Ministère du Travail et des Affaires sociales
Haut Comité de la santé publique

La santé en France 96

Septembre 1996

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.

© La Documentation française – Paris, 1996
© Haut Comité de la santé publique
ISBN : 2-11-003654-0

S O M M A I R E

	Avant-propos	5
Première partie **État de santé Tendances récentes**	**Niveau général de l'état de santé**	7
	Espérance de vie	7
	Taux de mortalité	9
	Morbidité	12
	Mortalité prématurée et « évitable »	16
	Situation de la France par rapport à d'autres pays	16
	Évolution de la mortalité prématurée et « évitable » en France	18
	Les grandes pathologies « évitables »	24
	Maladies liées à l'alcoolisme	24
	Les accidents	27
	Le suicide et les maladies mentales	38
	Infection par le virus de l'immuno-déficience humaine / sida	43
	Les cancers	45
	Les maladies cardio-vasculaires	55
	Périnatalité	58
	Les nouveaux problèmes posés par les maladies infectieuses	62
	Toxicomanie	64
	Qualité de la vie	65
	Les liens entre l'allongement de la durée de vie et l'état de santé	66
	Handicaps, déficiences et difficultés	68
	Une prise en charge insuffisante de la douleur	72
	La consommation de psychotropes	74
	Petites et grandes misères de la vie quotidienne	75
	Inégalités sociales et géographiques	80
	Inégalités sociales	80
	Inégalités géographiques	83
Deuxième partie **L'offre des soins et l'utilisation des ressources**	**Données factuelles sur les dépenses de santé et sur l'offre de soins**	90
	Les dépenses de santé : montant, évolution, financement	90
	L'offre de santé	99

Éléments de prévision et d'optimisation 141
Quelques réflexions en matière de projections démographiques médicales 141
La réduction des inégalités géographiques en matière d'offre de soins 148

Les perspectives ouvertes par les ordonnances 160
Présentation des grandes lignes des ordonnances en lien avec les questions d'offre et de répartition des ressources 161
Retour sur quelques éléments traitant de la nécessaire adaptation de l'offre aux besoins de la population 166

Conclusion 174

Troisième partie **Quelques problèmes clef du fonctionnement du système de santé**

Médecine ambulatoire : prévention et formation continue 179
Place de la prévention en médecine ambulatoire 179
Médecine ambulatoire et formation continue 188

Faire évoluer le système hospitalier **193**
Des insuffisances connues 194
L'amélioration de la qualité des soins passe par la mobilisation de nouveaux outils 198
Coordonner médecine hospitalière et médecine de ville 208

Quatrième partie **L'établissement de priorités nationales et régionales de santé**

L'état de la démarche en France 219
La planification des établissements sanitaires et sociaux 219
La programmation des actions de santé 219
L'identification de priorités pour les programmes de santé 225

L'apport des réformes en cours : réaliser la jonction entre l'attribution des moyens et les priorités de santé 229

L'établissement de priorités dans la prise en charge des soins et la répartition des ressources disponibles 232

Cinquième partie **À propos de… santé, médias et opinion publique**

La situation actuelle 235
Une information en perpétuelle accélération 235
Un résultat peu satisfaisant 236

Quelques axes de réflexions pour une amélioration du dispositif 238
Pour une amélioration de l'information 239
Pour une mobilisation rapide, crédible et légitime d'experts, face à une crise 240

Remerciements 243
Table des matières 245

Avant-propos

En novembre 1994, le HCSP publiait un premier rapport général sur **la santé en France** ainsi qu'un volume annexe présentant les travaux préparatoires des groupes de réflexion créés à cette occasion.

Le rapport du Haut Comité, par les informations qu'il avait alors réunies sur la santé des Français, par la présentation pédagogique et claire qu'il donnait des principaux concepts de santé publique, par son vibrant plaidoyer, enfin, en faveur de leur prise en compte dans les débats de santé, a reçu un très bon accueil et a été largement diffusé et utilisé, notamment lors des conférences régionales de santé. Il constitue désormais un travail de référence pour la santé publique dans notre pays.

Le présent rapport se propose d'une part d'actualiser les données épidémiologiques et d'individualiser les tendances récentes des indicateurs de santé retenus en 1994, et d'autre part d'offrir une vue synthétique de l'offre de soins et de l'utilisation des ressources dans le domaine de la santé, ainsi que des éléments de prévisions tirés d'études récentes de simulation.

Par ailleurs, certains thèmes de santé publique que le Haut Comité a jugés particulièrement importants comme l'établissement de priorités nationales et régionales de santé, l'évolution de la médecine ambulatoire et de l'hospitalisation, les relations entre le monde de la santé et celui des médias, ont fait l'objet d'analyses.

Bien entendu d'autres thèmes auraient pu être abordés et beaucoup de réflexions méritent sans doute d'être prolongées, en particulier pour aboutir à des propositions concrètes. Néanmoins, il a paru important au Haut Comité de publier ces contributions alors que les débats de santé sont à l'ordre du jour dans notre pays.

Pierre Ducimetière
Vice-président

Guy Nicolas
Rapporteur général

État de santé Tendances récentes

Niveau général de l'état de santé

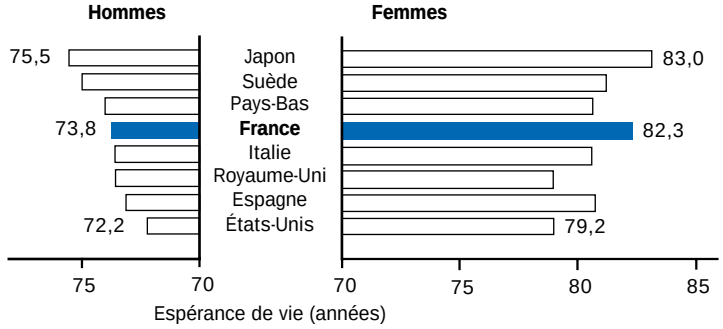
Le concept d'état de santé tel qu'il est défini par l'Organisation mondiale de la santé est une notion très large qui prend en compte non seulement l'absence de maladies et d'incapacités mais également l'équilibre mental et l'adaptation à l'environnement physique et social. En pratique, on dispose de très peu d'indicateurs permettant de mesurer les composantes « positives » de l'état de santé ou de la qualité de vie au niveau de la population entière et on ne peut rendre compte de l'état de santé général que par des indicateurs relatifs au risque de maladies en termes de durée de vie, de taux de mortalité ou de fréquence des pathologies.

Espérance de vie

L'espérance de vie est un indicateur global, reflétant la durée de vie moyenne d'une population, qui peut se calculer à la naissance ou à un âge donné (nombre d'années restant à vivre après avoir atteint cet âge).

En France, l'espérance de vie à la naissance s'élève à 74 ans chez les hommes et à 82 ans chez les femmes (Insee, 1994). En comparaison d'autres pays de niveau de développement semblable (figure 1), la France occupe une position moyenne pour l'espérance de vie des hommes : au même niveau qu'en Italie ou qu'au Royaume-Uni mais derrière le Japon, la Suède et les Pays-Bas (OMS, 1992). En revanche, la situation des femmes est très

Figure 1 **Comparaison de l'espérance de vie dans différents pays industrialisés en 1992**



Source : OMS

favorable : la durée de vie moyenne des Françaises est uniquement dépassée par celle des Japonaises.

L'importance de l'écart de durée de vie entre hommes et femmes constitue une spécificité française qui se traduit par un niveau particulièrement élevé de la surmortalité masculine en comparaison d'autres pays de niveau de développement comparable (huit ans d'écart entre les deux sexes contre cinq ans au Royaume-Uni).

L'accroissement régulier de l'espérance de vie dans le temps est un phénomène impressionnant, même observé sur une courte période (2,5 ans tous les 10 ans et actuellement 4 mois tous les ans). Cette progression est un peu plus rapide en France que dans les autres pays (sauf pour les femmes au Japon) (tableau 1). La position très favorable de la France s'explique par des progrès importants réalisés aux âges extrêmes de la vie (Ined, 1994) pour la mortalité infantile et après 65 ans (meilleure espérance

Tableau 1 **Gains d'espérance de vie (en années) entre 1980 et 1992**

	Hommes		Femmes	
	Gain total	Gain à 65 ans	Gain total	Gain à 65 ans
Japon	+2,7	+1,8	+3,9	+3,1
Suède	+2,7	+1,3	+2,0	+1,4
Pays-Bas	+1,8	+0,7	+1,0	+0,7
France	+3,0	+2,1	+3,2	+2,2
Italie	+2,7	+1,4	+2,8	+1,8
Royaume-Uni	+2,5	+1,3	+2,0	+1,2
Espagne	+1,0	+0,7	+2,1	+1,4
États-Unis	+2,1	+1,1	+1,4	+0,7

Source : OMS

de vie à cet âge en France par rapport à tous les autres pays, même pour le sexe masculin).

Les études sur l'espérance de vie « sans incapacité » tendent à montrer que ces gains d'espérance de vie consistent essentiellement en des années supplémentaires vécues sans incapacité (Inserm, 1994).

Taux de mortalité

L'évolution des taux de mortalité selon le sexe et l'âge (Inserm-Insee, 1994, taux calculés par rapport à la « population provisoire » de 1994) permet une analyse plus fine du progrès général constaté en terme d'espérance de vie globale (figure 2).

Entre 1980 et 1994, le risque de décès a fortement diminué en France et ceci quel que soit le sexe. Notons cependant que la baisse a été plus marquée au cours des années quatre-vingts qu'actuellement.

