte, s'il en faut un, pour agir contre ces dépenses évitables, réguler les pratiques professionnelles et hospitalières et enfin rationaliser l'organisation et le fonctionnement de notre système de santé sans pour autant rationner les soins utiles ? Une telle démarche permettrait, au contraire, de dégager des moyens de financement pour les soins pertinents, dont se privent de trop nombreuses personnes faute de moyens.

L'égalité d'accès aux soins n'est pas une variable d'ajustement et l'augmentation du reste à charge ne doit pas être un dommage collatéral de la crise économique. De la contrainte naît l'innovation et, dans le domaine de la santé, elle est nécessaire pour renouer avec l'esprit de 1945 et moderniser les nouvelles approches du soin. •••

Systeme de protection sociale et crise économique

Si le système français de protection sociale a permis de traverser la crise de 2008 avec moins de répercussion que dans d'autres pays, pour autant, il n'a pas réussi à endiguer la forte augmentation de la pauvreté.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

Frédéric Pierru

Chercheur en sciences sociales et politiques au CNRS, rattaché au Ceraps-Lille 2 (UMR 8026)

Contrairement aux idées reçues sur la prétendue impossibilité à le réformer, le système de protection sociale français a connu des transformations structurelles depuis les années 1990, portant non seulement sur son financement mais aussi sur la maîtrise de ses dépenses et sur sa gouvernance. Ces réformes ont cherché à répondre au défi de « l'austérité permanente » [81] : tandis que les ressources sont amoindries par le ralentissement durable de la croissance économique, les dépenses tendent, quant à elles, à croître, notamment à cause des évolutions démographiques, de la montée du chômage et de la pauvreté. Le déséquilibre des comptes sociaux qui a résulté de cet « effet ciseaux » a percuté les engagements européens de la France en matière de déficits et de dette publics. L'inspiration bismarckienne du système français a rendu les réformes à la fois plus urgentes et plus difficiles à mener politiquement. Plus urgentes car, du fait d'un financement essentiellement par cotisations sociales, le système français est plus vulnérable à la conjoncture que ses homologues beveridgiens ; plus délicates politiquement car l'on sait que les systèmes bismarckiens, qui institutionnalisent le rôle des partenaires sociaux dans leur gouvernance, ont davantage tendance à rester dans leur « sentier de dépendance » historique. Après une période de stabilisation puis de baisse, la part des dépenses sociales dans le PIB a recommencé à croître à partir de 2001 en raison de la reprise des dépenses de santé, de chômage puis de retraite. À compter de 2005, juste avant le déclenchement de la crise, les prestations sociales connaissent un net

ralentissement – en particulier les dépenses de chômage et de santé – car le gouvernement de l'époque s'efforce de modifier les comportements des bénéficiaires : forte incitation à reprendre un emploi pour les chômeurs et les bénéficiaires de minimas sociaux, « responsabilisation financière » des patients.

Le déclenchement de la plus grande crise économique de l'après-guerre annule momentanément les effets comptables des réformes antérieures, adoptées pour certaines malgré de puissants mouvements sociaux (portant sur le volet retraite en particulier). L'effet ciseaux est décuplé : la « grande récession » frappe durement les ressources du système de protection sociale tandis que les dépenses de chômage et de minimas sociaux explosent, les dépenses de retraite et de santé ayant, quant à elles, des facteurs de progression indépendants de la conjoncture macroéconomique (progrès médical, démographie, etc.). Dans un premier temps, le nouveau gouvernement fait le choix opportun de laisser jouer les « stabilisateurs automatiques ». Autrement dit, il laisse filer les déficits publics, et notamment sociaux, dans le cadre d'une politique contracyclique. Le système de protection sociale français, souvent décrié, va alors permettre de limiter les conséquences sociales de la crise et, dans le même temps, faire en sorte que la baisse du PIB soit moins prononcée que chez nos voisins : en 2009, le PIB chute de 4,2 % au Royaume-Uni et de 5,6 % en Allemagne contre 3 % en France.

Cependant, la parenthèse keynésienne se referme rapidement dans l'Union européenne. La maîtrise des dépenses publiques et la réduction de la dette et des déficits publics



reviennent dès 2010 sur le haut de l'agenda politique. Le poids du système de protection sociale français dans le PIB – qui le situe, avec 31,9 % du PIB, dans le trio de tête de l'Union européenne – et le creusement des déficits sociaux après 2008 réamorcent le processus de réforme débuté dans les années 1990. La prouesse doit être soulignée, dans une période de quasi-stagnation de l'économie, les dépenses de protection sociale connaissent un ralentissement tendanciel : 3,9 % entre 2011 et 2012 ; 2,4 % entre 2012 et 2013 ; 2,2 % entre 2013 et 2014.

