

# La santé en France 1994-1998

**La publication en 1994 du rapport *La santé en France* du Haut Comité de la santé publique a constitué un événement. Pour la première fois, un rapport ne se limitait plus à dresser le bilan de santé de la population. Il s'interrogeait également sur l'organisation du système de santé, définissait des priorités, proposait des objectifs ainsi que la mise en place d'une véritable politique de santé.**

À la fin de son deuxième mandat, le Haut Comité propose avec *La santé en France 1994-1998* un rapport qui représente aussi une innovation : il s'attache en effet, dans une démarche sans précédent en France, à comparer les objectifs et les résultats afin d'évaluer le chemin parcouru depuis 1994. Après avoir brossé le tableau de l'évolution du contexte de la situation sanitaire, le rapport présente l'évolution de l'état de santé et l'influence des déterminants liés aux comportements et à l'environnement physique et professionnel. Enfin, la discussion de quelques problèmes d'organisation du système de santé permet d'analyser en profondeur le rôle de certains dysfonctionnements particuliers à la situation française.

## **Le contexte de la situation sanitaire**

On sait que les dimensions démographique, économique et sociale, politique et institutionnelle jouent un rôle important dans l'évolution du contexte sanitaire. Le vieillissement de la population incite à concevoir une prise en charge spécifique des personnes de grand âge. Les effets de la récession économique sur l'état sanitaire de certaines populations ont conduit à reconsidérer la notion d'accès égal aux soins. La réforme de la protection sociale intervenue au début de l'année 1996 a introduit de profonds changements. On citera notamment la possibilité pour le Parlement de se prononcer sur l'ensemble du budget de la protection sociale, la fixation de priorités régionales et nationales de santé, l'importance donnée à l'échelon régional. Enfin, la sécurité sanitaire a été renforcée et restructurée.

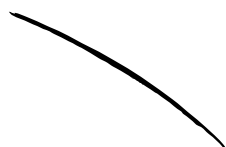
Opinions et perceptions de la population constituent un autre élément important dont on doit tenir compte. Leur évolution entre 1992 et 1997 est discutée essentiellement à partir des résultats des deux enquêtes par sondage réalisées par le Credoc à la demande du HCSP. On constate que l'appréciation d'ensemble de la population sur sa santé est satisfaisante et stable dans le temps. Elle est cependant moins optimiste quant à l'évolution future, et intègre de plus en plus les facteurs sociaux comme déterminants de santé.

## **L'évolution de l'état de santé**

Entre 1991 et 1996, la mortalité de la population a baissé de 6 % et son espérance de vie à la naissance s'est accrue de 11 mois. La progression annuelle moyenne a cependant été plus faible qu'entre 1981 et 1991, la baisse de la mortalité chez les plus de 65 ans ayant

marqué le pas dans la période récente. Des réductions de la mortalité prématurée évitable ont en revanche été observées dans les deux sexes, que ce soit pour la mortalité liée aux habitudes de vie (-21 %) ou au système de soins et de dépistage (-11 %).

### Ce qui se dégrade



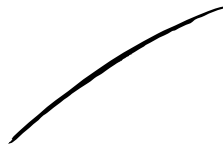
L'incidence et la mortalité par cancer du poumon et des voies aérodigestives supérieures augmentent chez les femmes, progression annoncée par l'évolution depuis dix ans de leur consommation de tabac. La croissance des cas de mélanome dans les deux sexes se poursuit. Ces deux phénomènes constituent des échecs de la prévention auxquels il faut remédier.

### Ce qui stagne



Le taux de mortalité par suicide n'a que peu diminué, il a même augmenté chez les hommes de 15 à 44 ans. La mortalité par cancer du sein n'a pratiquement pas évolué, celle des cancers colorectaux est en légère baisse, mais pour ces deux pathologies l'incidence a augmenté (respectivement de 16 et 13 %). L'incidence et la mortalité par cancer du poumon chez l'homme semblent atteindre un plateau. La mortalité périnatale après avoir baissé jusqu'en 1992 demeure stable depuis, et la mortalité maternelle ne semble pas diminuer.