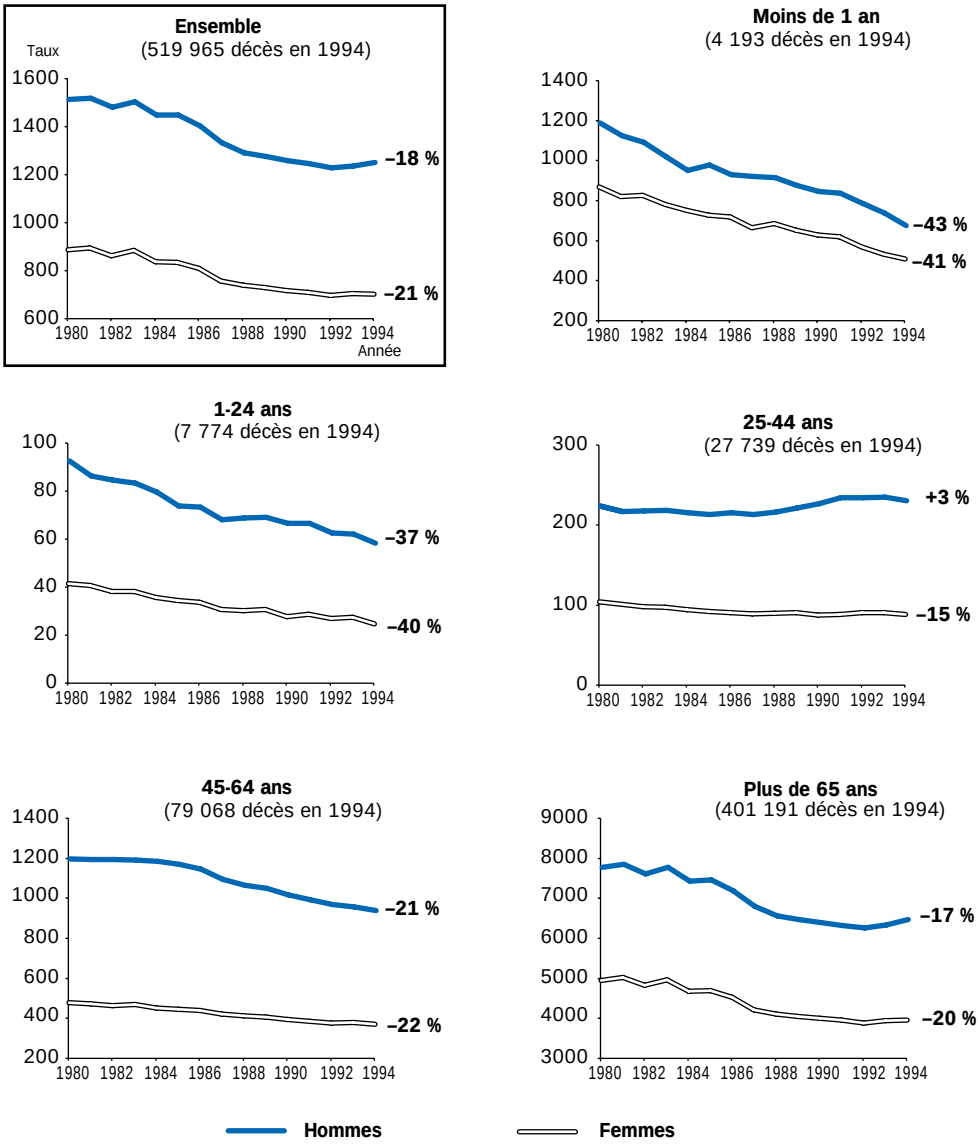
Cette diminution de la mortalité n'a cependant pas été de même ampleur pour toutes les classes d'âge. Les progrès les plus nets concernent la mortalité des jeunes (moins de 24 ans et mortalité infantile). Par contre, entre 25 et 44 ans les taux de décès ont eu tendance à stagner. On constate même une augmentation du risque pour les hommes de ce groupe d'âge depuis la fin des années quatre-vingts. Cette situation s'explique principalement par l'impact du sida sur les populations masculines jeunes, mais d'autres causes de décès ont également contribué à l'évolution négative (suicides en particulier). Après 45 ans, on retrouve une baisse importante des risques de décès quel que soit le sexe. On note cependant, récemment, un ralentissement des progrès chez les plus âgés, en particulier pour les hommes.

Quel que soit l'âge considéré, le risque de décès des hommes reste très supérieur à celui des femmes avec un écart maximum entre 15 et 35 ans (taux de décès 3 fois plus élevés chez les hommes).

L'étude des niveaux et évolutions de l'espérance de vie et des taux de mortalité met ainsi en évidence des particularités importantes de la situation française :

- situation très favorable en termes de mortalité infantile et de mortalité des personnes âgées,
- situation défavorable concernant le niveau de mortalité des jeunes adultes, en particulier pour les hommes,
- écart très important du risque de décès entre hommes et femmes.

Figure 2 **Évolution des taux de décès par sexe et groupe d'âge de 1980 à 1994***



Lecture : pour les hommes, le taux de décès entre 45 et 64 ans a diminué de 21 % entre 1980 et 1994.

* Taux pour 100 000 standardisés par âge (de 5 en 5 ans)

Source : SC8-Inserm

Poids des principales causes de décès

Pour l'ensemble de la population, les causes de décès les plus fréquentes (tableau 2) sont les maladies de l'appareil circulatoire (un tiers des décès), les tumeurs (un décès sur quatre) et les accidents, suicides et homicides (un décès sur dix). Ces trois groupes de pathologies entraînent 70 % de la mortalité totale (Inserm, 1994).

Tableau 2 **Répartition des principales causes de décès en 1994**

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Tumeurs	**144746**	**27,8**	**87608**	**32,4**	**57138**	**22,9**
Cancer du poumon	23131	4,4	19797	7,3	3334	1,3
Cancer VADS *	12226	2,4	10708	4,0	1518	0,6
Cancer du sein	10911	2,1	128	0,0	10783	4,3
Cancer de l'utérus	3086	0,6	0	0,0	3086	1,2
Cancer de l'intestin	16027	3,1	8285	3,1	7742	3,1
Cancer de la prostate	9274	1,8	9274	3,4	0	0,0
Autres cancers	70091	13,5	39416	14,6	30675	12,3
Maladies circulatoires	**167535**	**32,2**	**76854**	**28,4**	**90681**	**36,4**
Card. ischémique	46407	8,9	25521	9,4	20886	8,4
Mal. cér.-vasc. et hypertensives	43386	8,3	17890	6,6	25496	10,2
Autres maladies circulatoires	77742	15,0	33443	12,4	44299	17,8
Morts violentes	**45057**	**8,7**	**27497**	**10,2**	**17560**	**7,0**
Accidents de la circulation	8297	1,6	5937	2,2	2360	0,9
Suicides	12041	2,3	8872	3,3	3169	1,3
Autres traumatismes	24719	4,8	12688	4,7	12031	4,8
Alcoolisme **	**11199**	**2,2**	**8045**	**3,0**	**3154**	**1,3**
Maladies respiratoires	**37174**	**7,1**	**19518**	**7,2**	**17656**	**7,1**
Pneumonies et grippes	15307	2,9	7142	2,6	8165	3,3
Bronchite chronique	13061	2,5	7932	2,9	5129	2,1
Autres	8806	1,7	4444	1,6	4362	1,8
Sida	**4860**	**0,9**	**3986**	**1,5**	**874**	**0,4**
Autres causes	**109394**	**21,0**	**47241**	**17,4**	**62153**	**24,9**
Total	**519965**	**100,0**	**270749**	**100,0**	**249216**	**100,0**

* voies aérodigestives supérieures
** psychoses alcooliques et cirrhoses
Source : SC8-Inserm

La répartition des grands groupes de pathologies reste actuellement relativement stable dans le temps. On note cependant la progression du poids des tumeurs. Depuis la fin des années quatre-vingts, les cancers sont devenus la première cause de décès chez les hommes alors que la pathologie circulatoire arrivait en tête auparavant. Les données les plus récentes indiquent que cet accroissement du poids de la pathologie tumorale continue à s'observer quels que soient le sexe et l'âge.

En 1994, on a observé : 46 000 décès dus à l'infarctus, 43 000 aux maladies cérébro-vasculaires, 23 000 au cancer du poumon,

16 000 au cancer de l'intestin, 12 000 aux cancers des voies aérodigestives supérieures, 12 000 au suicide, 11 000 à l'alcoolisme (sans inclure l'ensemble des causes associées), 11 000 au cancer du sein, 8 000 aux accidents de la circulation et 5 000 au sida.

La répartition des pathologies varie sensiblement selon le sexe. Chez les hommes, ce sont les tumeurs qui prédominent avec un poids légèrement supérieur à celui des maladies circulatoires (respectivement 32 % et 28 %), alors que chez les femmes les maladies circulatoires arrivent largement en tête (36 % contre 23 % pour les tumeurs). L'étude plus détaillée des causes de décès indique que les pathologies les plus fréquentes sont chez l'homme : l'infarctus (9 %), les cancers du poumon (7 %) et les maladies cérébro-vasculaires (7 %). Chez la femme, ce sont les maladies cérébro-vasculaires (10 %), l'infarctus (8 %) et les cancers du sein (4 %).

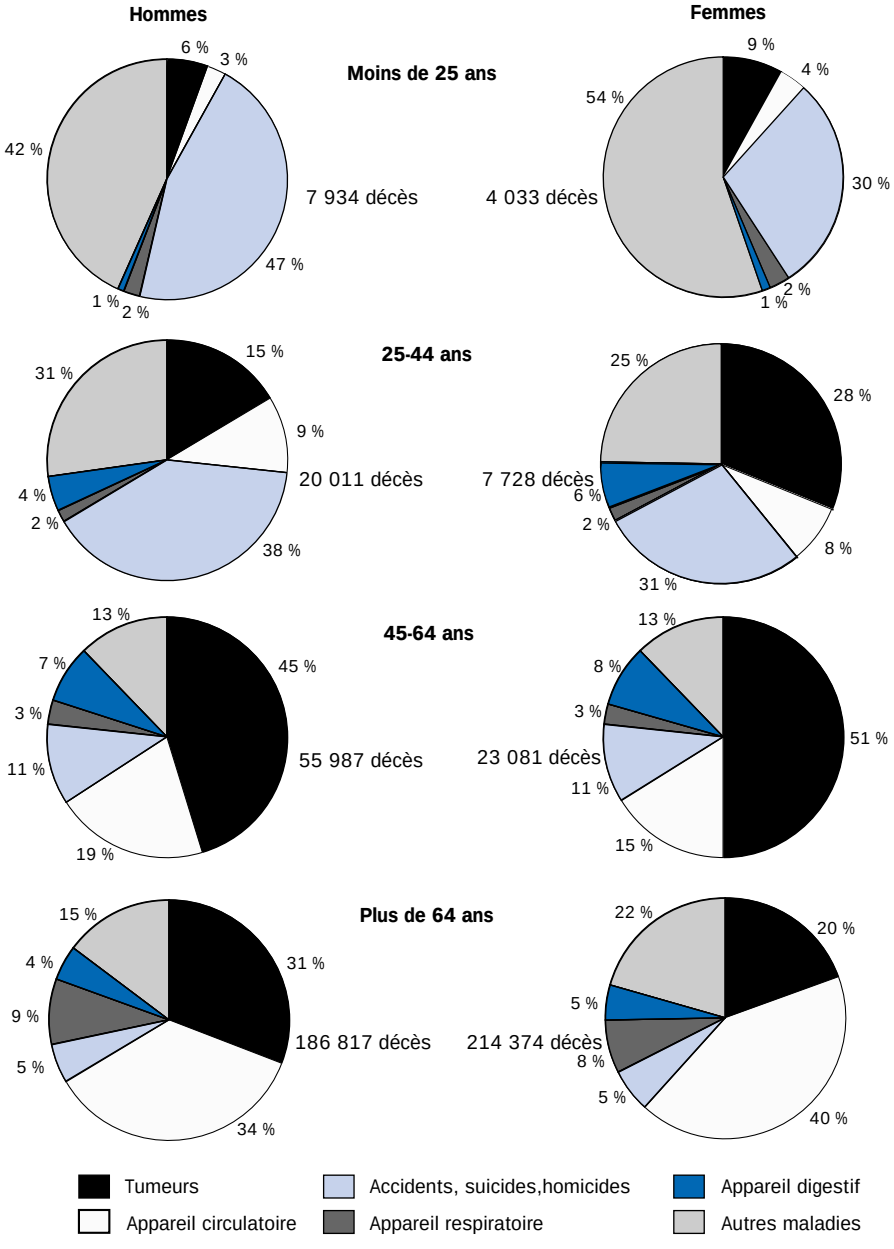
Le poids des maladies est également très différent selon les groupes d'âge considérés (figure 3). Avant 25 ans, ce sont les morts violentes qui prédominent (un décès sur deux chez les hommes et un sur trois chez les femmes). Entre 25 et 44 ans, les morts violentes restent les causes prépondérantes de décès mais le cancer commence à jouer un rôle important. Entre 45 et 64 ans les cancers sont les causes les plus fréquentes (un décès sur deux). Après 65 ans, ce sont les maladies cardio-vasculaires qui prédominent nettement.