Les réformes des retraites

Veillesse et santé, qui représentent 80 % de la dépense de protection sociale et constituent les dépenses les plus dynamiques, sont au cœur de la politique de maîtrise des dépenses publiques. Les réformes des régimes de base et complémentaires de retraite, initiées à partir de 1993 en réponse au défi du vieillissement de la population dans un contexte de chômage de masse et de ralentissement des gains de productivité, avaient amorcé une forte baisse des taux de remplacement (ratio retraite/salaire), en particulier dans le secteur privé. Des projections prévoient une baisse de l'ordre de 20 à 30 % pour des carrières complètes et une augmentation des inégalités entre retraités. La réforme de 2010, qui porte l'âge légal de départ de 60 à 62 ans et l'âge pour obtenir une retraite à taux plein de 65 à 67 ans, aura les conséquences les plus notables, en particulier la baisse de deux années de la durée passée à la retraite. Plus généralement, une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) montre que les réformes menées à compter de 2010 auront pour effet de diminuer la masse des pensions cumulées et toucheront plus durement sous ce rapport les personnes les plus modestes [30]. Le taux de remplacement va donc continuer à se dégrader et les inégalités à se creuser : les réformes menées après 2010 amplifient par conséquent les effets des réformes antérieures. Pour ce qui est des dépenses de santé, il faut souligner que l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été « tenu », et ce alors que son taux de progression a été revu constamment à la baisse. Ce succès comparable¹ a été, dans un premier temps, obtenu par la poursuite de la politique consistant

1. Notons toutefois que la rupture dans l'augmentation des dépenses de santé est un phénomène observable dans de nombreux pays de l'OCDE [63].

à désengager la Sécurité sociale du financement des soins courants pour la recentrer sur la prise en charge des affections de longue durée (ALD) et des soins hospitaliers [96]. L'explosion du renoncement aux soins pour des raisons financières et, plus généralement, le creusement des inégalités sociales d'accès aux soins ont, à partir de 2012, conduit les gouvernements à rompre avec cette privatisation rampante au profit d'une action sur l'offre de soins (hôpital, médicaments, organisation et gouvernance avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – HPST – de 2009). Même si la branche maladie demeure la principale contributrice au déficit de la Sécurité sociale, son déséquilibre financier a été considérablement réduit. Toutefois, la place des assurances maladie complémentaires a été confortée et institutionnalisée, avec l'adoption de l'Accord national interprofessionnel de 2013 généralisant la complémentaire santé d'entreprise. Ce marché est, en plus d'être inefficace, inégalitaire (contrats individuels/collectifs, entre entreprises, etc.).

Les prestations familiales et les minima sociaux

La « grande récession » a aussi relancé les débats relatifs à la branche famille de la Sécurité sociale : entre équité et mesures d'économies budgétaires ; entre soutien à la natalité et lutte contre la pauvreté des familles ; entre redistribution horizontale et redistribution verticale ; entre conciliation des vies professionnelle et privée d'une part, soutien à la natalité d'autre part. De fait, la branche a continué son recentrage sur les familles les plus pauvres alors qu'étaient lancées des mesures d'économies (gel de la prime à la naissance, de la prestation d'accueil du jeune enfant [Paje], diminution du plafond de l'avantage procuré par le quotient familial, etc.) pour un montant total de 860 millions d'euros. Les tensions budgétaires ont donné davantage de crédit politique à des réformes envisagées de longue date comme le remplacement du quotient familial par un crédit d'impôt ; par ailleurs, comme pour la branche maladie, la fiscalisation des ressources se poursuit.

Les minima sociaux ont bien sûr connu une forte expansion au cours de la séquence ouverte en 2008. Indiquons d'abord que, contrairement à une idée aussi reçue que répandue, ils sont, en France, très loin d'être les plus généreux si on les compare à ceux de nos voisins européens. Par exemple, à la veille du déclenchement de la crise, les revenus