### Ce qui s'améliore



Les décès par accidents de la vie courante baissent de 14 %, ainsi que le nombre de séjours hospitaliers liés à ces accidents. Les accidents corporels de la circulation routière décroissent depuis 1988, bien qu'une stagnation soit perceptible ces dernières années. La fréquence des accidents du travail avec arrêt et leur gravité moyenne en termes d'incapacité permanente diminuent en fonction du nombre d'heures tra-

vallées, constat à nuancer par la tendance constatée à sous-déclarer les accidents peu graves. La baisse de la mortalité cardio-vasculaire (cardiopathies ischémiques et affections cérébro-vasculaires) s'est poursuivie dans les deux sexes, bien qu'à un rythme moins soutenu qu'au cours des cinq années précédentes. Le nombre de nouveaux cas de sida décroît depuis 1994, et les maladies sexuellement transmissibles sont en forte diminution. Enfin, une baisse substantielle de la mortalité infantile a été enregistrée grâce à la prévention de la mort subite durant la première année de vie.

## Les déterminants

Le rapport distingue les déterminants environnementaux et ceux liés aux comportements. L'impact des premiers s'est accru avec la dégradation de la situation économique et sociale durant les quinze dernières années et l'évolution des conditions de vie et de travail. Les comportements sont liés à des habitudes souvent fortement ancrées mais qui subissent l'influence de la dégradation de l'environnement social.

### L'environnement

Les situations de précarité susceptibles d'avoir un effet négatif sur la santé concernent désormais un grand nombre de personnes comme le HCSP l'a souligné il y a quelques mois dans un rapport sur ce thème. Mais à ce jour les réponses sont avant tout curatives. Elles interviennent trop tard, quand la précarité a déjà éloigné du système de santé les personnes en situation de fragilité. Ainsi, aux différences d'état de santé constatées précédemment entre catégories socioprofessionnelles s'ajoute l'effet spécifique d'une précarisation croissante de certaines populations.

Par ailleurs, l'importance des relations entre l'environnement physique et la santé, annoncée dans le rapport 1994 du HCSP, est devenue une évidence de santé publique durant les cinq dernières années. Les connaissances concernant les effets à long terme de la pollution atmosphérique sur la mortalité annuelle, l'espérance de vie et la prévalence de certaines maladies chroniques sont encore lacunaires. Cependant les résultats des études épidémiologiques réalisées au cours des dix dernières années sont concordants et montrent

---

que les polluants atmosphériques en milieu urbain constituent un facteur de risque pour la santé.

En matière d'environnement professionnel, deux problèmes importants de santé publique sont abordés dans le rapport : les troubles péri-articulaires et les mésothéliomes imputables à l'amiante. La reconnaissance juridique de la responsabilité dans le cas des maladies professionnelles continue de poser de sérieux problèmes dans notre pays. Plus généralement, c'est la question des moyens permettant de concilier la productivité des entreprises et la santé des salariés qui est posée.

### **Les comportements à risque**

Le HCSP insiste de nouveau dans ce rapport sur les conséquences nocives pour la santé de facteurs de comportement comme la consommation de tabac, l'usage abusif d'alcool, la toxicomanie, la prise de risque en voiture ou en moto, les comportements sexuels à risque... En effet, la lutte contre la mortalité et la morbidité évitables avant 65 ans ne relève pas pour l'essentiel d'un renforcement du système de soins mais d'une modification de comportements dont l'habitude et la pratique s'instaurent souvent même avant l'adolescence. Pourtant, si nos possibilités de prise en charge des soins sont très développées, il n'en va pas de même de nos capacités d'agir pour préserver et promouvoir la santé en amont des soins. Elles bénéficient de peu de considération et de moyens et la cohérence de leur organisation est encore embryonnaire.

Dans le domaine de la consommation de substances psychoactives, l'évolution des indicateurs concernant les comportements à risques n'est pas, loin de là, défavorable mais de nombreuses inquiétudes se font jour.

Si l'on observe, d'une façon générale, un infléchissement de la consommation d'alcool et de tabac, les objectifs fixés dans le rapport 1994 à l'horizon 2000 seront cependant difficiles à atteindre. Les taux de mortalité liés aux conséquences d'une consommation excessive d'alcool ont chuté de presque 40 % en 15 ans, cependant cette décroissance s'est sensiblement atténuée au cours des années récentes. Des politiques volontaristes visant la diminution de la consommation d'alcool et de tabac cherchent à développer la prévention primaire en ciblant l'information sur des populations particulièrement sensibles. Par ailleurs, des mesures d'ordre économique de plus en plus fortes tentent de dissuader la consommation.