Morbidité

Alors que la mortalité constitue un indicateur relativement facile à suivre du fait à la fois de la simplicité de sa définition et de la disponibilité d'informations exhaustives et régulières, les connaissances sur la fréquence des maladies au sein de la population sont plus difficiles à obtenir et posent davantage de problèmes d'interprétation.

La notion de morbidité peut être abordée de plusieurs manières : morbidité ressentie, morbidité déclarée, morbidité ayant entraîné un recours aux soins… Les données de morbidité reposent sur des enquêtes souvent ponctuelles et rarement représentatives de l'ensemble de la population. À cet égard, la situation en terme de connaissances sur la morbidité n'est pas très favorable en France en comparaison d'autres pays qui disposent de recueils de données plus fréquents. De plus, on ne dispose encore que de très peu d'informations sur la santé des populations défavorisées ou marginalisées du fait de la crise sociale et économique.

Figure 3 **Part des principales pathologies par sexe et groupe d'âge (1994)**



Lecture : en 1994, chez les hommes, 45 % des décès entre 45 et 64 ans étaient dus aux tumeurs.

Source : SC8-Inserm

La hiérarchie des pathologies est très différente selon la manière d'aborder la morbidité (tableau 3). On note d'abord l'écart existant entre la liste des **maladies les plus craintes** (accidents de la circulation mais également sida) (CFES, 1995) et celle des **maladies dont les Français se déclarent atteints** (Insee-Credes-Sesi, 1992).

Tableau 3 **Hiérarchie des pathologies selon différents indicateurs de santé**

Ordre des pathologies	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Maladies les plus craintes (1)	Accidents de la circulation	Tumeurs	Cardio-vasculaire	Sida	Dépression
Maladies déclarées un jour donné (2)	Maladies des yeux	Maladies des dents	Cardio-vasculaire	Ostéo-articulaire	Mal. endocrin. nutrition
Recours aux médecins libéraux (3)	Cardio-vasculaire	Affections ORL	Troubles mentaux, sommeil	Ostéo-articulaire	Digestif
Hospitalisation en court séjour (4)	Digestif	Traumatismes	Cardio-vasculaire	Tumeurs	Système nerveux
Mise en ALD (5)	Cardio-vasculaire	Tumeurs	Troubles mentaux	Mal. endocrin. nutrition	Maladies respiratoires
Mise en invalidité (5)	Troubles mentaux	Ostéo-articulaire	Cardio-vasculaire	Tumeurs	Système nerveux
Causes de décès (6)	Cardio-vasculaire	Tumeurs	Morts violentes	Mal. respiratoire	Digestif
Années potentielles de vie perdues (1-64 ans) (6)	Morts violentes	Tumeurs	Cardio-vasculaire	Alcoolisme	Sida

Source : (1) CFES 1995, (2) Insee-Credes 1992, (3) Credes 1992, (4) Sesi 1993, (5) Cnamts 1992, (6) SC8-Inserm 1994

Un sujet déclare en moyenne être porteur de trois affections un jour donné (fréquence plus élevée pour les femmes et augmentant avec l'âge). Il faut cependant préciser le poids important parmi ces maladies des affections ophtalmologiques (presbytie, myopie...) et des affections dentaires (prothèses, caries...). À part ces deux types d'affections, la morbidité prévalente est dominée par les maladies cardio-vasculaires, ostéo-articulaires, endocriniennes (obésité essentiellement) et par les troubles mentaux et du sommeil. Plus d'un Français sur quatre déclare souffrir d'un trouble circulatoire (hypertension artérielle, varices, phlébites...). Ces troubles sont plus fréquents chez la femme, exceptée la pathologie artérielle. La pathologie rachidienne (lombalgies, sciatiques, rhumatismes...) touche également un quart de la population. 14 % des sujets sont atteints d'obésité (déterminée selon un critère poids-taille) et 3 % de diabète. Plus d'une femme sur cinq déclare

souffrir d'un trouble psychique ou du sommeil contre un homme sur dix. La morbidité déclarée a tendance à augmenter dans le temps (essentiellement chez les sujets âgés) mais cette progression semble s'expliquer davantage par la tendance à la médicalisation accrue des questions de société et par une plus grande sensibilité aux problèmes de santé que par une réelle détérioration de la santé (Credes, 1992).

Pour les **motifs de recours en médecine libérale**, ce sont les pathologies cardio-vasculaires qui arrivent en tête (principalement l'hypertension) puis les affections ORL et les troubles mentaux (états dépressifs...). Les causes d'**hospitalisation les plus fréquentes en court séjour** (Sesi, 1993) sont les maladies de l'appareil digestif (hernies, appendicites...), les lésions traumatiques (traumatismes crâniens) et empoisonnements, les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs.

Les motifs les plus fréquents de **« mise en affection de longue durée »** (Cnamts, 1994) sont les pathologies cardio-vasculaires (artériopathies, hypertension...) alors que la **mise en invalidité** (Cnamts, 1992) concerne surtout des malades souffrant d'affections psychiatriques et d'affections ostéo-articulaires.

Il est frappant de noter que les indicateurs de morbidité peuvent varier dans un sens différent de ceux de mortalité. Ainsi, alors que les taux de décès sont nettement plus élevés chez les hommes, on constate l'inverse en terme de morbidité déclarée (davantage d'affections chez les femmes). De même, la relation marquée entre taux de décès et catégories sociales apparaît nettement moins clairement sur la base des études de morbidité. L'évolution dans le temps des deux types d'indicateurs diverge également : nette diminution de la mortalité et, au contraire, tendance à l'augmentation de la morbidité déclarée.

Les indicateurs de morbidité eux-mêmes reflètent des réalités différentes. Il peut exister peu de relation entre le fait de juger son état de santé satisfaisant et le fait de consulter un médecin. De même des personnes âgées handicapées peuvent déclarer un bon état de santé.

Certaines enquêtes ont pour objectif l'analyse de la **perception globale de l'état de santé** au sein de la population (CFES, 1995 ; Credoc, 1993). Cette perception est généralement bonne (tout au moins à travers les enquêtes dont on dispose, qui peuvent exclure certaines catégories marginalisées de la population). Plus de 8 français sur 10 déclarent un état de santé satisfaisant (proportion un peu plus élevée chez les femmes, diminuant avec l'âge

et progressant avec le niveau de formation). Cette perception subjective du niveau d'état de santé reste relativement stable dans le temps (malgré la médiatisation des questions de santé et la progression de la consommation médicale). Elle varie selon les caractéristiques des individus, les facteurs socioculturels et les facteurs psychologiques. Plus qu'à une réalité pathologique, c'est en fait davantage dans le domaine des représentations de la santé que se situe l'opinion des sujets.

Pour définir un bon état de santé, les personnes interrogées évoquent prioritairement le fait de « prendre plaisir à vivre » plutôt que « ne pas avoir à consulter un médecin » (Credoc, 1993). C'est ainsi un contenu « positif » de la notion de santé qui ressort majoritairement des enquêtes. Dans cette représentation de la santé, le comportement de l'individu apparaît comme le déterminant essentiel de son niveau de santé. Qu'il s'agisse de l'amélioration de l'état de santé de la population ou des déterminants de leur propre santé, les personnes interrogées attribuent souvent un rôle secondaire à l'intervention médicale. Ainsi, pour améliorer l'état de santé, quatre directions sont majoritairement proposées : un meilleur équilibre alimentaire, la diminution de la consommation d'alcool et de tabac, la réduction de la pollution et l'intensification de la recherche médicale alors que peu de sujets proposent d'augmenter le nombre de médecins. Ils mettent également souvent en avant le rôle important joué par le chômage et le manque d'argent en tant que déterminants de l'état de santé.

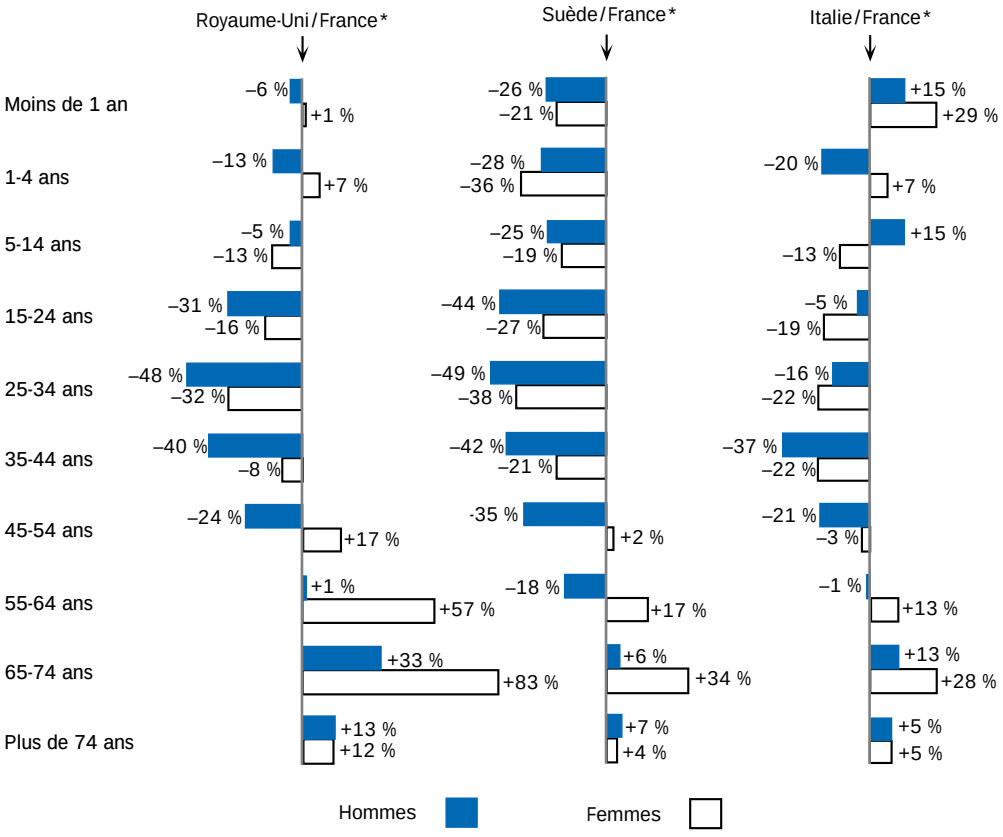
Mortalité prématurée et « évitable »

Situation de la France par rapport à d'autres pays

Lorsque l'on compare les niveaux de mortalité par sexe et âge de la France à ceux d'autres pays de développement semblable (OMS, 1992), on constate que notre pays se distingue par une surmortalité « prématurée » (avant 65 ans) que ce soit pour les hommes ou, dans une moindre mesure, pour les femmes (figure 4). Aux âges élevés au contraire, les risques de décès sont généralement nettement plus bas en France.