disponibles à l'assistance, en tenant compte des aides au logement, sont, pour un parent isolé en charge d'un enfant de moins de 3 ans, de 860 euros contre 974 en Allemagne, 992 en Suède, 1 174 aux Pays-Bas, 1 297 au Royaume-Uni, 1 438 au Danemark. Pour autant, ils vont jouer un rôle crucial d'amortisseur dans un contexte d'accroissement du chômage de longue durée et alors qu'est adopté, en 2009, le revenu de solidarité active (RSA) [29]. Ainsi, en 2012 et 2013, ils vont connaître une croissance annuelle d'environ 4,5 % du nombre de leurs bénéficiaires, augmentation qui sera plus modérée par la suite en raison de l'amélioration relative de la situation sur le marché de l'emploi. Cette décélération est toutefois moins marquée pour le RSA socle et l'allocation spécifique de solidarité (ASS). Ces minima sociaux, qui concernent, à la fin de l'année 2014, 4,13 millions de personnes, sont indispensables pour contenir la pauvreté monétaire. Selon la Drees, en 2013, la proportion de personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté (60 % du salaire médian), est réduite d'environ 8 points une fois l'ensemble des prestations sociales et de la fiscalité directe prise en compte.

Le système de protection sociale français, relativement développé en comparaison des autres pays européens, a donc été un puissant amortisseur social au cours de la « grande récession ». Pour autant, il n'a pas réussi à endiguer la forte augmentation de la pauvreté depuis 2008 (+ 800 000 personnes entre 2008 et 2012). Comme toujours, la timide amélioration de l'emploi amorcée depuis la fin de l'année 2015 ne profite pas d'abord aux catégories les plus modestes. L'écart se creuse entre les plus pauvres et les classes moyennes. Sur le front des inégalités, la situation n'est guère meilleure. L'indice de Gini² est passé de 0,295 en 2008 à 0,308 en 2011 – au cœur de la crise donc – avant de connaître une baisse jusqu'en 2013. Mais il est depuis reparti à la hausse (0,295 en 2015). Clairement, le système de protection sociale « contient » les inégalités, mais il ne peut à lui seul les réduire.

Parallèlement, la crise a ouvert une fenêtre

2. L'indice ou coefficient de Gini est un indicateur synthétique d'inégalités de salaires (de revenus, de niveaux de vie...). Il varie entre 0 et 1. Il est égal à 0 dans une situation d'égalité parfaite, où tous les salaires, les revenus, les niveaux de vie... seraient égaux. À l'autre extrême, il est égal à 1 dans une situation la plus inégalitaire possible, celle où tous les salaires (les revenus, les niveaux de vie...) sauf un seraient nuls. Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé.

d'opportunité politique pour mettre en œuvre des mesures envisagées de longue date (retraite, santé, famille, « activation » des minimas sociaux avec le RSA). Si l'attachement de la population au système de protection sociale français demeure massif, il convient de le nuancer : les prestations universelles de la Sécurité sociale (retraite, santé, famille) continuent de bénéficier d'un fort soutien tandis que les prestations sous conditions de ressources voient leur légitimité

s'éroder à la faveur d'une certaine « fatigue de la compassion » [24] et de la banalisation des discours politiques incriminant « l'assistanat ». Cette stigmatisation croissante des chômeurs et des pauvres n'est pas sans lien avec le problème massif du non-recours aux droits [105]. Même si elle demeure controversée, la question de l'équité entre générations s'est imposée dans le débat public : de nombreuses réformes sont justifiées au nom de la préservation des « intérêts des générations

futures » [58], certains sociologues pointent du doigt la « spirale du déclassé » que connaîtraient les générations nées après 1955 et, singulièrement, celles nées après 1970 [18]. Il en va de même en matière d'égalité hommes/femmes. En résumé, la récession, puis la stagnation économique posent plus que jamais le problème de la répartition des coûts et des bénéfices de la protection sociale, problème politique qui n'admettra jamais de solution « technique ». •••



La santé dans toutes les politiques

L'action coordonnée sur les déterminants sociaux, éducatifs, environnementaux..., au niveau interministériel, est un levier majeur pour améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités de santé.

L'idée d'une « *approche intersectorielle des politiques publiques qui tien [drait] compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche [rait] des synergies et qui évite [ait] les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé* »¹ fait peu à peu son chemin dans les pratiques récentes de santé publique.

Au-delà des déclarations, comme celle d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques² soulignant la nécessité d'un nouveau contrat entre tous les secteurs, ce sont les pratiques qui aujourd'hui évoluent. D'abord humblement à travers des constructions intersectorielles de plus en plus fréquentes, comme ce fut le cas pour les récents travaux autour de l'antibiorésistance ou encore de la création d'un étiquetage nutritionnel. Ces collaborations s'inscrivent plus généralement dans la volonté d'une approche de plus en plus décloisonnée et globale de la santé. Comment pourrait-il en être autrement quand on sait que, selon les différentes estimations disponibles, la contribution des déterminants sociaux et environnementaux à l'état de santé d'une population varierait entre 45 % et 60 %³ ?