En matière de toxicomanie, le nombre d'infractions et de recours au système de soins augmente. Les politiques mises en place se sont orientées vers des systèmes de prise en charge articulés autour de la substitution, la création de réseaux toxicomanes ville/hôpital et des dispositifs spécialisés de soins.

L'importance prise par l'infection à VIH a incité au développement des connaissances sur les comportements sexuels des Français. Elles s'appuient désormais sur plusieurs types d'enquêtes focalisées sur des populations spécifiques. La politique de prévention du risque de contamination sexuelle et intraveineuse d'une part, les changements de comportements d'autre part, ont permis depuis 1994 une diminution du nombre de nouveaux cas de sida, que les progrès apportés par les trithérapies ont fortement accentuée.

### **Quelques problèmes d'organisation du système de santé**

Dans son rapport, le HCSP s'interroge à partir de trois exemples sur l'efficacité de l'organisation du système de santé.

#### **Le dépistage des cancers féminins**

Les résultats atteints en matière de dépistage des cancers féminins semblent sous-optimaux en regard des résultats qui peuvent être théoriquement espérés. L'existence depuis

1994 d'un programme national de dépistage du cancer du sein n'a pas jusqu'ici permis de standardiser les pratiques, ni d'encadrer les dépistages spontanés. Il apparaît de plus en plus nécessaire que les pouvoirs publics prennent des dispositions réglementaires pour fixer au niveau national l'élaboration des programmes et l'obligation de leur mise en œuvre par les conseils généraux, s'ils en conservent la responsabilité.

### **Le recours aux services d'urgence**

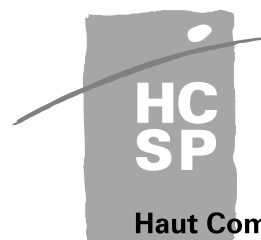
L'accroissement actuel du nombre de recours aux services d'urgence traduit à la fois une reconnaissance de la qualité des soins prodigués par ces services mais aussi les difficultés sociales et organisationnelles qui entravent l'accès aux autres secteurs du système de soins. Une des conditions de maintien et d'amélioration de la qualité semble être la professionnalisation de la médecine d'urgence. La question de la participation des médecins de ville au fonctionnement des urgences est posée. Par ailleurs, la mise en œuvre de procédures d'évaluation systématique par les agences régionales d'hospitalisation devrait permettre une rationalisation des structures fondée sur la qualité.

### **La politique en faveur des personnes âgées**

Dans le cadre de la politique en faveur des personnes âgées, la mise en œuvre de la prestation spécifique dépendance fait apparaître des tendances contradictoires. Certes, la multidisciplinarité de l'évaluation des besoins permet en principe d'identifier les aspects sanitaires et sociaux et leurs interactions. Cependant, le dispositif apparaît complexe : multiplicité des champs d'intervention des différents acteurs agissant souvent séparément, difficultés de collaboration entre conseils généraux et caisses de sécurité sociale, distinction difficile entre besoin social et besoin de santé...

### **Simplifier, évaluer, former, informer...**

L'analyse des trois domaines précédents incite à évoquer les obstacles qu'il est indispensable de lever afin que puisse se développer une politique de santé publique cohérente. Les cloisonnements entre institutions aboutissent en effet à une segmentation administrative qui devient incompréhensible aussi bien pour la population que pour les professionnels. Pour dépasser ces clivages, on ne cesse d'ajouter des dispositifs pour relier les structures, les procédures, les financements et les acteurs. Un effort de simplification est indispensable. Il faut également développer les procédures d'évaluation et favoriser une formation des professionnels adaptée à leur activité réelle et aux objectifs de santé publique. Enfin, l'information des usagers devrait permettre une compréhension plus complète du fonctionnement de notre système de santé et des enjeux de santé publique. Il s'agit là d'une prise de conscience politique et c'est dans cet esprit qu'ont été conçus les États généraux de la santé qui se tiendront dans les mois à venir.



**Haut Comité de la  
Santé Publique**

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

téléphone **01 40 56 79 80**

télécopie **01 40 56 79 49**

internet **www.hcsp.ensp.fr**

*La santé en France 1994-1998* est diffusé  
par La Documentation française.  
Tél. : 01 40 15 71 10.

HCSP *La santé en France 1994-1998*.  
Paris : 1998, 312 p., 95 F, 16x24,  
ISBN 2-11-004146-3