Par exemple, la comparaison de la France au Royaume-Uni indique qu'entre 25 et 44 ans, les taux de décès des hommes sont presque deux fois plus élevés en France, alors qu'entre 65 et 74 ans, la mortalité est au contraire nettement plus élevée au Royaume-Uni. La surmortalité des jeunes adultes en France s'explique

Figure 4 **Comparaison des taux de décès par sexe et âge au Royaume-Uni, en Suède et en Italie par rapport à la France (1992)***



Lecture : En 1992, pour les hommes entre 25 et 34 ans, la mortalité était 48 % moins élevée au Royaume-Uni qu'en France. Pour les femmes entre 65 et 74 ans, la mortalité était 83 % plus élevée au Royaume-Uni qu'en France.

* (taux de décès du pays considéré – taux de décès France) X 100 / taux de décès France

Source : SC8-Inserm

essentiellement par la fréquence plus élevée de quatre types de cause de décès : le sida, le suicide, les accidents de la circulation et les autres types d'accidents (Inserm, 1992).

Des tendances identiques s'observent en comparant la France à des pays aussi divers que la Suède, l'Italie, les Pays-Bas, le Japon… L'étude des évolutions des différences entre pays depuis une vingtaine d'années, met en évidence une tendance à l'amplification de ce phénomène avec le temps.

Évolution de la mortalité prématurée et « évitable » en France

La **mortalité prématurée,** elle-même indicateur de l'incidence prématurée de pathologies graves, constitue ainsi un des problèmes préoccupants de santé publique pour la France. De ce point de vue, il est intéressant de distinguer, au sein de la mortalité prématurée, deux types d'indicateurs (Inserm, 1994) :

- la **mortalité « évitable » liée aux habitudes de vie** : causes de décès dont la fréquence pourrait être diminuée essentiellement par une action sur les comportements individuels (risques liés à la consommation de tabac, à l'alcool, à une conduite dangereuse...) ; cette sélection comprend les cancers du poumon, les cancers des voies aérodigestives supérieures, l'alcoolisme, les accidents de la circulation, les suicides et le sida.
- la **mortalité « évitable » liée au système de soins** : causes de décès dont la fréquence pourrait être diminuée grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur les comportements individuels ; cette sélection comprend les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébro-vasculaires et hypertensives, les cancers du sein, les cancers de l'utérus, les ulcères digestifs-appendicites-hernies abdominales, la mortalité périnatale (moins de 7 jours) et maternelle.

Mortalité prématurée et mortalité « évitable » doivent être considérées comme des indicateurs privilégiés pour l'analyse des dysfonctionnements à l'intérieur du système de santé et de prévention dans son ensemble. Elles renvoient également au rôle essentiel des déterminants sociaux (niveau et conditions de vie, niveau d'instruction...) à travers les comportements individuels, pratiques de santé et pratiques de recours aux soins. Ces indicateurs sont fréquemment utilisés que ce soit au niveau international (Actions Concertées Européennes, 1985-1995) ou, en France, au niveau régional (Fnors, 1994).

La mortalité prématurée (décès avant 65 ans) concerne un quart de l'ensemble des décès en 1994, soit un total de 118 774 décès. Ce poids est très différent selon le sexe : 30 % pour les décès masculins (83 932 décès) et 15 % pour les décès féminins (34 842 décès).

La répartition des grands groupes de pathologies responsables de la mortalité prématurée est sensiblement différente de celle observée pour la mortalité générale. Pour les décès survenus avant 65 ans, les cancers (plus d'un décès sur trois) et les accidents et morts violentes (un décès sur cinq) sont prépondérants, alors que

les maladies de l'appareil circulatoire ne représentent plus que 15 % des décès. Le poids de la pathologie cancéreuse avant 65 ans est plus important chez les femmes que chez les hommes (42 % contre 35 %). Il a sensiblement progressé pour les deux sexes depuis dix ans.

Chez l'homme, les causes de décès les plus fréquentes avant 65 ans sont les cancers du poumon (9 %), le suicide (8 %), les cancers des voies aérodigestives supérieures (7 %), les infarctus (7 %), les accidents de la circulation (6 %) et l'alcoolisme (6 %). Chez la femme, ce sont les cancers du sein qui prédominent (12 %) devant le suicide (6 %), l'alcoolisme (6 %) et les accidents de la circulation (5 %).

La figure 5 indique la progression des causes de mortalité « évitable » de 1980 à 1994 en distinguant les évolutions selon deux périodes (1980-1987 et 1987-1994) et en caractérisant les tendances les plus récentes observées (progression 1993-1994/1991-1992).

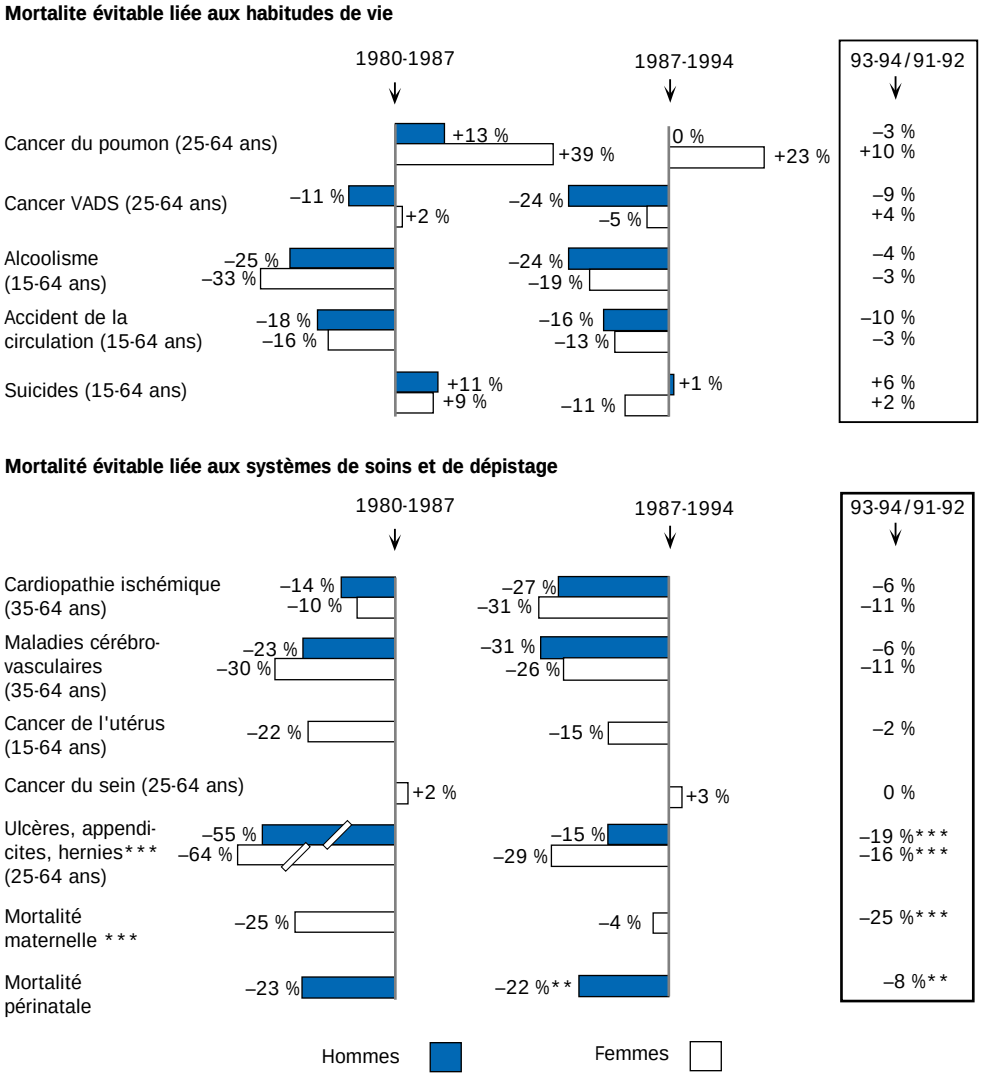
En ce qui concerne la **mortalité « évitable » liée aux habitudes de vie**, on constate :

- un fort accroissement du cancer du poumon chez les femmes quelle que soit la période, progression qui s'accélère actuellement ; chez les hommes la progression semble au contraire s'être actuellement arrêtée ; notons cependant que les taux de décès des hommes restent près de dix fois plus élevés que ceux des femmes,
- la progression actuelle des cancers des voies aéorodigestives chez les femmes (mais son niveau est toujours minime par rapport aux hommes),
- la progression des suicides, augmentation concernant actuellement surtout les jeunes (faisant suite à une phase de diminution à la fin des années quatre-vingts),
- une tendance au plafonnement de la progression des décès par sida (ce qui ne signifie pas le contrôle de l'épidémie puisque le nombre annuel de nouvelles infections reste important),
- la baisse des décès par alcoolisme et par accidents de la circulation.

Il est intéressant de comparer certaines de ces tendances avec celles constatées dans des pays voisins.

On observe en France, par rapport à des pays de développement comparable, des niveaux de mortalité prématurée plus élevés pour la plupart des causes liées aux habitudes de vie (accidents de la circulation, suicides, alcoolisme, sida..).

Figure 5 **Évolution des causes de décès « évitables » selon le sexe *** (France 1980-1994)



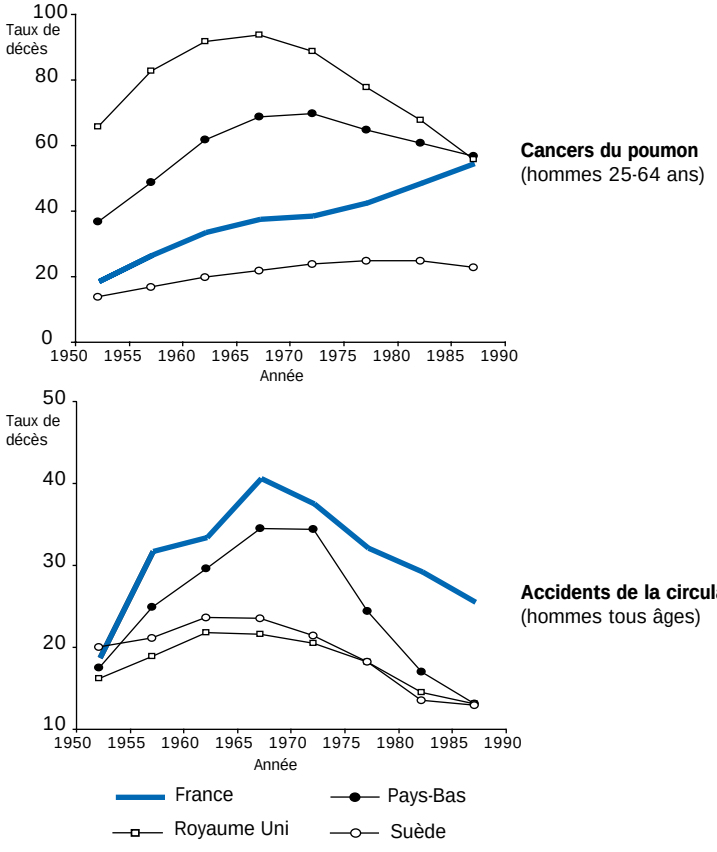
Lecture : Entre 1987 et 1994, les cancers du poumon ont progressé de +23 % chez les femmes.