Un Comité interministériel pour la santé pour promouvoir la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques

Matérialisation de cette volonté, la création en 2014 du Comité interministériel pour la santé (CIS) est une avancée majeure y compris sur le plan international⁴. Cette instance où l'intégration des enjeux de la santé et de réduction des inégalités de santé peut être construite dans une logique systémique regroupe autour du Premier ministre l'ensemble des ministres⁵. Elle a pour mission de suivre la préparation et la mise en œuvre des plans ou programmes d'actions qu'élaborent les ministres dans le cadre de leurs attributions, lorsque ces mesures sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle doit également veiller à ce que l'articulation des politiques publiques en faveur de la santé soit développée au niveau régional.

Il reste cependant de nombreuses avancées à mettre en œuvre. Tout d'abord, il serait bon de pouvoir disposer d'une évaluation plus systématique des impacts sur la santé. L'étude d'impact sur la santé (EIS) est une

4. Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014.

5. En particulier, le ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, le ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, le ministère des Affaires sociales et de la Santé, le ministère du Logement, de l'Égalité des territoires et de la Ruralité, le ministère des Affaires étrangères et du Développement international, le ministère des Droits des femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le ministère de la Défense, le ministère de la Décentralisation et de la Fonction publique.

1. OMS. Health in All Policies (HiAP). Framework for Country Action January 2014.

2. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. OMS, gouvernement d'Australie-Méridionale, 2010.

3. The King's Fund. Broader determinants of health. In : M. Marmot. Social determinants of health equity. Am J Public Health, septembre 2014, n° 104 (suppl. 4), éditorial.

Benoît Vallet

Directeur général de la Santé

démarche récente et encore peu développée en France. Aujourd'hui réalisée à un échelon territorial, il serait essentiel qu'elle s'élargisse aux politiques publiques menées au niveau national, comme le suggère en creux le décret de création du CIS.

L'évaluation des impacts positifs de la santé sur le reste des secteurs est aussi trop peu mise en avant et soulignée au moment de faire des investissements en faveur de la santé et des personnels de santé, en dépit du fait que sur le plan international les besoins en personnels de santé correctement formés ne cessent d'augmenter et que les agents de santé contribuent à la croissance économique. C'est tout l'objet des travaux en cours à l'OMS en faveur de l'emploi en santé et en faveur d'une meilleure connaissance des relations entre système de santé et sphère économique (figure 1).

Ensuite, il existe une série de déterminants de santé, considérés à raison comme fondamentaux et péjorant la santé populationnelle, qui semblent insensibles à toute action politique efficace et dont l'évolution paraît dépendre de ruptures et de « chocs ». L'exemple du changement climatique ou

encore celui de l'emploi sont de ce point de vue inquiétants. Les connaissances sur l'impact sanitaire du chômage montrent par exemple qu'il existe un lien direct et de court terme entre le chômage et les risques de maladies cardiovasculaires et de cancer⁶. Selon l'étude Inserm citée dans le rapport du Conseil économique, social et environnemental (CESE)⁷, 10 000 à 14 000 décès par an seraient ainsi imputables au chômage en France, par maladies chroniques, hypertension artérielle, suicide, rechute de cancer, etc.⁸.

Le chômage a également un impact sanitaire indirect très important à travers ses conséquences sur la situation financière du système de protection sociale dans son ensemble. Le

6. Voir l'étude de MM. Pierre Meneton, Léopold Fezeu, Serge Herberg, Joël Ménard, Mmes Emmanuelle Kesse-Guyot, Pilar Galan et Caroline Méjean : Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals, publiée dans la revue d'épidémiologie International Archives of Occupational and Environmental Health, 2015, n° 6.

7. Rapport du CESE, « L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner », adopté le 10 mai 2016.

8. Pierre Meneton, Inserm.

Conseil d'orientation des retraites (COR) estime qu'approximativement une diminution de 1 point du taux de chômage a le même effet sur le rapport entre le nombre de cotisants et le nombre de retraités qu'une hausse de trois mois de l'âge effectif moyen de départ à la retraite⁹.

Il reste donc en théorie un potentiel extraordinaire d'amélioration et de protection de la santé à travers davantage de santé dans les politiques publiques et dans les décisions des acteurs du secteur économique. Ces gisements de progrès seront parfois facilement accessibles, d'autres demanderont un savoir-faire qui reste à inventer. ...

9. Conseil d'orientation des retraites, « L'impact du chômage sur les résultats des projections du COR », séance plénière du 27 janvier 2016.

figure 1