* Taux de décès standardisés par âge
** Dernière année disponible 1992 au lieu de 1994
*** Taux instables du fait des faibles effectifs

Source : SC8-Inserm

Pour les accidents de la circulation, la France se situe au niveau de l'Espagne et de l'Italie mais nettement au-dessus de l'Angleterre, de l'Allemagne ou des Pays-Bas. Si les taux ont nettement diminué depuis une vingtaine d'années, la baisse a cependant été moins importante que dans la plupart des pays voisins (Allemagne, Pays-Bas, Italie, Royaume-Uni, Suède...). Ainsi si les mesures de prévention décidées durant les années quatre-vingts ont eu un impact important sur la réduction des risques, les résultats obtenus, mesurés en terme de mortalité, ont été cependant moins bons que dans d'autres pays voisins (figure 6).

Figure 6 **Évolution des taux de décès par cancer du poumon et par accident de la circulation en France, aux Pays-Bas, au Royaume Uni et en Suède (sexe masculin — 1950-1990)**



Source : OMS — SC8 Inserm

Pour les suicides, on constate une évolution semblable. Au début des années soixante-dix, la mortalité était plus élevée en Suède et en Allemagne, alors que les taux français sont actuellement plus élevés que dans ces deux pays.

Pour les cancers du poumon, les taux de décès des hommes ont eu tendance à fortement augmenter en France durant les années soixante-dix et quatre-vingts alors que la mortalité a nettement diminué au Royaume-Uni et aux Pays-Bas et a peu évolué en Allemagne et en Suède durant la même période (figure 6). Depuis le début des années quatre-vingt-dix, la consommation de tabac a diminué en France chez les hommes mais l'impact de cette baisse ne pourra s'observer réellement sur la mortalité qu'à partir du début des années 2000. Remarquons cependant que l'assouplissement progressif de l'application des textes réglementaires (que ce soit pour le tabac ou pour l'alcool) pourrait ralentir cette évolution.

En ce qui concerne la **mortalité « évitable » liée au système de soins,** on observe pour l'ensemble des pathologies une nette tendance à la baisse des taux de mortalité (figure 5). Les diminutions les plus marquées ont concerné les pathologies cardio-vasculaires (pour les deux sexes), la mortalité périnatale et la mortalité maternelle. Les décès par cancers du l'utérus ont également fortement régressé. Seuls, les cancers du sein ont eu tendance à légèrement augmenter mais on note également une stabilisation récente du niveau de mortalité pour ce type de cancer.

On peut à nouveau comparer ces évolutions avec celles observées dans d'autres pays voisins.

Pour les pathologies cardio-vasculaires et en particulier pour les cardiopathies ischémiques, les taux de décès en France sont nettement moins élevés que dans les autres pays.

Pour la mortalité périnatale, infantile et maternelle, l'évolution a été très favorable dans la plupart des pays. Dans le cas de la France, on peut mettre en relation les progrès observés avec le programme périnatalité mis en place depuis une vingtaine d'années.

Pour les cancers du sein et de l'utérus, la France se situe dans une position moyenne par rapport aux autres pays. Les taux de décès en France ont moins diminué que dans d'autres pays (Allemagne, Pays-Bas, Suède, Italie, Espagne...). L'impact des mesures de dépistage précoce ne pourra s'observer que dans les années à venir.

Les effectifs de décès correspondant aux composantes de la mortalité « évitable » sont très différents selon le sexe. Le nombre annuel de décès prématurés est pratiquement double chez les hommes. Parmi ces décès, le nombre de décès évitables liés au système de soins est proche pour les deux sexes mais celui lié aux habitudes de vie est supérieur chez l'homme.

La surmortalité masculine est extrêmement marquée pour certaines pathologies « évitables ». La mortalité avant 65 ans est 15 fois plus élevée chez les hommes par rapport aux femmes pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, 10 fois plus élevée pour les cancers du poumon, 6 fois plus élevée pour l'infarctus et de 2 à 3 fois plus élevée pour les accidents de la circulation, le suicide, l'alcoolisme et les maladies cérébro-vasculaires. La mortalité prématurée des hommes est responsable de plus de 70 % de l'ensemble des années potentielles de vie perdues.

Les données relatives à la mortalité prématurée et aux causes de décès évitables montrent l'importance de facteurs tels que l'alcool, le tabac, le mode d'alimentation, et plus généralement l'impact des comportements à risque pour expliquer la surmortalité des hommes par rapport à celle des femmes. Mais d'autres facteurs jouent également : différence d'attention vis-à-vis de l'état de santé, type d'emploi professionnel (exposition aux nuisances industrielles), meilleure couverture préventive des femmes…

Lorsque l'on compare la mortalité entre pays de niveau de développement semblable, on constate que la France se distingue par une mortalité « prématurée » plus élevée que dans la plupart des autres pays. Cette particularité s'explique essentiellement par une fréquence augmentée chez les hommes des pathologies liées aux habitudes de vie et aux comportements individuels à risque. Ces observations montrent ainsi clairement qu'une des priorités de santé publique doit consister à accentuer les efforts permettant d'agir sur les facteurs liés à ces comportements tout en analysant les raisons des meilleurs résultats obtenus par d'autres pays dans certains domaines.

Les grandes pathologies « évitables »

Maladies liées à l'alcoolisme

Parmi les déterminants de l'état de santé liés aux habitudes de vie, l'alcool joue un très grand rôle. Une consommation excessive d'alcool est à l'origine de graves problèmes de santé : atteintes du système nerveux central et périphérique, atteintes du foie, du système cardio-vasculaire, retards de développement chez le fœtus et l'enfant. Elle augmente le risque d'accidents de toute nature : accidents de la route, accidents domestiques, accidents du travail. Elle intervient comme déterminant dans de nombreux problèmes sociaux : difficultés au travail, coups et blessures, viols, mauvais traitements à enfant et à conjoint.

L'importance de la consommation d'alcool est une spécificité française et, malgré une baisse régulière de la consommation moyenne au cours des décennies passées, la consommation excessive d'alcool demeure un des principaux problèmes de santé publique.

Mortalité due à l'alcoolisme

En raison de la multiplicité des effets dus à une consommation excessive d'alcool, l'évaluation de la mortalité due à l'alcoolisme peut s'appuyer sur des critères plus ou moins spécifiques. Dans ce qui suit on se restreint aux pathologies entièrement dues ou très liées à une imprégnation éthylique chronique.

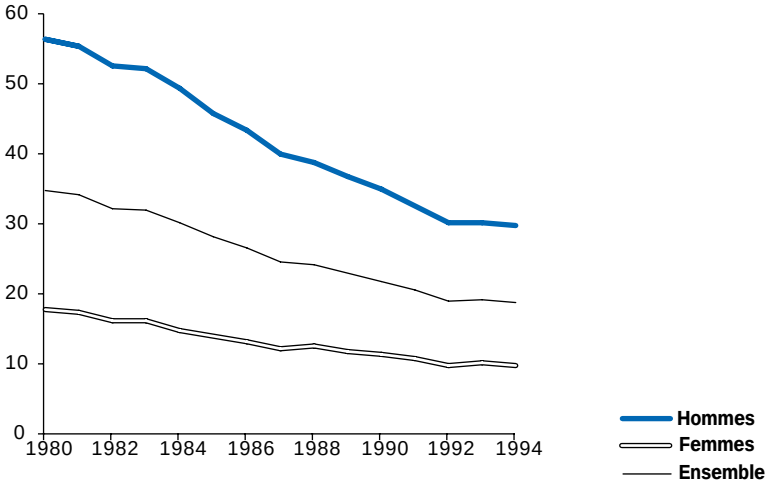
En 1994, 8 050 hommes et 3 150 femmes sont décédés de psychose alcoolique et de cirrhose et lésions alcooliques du foie ; de plus 10 700 hommes et 1 500 femmes sont décédés de cancers des voies aérodigestives supérieures (cancers VADS) causés le plus souvent par l'association de l'alcool et du tabac, soit un total de 23 400 décès dus à l'alcoolisme chronique. Psychoses alcooliques et cirrhoses représentent 3,0 % de la mortalité chez les hommes et 1,3 % chez les femmes et les cancers VADS respectivement 4,0 % et 0,6 %.

Les psychoses alcooliques et les cirrhoses pèsent de façon importante dans la mortalité prématurée, 6,0 % pour les hommes, 5,5 % pour les femmes. Pour celles-ci, il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable liée aux habitudes de vie après les suicides. Pour leur part les cancers VADS représentent 6,7 % de la mortalité prématurée pour les hommes et 1,5 % pour les femmes.

Au cours des années quatre-vingts le nombre de décès dus aux psychoses alcooliques et cirrhoses a diminué au rythme rapide de 600 par année, ce qui est à mettre en relation avec la décrois-

sance régulière de la consommation moyenne d'alcool ; cependant cette chute s'est brusquement interrompue à partir de 1992. Il importera d'observer avec soin s'il s'agit d'une rupture de tendance durable (figure 7).

Figure 7 **Mortalité par psychoses alcooliques et cirrhoses*** (tous âges)** France 1980-1994



Nombre total de décès en 1994 -> 11 199

Variations observées	Hommes	Femmes	Total
1980->1987	**-29 %**	**-32 %**	**-29 %**
1987->1994	**-25 %**	**-19 %**	**-13 %**
91-92->93-94	**-5 %**	**-4 %**	**-4 %**

* codes CIM : 291, 303, 571. 0-3, 5

** taux de décès standardisés par âge

Source : SC8-Inserm

Morbidité En fonction des critères habituellement retenus par les épidémiologistes, on peut estimer à cinq millions le nombre de personnes que leur usage de l'alcool expose à des difficultés d'ordre médical, psychologique et social, et à deux millions les personnes dépendantes de l'alcool.

En ce qui concerne la prise en charge par le système de soins, les séjours hospitaliers dus à des psychoses alcooliques et à l'alcoolisme chronique pouvaient être estimés en 1993 à 63 000, ceux

dus aux cirrhoses et maladies chroniques du foie à 60 000 et ceux dus aux cancers VADS (non compris les séances de radiothérapie et chimiothérapie) à 65 000. L'ensemble de ces pathologies est ainsi cause de trois séjours hospitaliers annuels en court séjour pour 1 000 habitants (tableau 4). Les taux maxima apparaissent pour la tranche d'âge 60-64 ans avec 15 séjours pour 1 000 hommes et 3 séjours pour 1 000 femmes mais les taux pour les tranches d'âges plus jeunes sont loin d'être négligeables avec par exemple pour la tranche 35-44 ans des taux de 7 séjours pour 1 000 hommes et de 2 séjours pour 1 000 femmes.

Tableau 4 **Hospitalisation en court séjour pour psychoses alcooliques, cirrhoses et cancers VADS** (taux d'hospitalisation pour 1 000 habitants)

	Tous âges	35-44 ans	45-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
Hommes	5,0	7,0	9,6	11,7	14,9	9,5	5,8	5,2
Femmes	1,5	1,7	4,0	2,7	3,2	2,4	1,0	1,7
Deux sexes	3,2	4,3	6,8	7,1	8,8	5,5	2,8	2,6

Lecture : en 1993, pour 1 000 hommes de 46 à 54 ans, il y a eu 11,7 séjours hospitaliers en court-séjour pour une des causes spécifiques. Plusieurs séjours ont pu être effectués par le même patient.

Source : Sesi, Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993

Les hospitalisations pour ivresse aiguë pouvaient être estimées en 1993 à 33 000 (24 000 pour les hommes et 9 000 pour les femmes) et 7 % des patients pris en charge par les secteurs de psychiatrie générale, soit 7 000, l'étaient pour des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool.

Consommation d'alcool

La consommation d'alcool diminue de façon régulière en France. La consommation moyenne d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans est ainsi passée de 22 litres en 1970 à 16 en 1994.

D'après les enquêtes menées dans la population (en 1980-1981, 1986-1987 et 1991-1992), les quantités moyennes consommées diminuent pour les deux sexes à tous les groupes d'âges sauf pour les hommes de 20 à 24 ans et les femmes de plus de 65 ans pour lesquelles on constate une stabilité. Cette baisse s'explique à la fois par le fait qu'au cours de la décennie 80 la proportion de buveurs réguliers a baissé de 3 % pour les hommes et de 24 % pour les femmes et que, dans cette population de buveurs réguliers, la proportion de « petits buveurs » (un à deux verres par jour) s'est accrue alors que celle des buveurs de cinq à huit verres diminuait.

Les pratiques de consommation changent au détriment du vin et au bénéfice de la bière et des alcools forts. Si la bière gagne du terrain à tous les âges, c'est parmi les jeunes que les alcools forts progressent le plus. On constate également une augmentation de la proportion de buveurs consommant régulièrement plusieurs types d'alcool.

À la consommation régulière d'alcool, il faut adjoindre la consommation occasionnelle pouvant conduire à l'ivresse ; c'est ainsi que d'après l'enquête nationale auprès des adolescents réalisée en 1993 par l'Inserm, plus d'un jeune sur cinq déclare avoir été ivre au moins une fois dans l'année.

La lutte contre la consommation excessive d'alcool peut avoir des effets très rapides par la diminution des accidents et des comportements violents. Le lien avec la mortalité due aux psychoses alcooliques, cirrhoses et cancers VADS est évident mais il ne peut apparaître que plus tardivement. Le pic de consommation des années cinquante a conduit à une mortalité maximum au milieu des années soixante. Depuis cette date la mortalité a diminué avec une accélération depuis 1980.

La poursuite de la baisse de la consommation d'alcool continuera certainement d'avoir des effets de santé positifs. Cependant son niveau qui reste élevé dans certaines parties de la population, des changements de pratique pas toujours favorables, notamment chez les jeunes, ainsi que son interaction avec d'autres facteurs de société tels que l'exclusion, incitent à la vigilance. La politique de prévention des comportements de consommation dommageables doit être poursuivie et amplifiée.

Les accidents

Les accidents de la voie publique

Selon les statistiques établies par la sécurité routière, on a dénombré en 1995 en France 133 000 accidents corporels de la circulation, 8 400 tués à 6 jours (8 900 à 30 jours), 39 000 blessés graves (définis comme les blessés dont l'état a nécessité plus de 6 jours d'hospitalisation) et 142 000 blessés légers (de 0 à 6 jours d'hospitalisation) (tableau 5 et figure 8).

Depuis le début des années soixante-dix, ces trois indicateurs ont fortement diminué. Au cours des dix dernières années, alors que le trafic s'est accru de près de 50 %, le nombre d'accidents corporels a baissé de 30 %, celui des tués de 20 % et celui des blessés de 33 %.

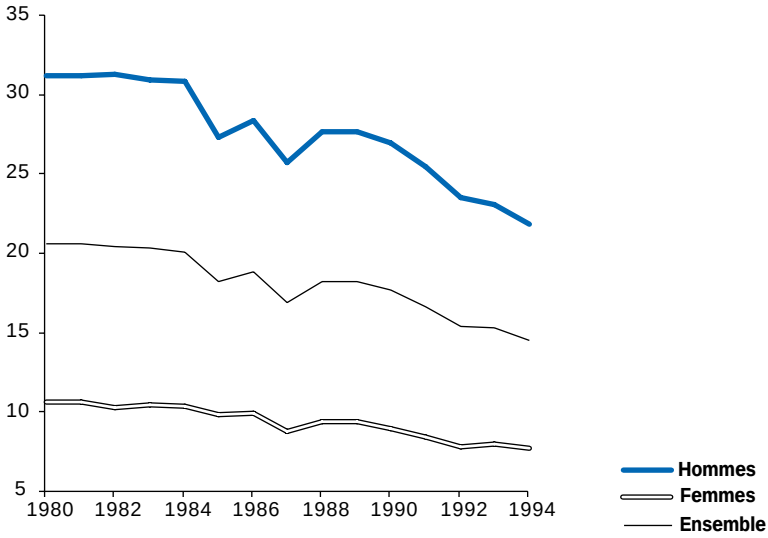
Tableau 5 **Victimes d'accidents de la route par catégorie d'usagers**

	Nombre de tués* 1995	Nombre de blessés 1995
Piétons	1 027	21 197
Ensemble deux roues	1 625	46 416
dont :		
Cyclistes	374	7 681
Cyclomotoristes	471	21 487
Motocyclistes	780	17 248
Voitures de tourisme	5 389	106 290
Voitures utilitaires et poids lourds	371	7 500
Total usagers	8 412	181 403

* Personnes décédées dans les 6 jours suivant l'accident

Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière, bilan annuel 1995

Figure 8 **Mortalité par accidents de la circulation*** (tous âges) France 1980-1994



Nombre total de décès en 1994 -> 8 297

Variations observées	Hommes	Femmes	Total
1980->1987	–18 %	–17 %	–18 %
1987->1994	–15 %	–12 %	–15 %
91-92->93-94	–8 %	–3 %	–7 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge

Source : SC8-Inserm

Cette baisse sensible du nombre de tués et de blessés ne doit pas masquer le fait que les accidents de la circulation demeurent un grave problème de santé publique en France, en particulier du fait de son ampleur dans les classes d'âge jeunes. Ce sont en effet les 15-24 ans qui sont les plus exposés avec un taux de décès près de deux fois plus fort que la moyenne. En 1993, ce type d'accidents a constitué de loin la première cause de décès pour cette tranche d'âge avec 40 % des décès des jeunes hommes et 33 % des décès des jeunes filles de 15 à 24 ans. De façon plus générale, les calculs effectués sur l'année 1991 ont montré que ces accidents représentaient 1,8 % de la mortalité générale, mais 6,3 % de la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) et 13,3 % en terme d'années potentielles de vie perdues[1].

La France occupe une position défavorable, par rapport à la moyenne des pays de développement comparable (cf. figure 6). Par le nombre de tués rapporté à la population, la France occupe ainsi la dixième place sur les quinze pays membres de l'Union européenne, et la huitième pour le nombre de tués rapporté au parc de véhicules.

Les progrès apparaissent fragiles puisqu'il a suffi de la perspective de l'amnistie traditionnelle qui suit l'élection présidentielle pour qu'un relâchement des comportements soit l'explication plausible du maintien du nombre de tués et de blessés en 1995 par rapport à 1994. D'après le bilan annuel réalisé par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière, l'année 1995 se divise en effet en deux périodes bien distinctes : la première période (de janvier à la fin du mois de juillet) présente une dérive similaire à celle survenue en 1988 dans des circonstances analogues d'amnistie, avec cependant moins d'ampleur. Le nombre de tués croît de 3,3 % sur ces sept mois. Surtout sensible en milieu rural jusqu'à mai, cette dégradation gagne le milieu urbain à partir de juin, se prolongeant au-delà de la date où le bénéfice de la loi n'est plus acquis. Ce phénomène a débuté en novembre 1994 où les premiers effets d'anticipation ont pu être perçus. Après la promulgation de la loi d'amnistie, l'annonce de l'abaissement du taux d'alcoolémie de 0,7 à 0,5 g/l et son application à partir du

[1] Les années potentielles de vie perdues sont définies comme le nombre d'années que les sujets morts prématurément, c'est-à-dire par convention avant l'âge seuil de 65 ans, n'ont pas vécu. Ainsi par exemple un décès survenu à 45 ans compte pour 20 années perdues et un décès survenu à 52 ans pour 13 années perdues. Cet indicateur, complémentaire de celui de mortalité prématurée, permet de prendre en compte la plus ou moins grande précocité des décès au sein de la mortalité prématurée.

15 septembre expliquent vraisemblablement la forte diminution de 7,2 % du nombre de tués pour les cinq derniers mois de l'année.

Les facteurs de risque liés au comportement de l'usager se retrouvent à des degrés divers dans 90 % des accidents corporels : excès de vitesse, défaut de port de ceinture ou de casque, modification de la vigilance… Sur ce dernier point, l'alcool est fréquemment en cause, notamment dans les accidents graves. L'étude des accidents survenus en 1994 montre ainsi que 8 % des conducteurs impliqués dans un accident corporel et 19 % de ceux impliqués dans un accident mortel avaient un taux d'alcoolémie illégal, ce pourcentage s'élevant à 29 % lorsque l'analyse est restreinte aux conducteurs présumés responsables d'accidents mortels.

Un excès de vitesse est présent dans près de la moitié des accidents mortels. De fait, d'après l'Observatoire national interministériel de sécurité routière, c'est de la vitesse que dépendra la consolidation ou la fragilisation des résultats obtenus jusqu'à présent. Pendant le jour, le pourcentage de dépassement de la vitesse limite autorisée (plus 10 km/h) variait en 1995 de 19 % sur les autoroutes de liaison à 24 % dans les traversées d'agglomérations moyennes, 29 % sur les routes nationales, 34 % sur les routes départementales à grande circulation pour atteindre 46 % dans les entrées-sorties d'agglomérations moyennes et 52 % dans la traversée des agglomérations de moins de 5 000 habitants.

Le défaut d'utilisation des systèmes de protection passive représente un facteur de risque majeur puisqu'en 1993 le taux de mortalité a été quatre fois plus élevé chez les automobilistes non ceinturés et deux fois plus chez les cyclomotoristes et les motards non casqués.

L'ensemble des facteurs de risque d'accidents qui concernent la route, le véhicule et l'usager ont fait l'objet de nombreux travaux et ont été résumés dans un livre blanc sur la sécurité routière publié en 1988.

Les moyens d'une politique de sécurité routière active sont donc connus et sa nécessité est bien comprise puisque ce sont les accidents de la circulation que la population craint le plus parmi l'ensemble des risques et maladies (cf. tableau 3). Les principales mesures prises ou envisagées en terme de sécurité routière, y compris en rapport avec la vitesse, reçoivent un soutien massif dans les sondages d'opinion. Par ailleurs il est intéressant de constater que les nombreuses mesures de prévention des acci-

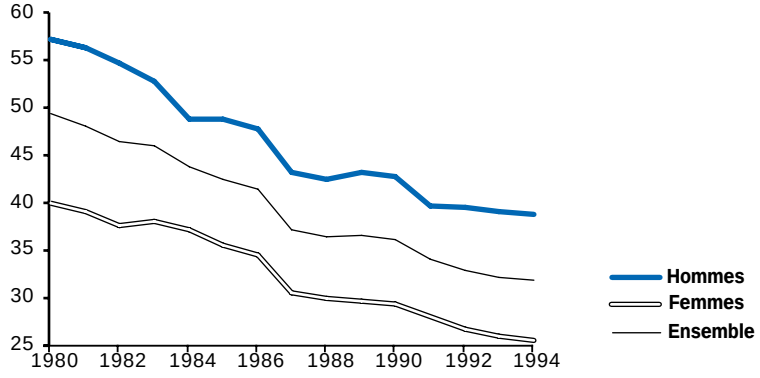
dents prises depuis 1972 par la délégation interministérielle à la sécurité routière ont pratiquement toujours été suivies par une baisse sensible du nombre de tués et de blessés. À titre d'illustration, dans la dernière période, on peut citer l'effet de la baisse du seuil d'alcoolémie, décrit plus haut, ou l'introduction de la mesure de retrait d'un point pour non port de la ceinture en mai 1994. Celle-ci s'est traduite par une progression du taux de port de la ceinture aux places avant de 3 % en rase campagne en 1995 et de plus de 10 % en deux ans en agglomération, avec une diminution corrélative du nombre de tués et de blessés.

Les accidents de la vie courante

Les accidents de la vie courante, qui surviennent au domicile, à l'école ou lors des loisirs, peuvent être graves. Ils ont causé 17 900 décès en 1994 (figure 9).

L'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux de 1991 conduit à une estimation d'environ 8,4 millions d'accidents de la vie courante ayant nécessité au moins un recours au médecin ou

Figure 9 **Mortalité par accidents de la vie courante*** (tous âges)
France 1980-1994



Nombre total de décès en 1994 -> 17 875

Variations observées	Hommes	Femmes	Total
1980->1987	–24 %	–23 %	–24 %
1987->1994	–10 %	–16 %	–14 %
91-92->93-94	–2 %	–6 %	–4 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge

Source : SC8-Inserm

au pharmacien. La moitié de ces accidents se produisent au domicile ou dans ses abords immédiats et l'autre moitié durant les loisirs ou les activités scolaires (tableau 6).

Tableau 6 **Les accidents de la vie courante en 1991**

Accidents	Nombre d'accidents (en milliers)		
	Hommes	Femmes	Ensemble
Accidents de la vie courante	4 531	3 872	8 403
Domestiques	1 747	2 269	4 016
Loisirs ou scolaires	2 784	1 603	4 387

* L'enquête santé recense les accidents non mortels ayant nécessité au moins un soin : une consultation médicale ou paramédicale, un achat pharmaceutique, des analyses ou examens, une interruption d'activité, un alitement ou une hospitalisation.

Source: Insee, Enquête santé 1991

D'après cette enquête, si 20 % de ces accidents, soit 1,7 million, restent bénins au sens où ils n'ont occasionné que des achats pharmaceutiques, trois sur cinq, soit 5,2 millions, sont suffisamment alarmants ou graves pour donner lieu à une consultation auprès d'un médecin ou d'un auxiliaire médical et un sur huit, soit 1,5 million, entraîne une interruption d'activité (tableau 7).

L'enquête de morbidité hospitalière réalisée en 1992-1993 conduit pour sa part à une estimation de 845 000 séjours hospitaliers dans les services de court-séjour dus à ce type d'accidents.

Globalement les hommes ont plus d'accidents que les femmes : annuellement 16,8 pour 100 hommes contre 13,5 pour 100 femmes.

Les femmes ont traditionnellement plus d'activités à la maison que les hommes. Elles sont donc plus touchées par les accidents domestiques (7,9 accidents pour 100 femmes contre 6,5 pour 100 hommes), alors que les hommes le sont deux fois plus qu'elles par les accidents de loisirs (10,3 accidents pour 100 hommes contre 5,6 pour 100 femmes).

Ceci entraîne des différences de gravité selon le sexe. Les hommes se blessent en moyenne plus gravement que les femmes car les accidents domestiques sont plus souvent bénins que les accidents de loisirs. De plus, les hommes pratiquent des sports plus dangereux et prennent plus de risques que les femmes à situations semblables.

Les jeunes enfants et les personnes âgées sont principalement exposés aux accidents domestiques (chutes, chocs, brûlures, intoxications, coupures...).

Tableau 7 **Taux d'accidents de la vie courante en 1991 par degré de gravité***

	Nombre d'accidents pour 100 personnes		
	Hommes	Femmes	Ensemble
Ensemble des accidents de la vie courante	**16,8**	**13,5**	**15,1**
Bénins	2,7	3,3	3,0
Peu graves	10,6	8,3	9,4
Plus graves	2,5	1,4	1,9
Avec hospitalisation	1,0	0,5	0,7
Accidents domestiques	**6,5**	**7,9**	**7,2**
Bénins	1,3	2,0	1,6
Peu graves	4,1	4,9	4,5
Plus graves	0,8	0,8	0,8
Avec hospitalisation	0,3	0,3	0,3
Accidents de loisirs	**10,3**	**5,6**	**7,9**
Bénins	1,4	1,3	1,4
Peu graves	6,5	3,5	4,9
Plus graves	1,7	0,6	1,1
Avec hospitalisation	0,7	0,2	0,4

* Les accidents bénins sont ceux qui n'ont nécessité qu'un ou plusieurs achats pharmaceutiques. Les accidents peu graves sont ceux qui ont nécessité une consultation (auprès d'un médecin ou d'un auxiliaire médical) et, suivant les cas, un achat pharmaceutique, des analyses ou examens. Les accidents plus graves sont ceux qui ont entraîné une interruption d'activité, éventuellement doublée d'un alitement ; ils sont généralement accompagnés d'une visite médicale, d'analyses et examens, d'un soin d'auxiliaire paramédical. Les accidents ayant nécessité une hospitalisation sont considérés comme les plus graves des accidents non mortels de la vie courante.

Source : Insee, Enquête santé 1991

À l'adolescence, le risque d'accidents de loisirs ou d'accidents scolaires est nettement prépondérant : entre 11 et 16 ans, il y a 30 accidents de loisirs ou scolaires pour 100 garçons et 14 pour 100 filles. Chez l'adulte jeune, entre 15 et 25 ans, 40 % des accidents enregistrés dans le cadre de l'enquête Ehlass sont dus au sport.

Certains types d'accidents sont plus spécifiques de certains âges. Les intoxications sont observées surtout chez les enfants : de toutes celles ayant nécessité une consultation en service d'urgence, 66 % concernent des enfants de 1 à 5 ans. Les médicaments (41 % des cas) et les produits d'entretien (28 % ces cas) sont les produits le plus souvent en cause.

Les brûlures surviennent également en majorité entre 1 et 5 ans. Les causes en sont essentiellement les liquides et les objets chauds, respectivement à l'origine de 54 % et 27 % des brûlures entre 1 et 5 ans. Les brûlures par flamme surviennent plutôt à l'âge adulte.

Les chutes représentent à elles seules 50 % au moins des accidents tous âges confondus :

- chutes d'une hauteur chez l'enfant de moins d'un an (70 % des accidents de cette tranche d'âge) ;
- chutes à l'occasion de la pratique d'un sport entre 15 et 25 ans ;
- chutes d'un même niveau chez la personne âgée (57 % des accidents).

Les adultes des ménages à haut revenu sont moins exposés aux accidents domestiques mais plus touchés par les accidents de loisirs. Ces personnes sont en effet moins souvent à la maison du fait de leur activité professionnelle et ont souvent une aide extérieure pour s'occuper des tâches ménagères. De plus, la pratique du sport augmente avec le niveau de vie du ménage. Les ménages aisés sont donc plus touchés par les accidents de loisirs, d'autant plus encore qu'ils pratiquent plus souvent des sports à risques (tennis, ski). Par ailleurs, les ménages à revenu élevé consultent plus volontiers un médecin à la suite d'un accident de la vie courante, même s'il est sans gravité.

En revanche, les accidents domestiques sont plus fréquents chez les ménages à faible revenu. S'il n'y a qu'un salaire, la femme est au foyer et donc plus exposée aux risques d'accidents domestiques.

L'enquête de morbidité hospitalière réalisée dans les services de court séjour en 1992-1993 permet de décrire les accidents *a priori* les plus graves ou comportant un risque, vital ou de complication, justifiant une surveillance en milieu hospitalier (cas des traumatismes crâniens par exemple). Les accidents de la vie courante ont ainsi entraîné 845 000 séjours dans les services hospitaliers de soins de courte durée en 1993, ce qui représente 7 % des séjours masculins et 6 % des séjours féminins (non compris les accouchements normaux).

Les femmes entre 15 et 54 ans et les hommes entre 45 et 54 ans constituent les groupes de population présentant le risque le plus faible d'hospitalisation pour ce motif avec des taux d'hospitalisation annuels variant entre 5 et 10 séjours pour 1 000 personnes selon le sexe et la tranche d'âge considérés. À l'opposé, les groupes les plus touchés sont les femmes âgées de 75 ans et plus et les hommes âgés de 85 ans et plus avec des taux d'hospitalisation allant de 42 ‰ à 93 ‰. Pour les autres groupes, le taux annuel d'hospitalisation varie, selon le sexe et la tranche d'âge, de 10 à 25 séjours pour 1 000 personnes.

Chez les enfants, les lésions les plus fréquentes concernent la tête avec le tiers des séjours motivés par des accidents de la vie courante (23 % pour les seuls traumatismes crâniens), et le membre supérieur avec le quart des séjours (19 % pour les seules fractures du bras). Les intoxications accidentelles, par produit pharmaceutique ou non, viennent ensuite avec 9 % des séjours.

Entre 15 et 64 ans, ce sont les lésions du membre supérieur qui prédominent avec 16 % des séjours suite à accident de la vie courante, 8 % pour les fractures et 8 % pour les plaies. Les luxations et entorses viennent ensuite avec 13 % puis les fractures de la jambe avec 10 %.

À partir de 65 ans, la cause d'hospitalisation la plus fréquente est représentée par les fractures du fémur avec 26 % des séjours imputables aux accidents de la vie courante, 23 % pour la seule fracture du col. Apparaissent ensuite les fractures du bras avec 13 % puis les lésions à la tête avec 9 % (6 % pour les traumatismes crâniens) et les fractures de la colonne et des os du tronc avec 6 %.

Les accidents du travail

Les données disponibles concernant les accidents du travail proviennent des données de gestion des régimes de sécurité sociale. Elles comptabilisent les victimes d'accidents du travail dont le caractère professionnel a été reconnu. L'année correspond de ce fait à la date de reconnaissance et elle diffère, pour une proportion non négligeable de ces accidents, de l'année de survenue. Par ailleurs, par définition, ces données ne prennent pas en compte l'absence de déclaration d'accidents par des salariés ou des entreprises pour des raisons liées à la situation économique et sociale.

En 1993, pour les 14,1 millions de salariés relevant de la Cnamts, il y a eu 675 932 accidents du travail avec arrêt[2] comptabilisés (non compris les accidents de trajet), dont 53 077 accidents ayant entraîné une incapacité permanente et 8 555 décès. Dans le même temps le régime de la Mutualité sociale agricole dénombrait 45 533 accidents avec arrêt dont 6 806 avec incapacité permanente et 99 décès (tableau 8).

La fréquence des accidents a baissé de façon notable en 1992 et 1993 après avoir augmenté de 1987 à 1991. Le taux de fréquence[3]

[2] Les accidents avec arrêt sont ceux ayant entraîné un arrêt d'au moins 24 heures en plus du jour de l'accident.

[3] Taux de fréquence des accidents avec arrêt = (nombre d'accidents avec arrêt / nombre d'heures travaillées) x 1 000 000

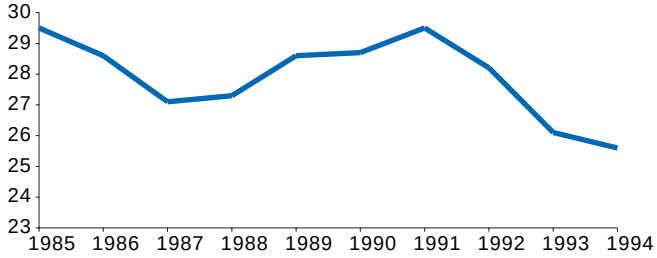
passe ainsi de 27,1 en 1987 à 29,5 en 1991 pour redescendre à 26,1 en 1993. (figure 10). Les données actuellement disponibles fournissent une estimation de 25,6 pour 1994.

Tableau 8 **Mortalité et morbidité par accidents du travail**
(tous secteurs d'activité y compris l'agriculture)

	1975	1980	1985	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Incapacité permanente	126 666	109 270	80 930	69 483	74 606	70 501	73 662	74 749	68 575	59083
Décès	2 224	1 562	1 157	1 076	1 188	1 258	1 285	1 177	1 108	8654

Source : Cnamts, MSA

Figure 10 **Taux de fréquence des accidents du travail**



Taux de fréquence=(nombre d'accidents/nombre d'heures travaillées) x 1 000 000
Source: Cnamts

Les activités les plus concernées sont le bâtiment et travaux publics avec un taux de fréquence de 67,1, l'industrie du bois (45,2), les transports et manutention (42,1). L'activité ayant les plus forts effectifs, la métallurgie avec 2 060 000 salariés présente un taux de 28,7.

Le nombre de journées perdues par incapacité temporaire suit la même évolution que celle des accidents de travail et diminue à 25,8 millions après avoir atteint 28,5 millions en 1991. Cependant, si l'on rapporte ce total de journées perdues au nombre d'accidents ayant entraîné un arrêt de travail, on constate que la durée moyenne d'arrêt marque constamment une tendance à la hausse, à l'exception de l'année 1990, et passe de 33,2 journées en 1987 à 37,6 en 1992 et 38,1 en 1993.

Pour mesurer la gravité des accidents du travail en terme de séquelles physiques, on calcule un indice de gravité global qui

rapporte le total des taux d'incapacité permanente octroyés (multiplié par un million) au nombre d'heures travaillées. On constate qu'après avoir relativement peu varié autour de la valeur de 24,7 entre 1987 et 1991, cet indice baisse notablement en 1992 (22,8) puis en 1993 (20,3). Néanmoins, en ce qui concerne le taux moyen d'incapacité permanente, on observe qu'après être resté stable à 9,7 % de 1990 à 1992, il augmente en 1993 à 9,9 %. Cette augmentation s'explique par la hausse de la proportion d'accidents ayant entraîné une incapacité permanente importante (supérieure à 20 %) de 7,4 % en 1990, 1991 et 1992 à 8,7 % en 1993.

L'étude des incapacités temporaires et des incapacités permanentes conduit à la même conclusion : la gravité moyenne des accidents déclarés augmente mais cette hausse est plus que compensée par la diminution du nombre absolu d'accidents.

Si l'on étudie la répartition des accidents en fonction de l'âge de la victime, on constate que la fréquence des accidents avec arrêt est supérieure à la moyenne pour les tranches d'âge inférieures à 30 ans et lui devient inférieure à partir de cet âge. En revanche, la gravité mesurée par la durée moyenne de l'incapacité temporaire, la fréquence des accidents avec incapacité permanente ou le taux moyen d'incapacité permanente augmentent régulièrement avec l'âge. Par exemple, la tranche d'âge de 20 à 24 ans représente 8,7 % des effectifs, 17,4 % des accidents avec arrêt, 11,4 % des journées perdues, 8,6 % des accidents avec incapacité permanente et 7,9 % des taux d'incapacité permanente ; la tranche d'âge 50 à 59 ans représente 13,5 % des effectifs et seulement 11,1 % des accidents avec arrêt mais 16,7 % des journées perdues, 20,9 % des accidents avec incapacité permanente et 22,4 % des taux d'incapacité permanente.

Si l'on considère la qualification professionnelle, on constate que les accidents concernent au premier chef les ouvriers, et parmi ceux-ci, les ouvriers non qualifiés. En effet l'ensemble du personnel ouvrier représente 36,0 % des salariés mais 78,4 % des accidents. De ce fait, le taux de fréquence global des accidents de 26,1 mentionné plus haut est la résultante d'un taux de 56,6 pour les ouvriers et de 8,8 pour le reste des salariés. En ventilant dans la catégorie ouvrière on obtient un taux de 46,6 pour les ouvriers qualifiés et de 79,0 pour les ouvriers non qualifiés.

Le suicide et les maladies mentales

Les troubles mentaux, qu'il s'agisse de difficultés psychologiques dans la vie quotidienne, de tentative de suicide et de suicide, ou de pathologies psychiatriques nécessitant une prise en charge lourde, représentent un problème de santé majeur. Le suicide est peut-être trop facilement associé aux maladies mentales alors que ces dernières ne sont présentes que dans la moitié des cas de suicide environ. Il n'en reste pas moins que la tentative de suicide ou le suicide réussi sont le témoin d'une souffrance psychologique grave et que les réponses qui doivent y être apportées relèvent, la plupart du temps, de la santé mentale.

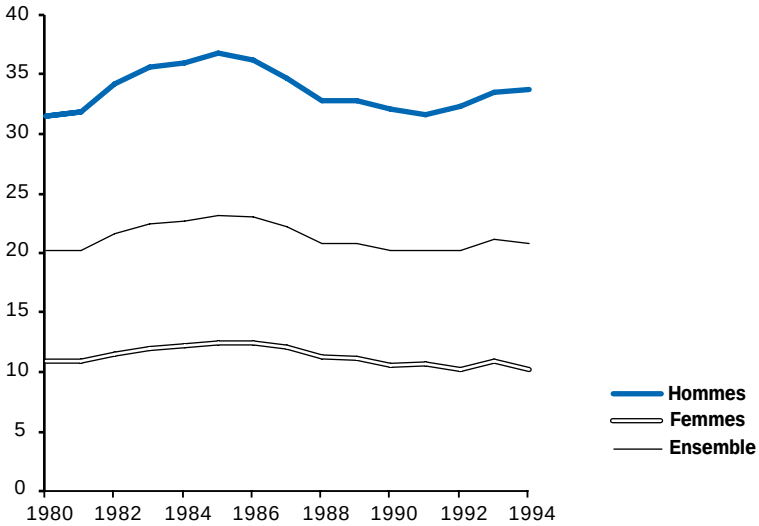
En 1994, **12 000 personnes se sont suicidées** en France soit un taux de 21 décès pour 100 000 personnes, taux qui place la France au troisième rang des pays européens pour les hommes et au cinquième rang pour les femmes. Ce chiffre très élevé est pourtant sous-évalué puisqu'on estime à environ 20 % la sous-déclaration des suicides.

Après avoir culminé en 1985 avec un chiffre de 26 pour 100 000, le taux de suicide a connu une décroissance régulière qui s'est interrompue en 1991. Depuis, le nombre de décès croit à nouveau à la suite d'une augmentation exclusive chez les hommes (+5 %).

Les hommes se suicident 2,5 fois plus que les femmes et cet écart augmente avec l'âge pour atteindre 6 fois plus après 85 ans. Le taux augmente avec l'âge, et le groupe d'âge le plus concerné, celui des plus de 75 ans, connaît un taux de suicide supérieur à 100 pour 100 000, dû essentiellement aux décès masculins. Cependant, c'est parmi les adultes jeunes que ce taux a le plus augmenté ces dernières années et, entre 15 et 24 ans, le suicide représente aujourd'hui la deuxième cause de mortalité après les accidents. Entre 25 et 34 ans la part des suicides dans la mortalité globale est de 15 % chez les femmes et de 19 % chez les hommes.

Chez les hommes, le taux de suicide est très lié à la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, entre 25 et 64 ans il est de 13,5 pour 100 000 dans les professions supérieures, de 26,6 pour 100 000 dans les professions intermédiaires et de 38,5 pour 100 000 chez les ouvriers-employés. En l'espace de 8 ans on a pu constater une amélioration des taux de suicide dans toutes les catégories, cependant elle est beaucoup plus importante dans les professions supérieures (–18 %) que chez les ouvriers employés (–2 %). Ainsi l'écart entre catégories extrêmes se creuse. Cette différence entre catégories socioprofessionnelles se fait beaucoup moins sentir chez les femmes (figure 11).

Figure 11 **Mortalité par suicide*** (tous âges) France 1980-1994



Nombre total de décès en 1994 -> 12 041

Variations observées	Hommes	Femmes	Total
1980->1987	+10 %	+10 %	+10 %
1987->1994	–3 %	–16 %	–6 %
91-92->93-94	+5 %	+0 %	+4 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge

Source : SC8-Inserm

Parmi les autres facteurs de risque bien connus figurent l'isolement, l'état de célibataire, de veuf et de divorcé. Enfin le taux de suicide est inversement proportionnel à la taille de la commune de résidence et maximum dans les communes rurales.

Les comparaisons entre régions réalisées par la Fnors (Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé) montrent une France coupée en deux, les régions du sud de la France présentant un taux de suicide très inférieur à la moyenne nationale. L'écart maximum se situe entre la Corse et la Bretagne. Dans cette dernière région le taux de suicide est trois fois plus élevé qu'en Corse, tant chez les hommes que les femmes.

Le chiffre des **tentatives de suicide** est peu précis. L'enquête de morbidité hospitalière (Sesi 1993) nous permet d'avoir une estimation des séjours hospitaliers (publics et privés) causés par une

tentative de suicide. Ainsi, en 1993 le nombre de séjours est estimé à 164 000 soit un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide de 2,8 pour 1 000 personnes et par an. La durée moyennne de séjour est de 3,6 jours. L'âge moyen des personnes hospitalisées est de 35,5 ans, les trois quarts des séjours étant dus à des personnes entre 15 et 44 ans. Le taux d'hospitalisation est maximum entre 15 et 44 ans. Les femmes sont hospitalisées 1,5 fois plus souvent que les hommes (tableau 9).

Tableau 9 **Hospitalisation en court séjour pour tentatives de suicide**
(taux d'hospitalisation pour 1 000 habitants)

	Tous âges	15-24 ans		35-44 ans		55-59 ans		65-74 ans		85 ans et plus
		5-14 ans	25-34 ans		45-54 ans		60-64 ans		75-84 ans	
Hommes	2,3	0,1	3,6	4,8	4,1	1,4	0,5	0,7	1,0	1,0	3,2
Femmes	3,3	0,6	6,0	6,3	4,8	3,9	2,5	1,2	0,8	1,5	1,7
Deux sexes	2,8	0,4	4,7	5,6	4,4	2,7	1,6	0,9	0,9	1,3	2,1

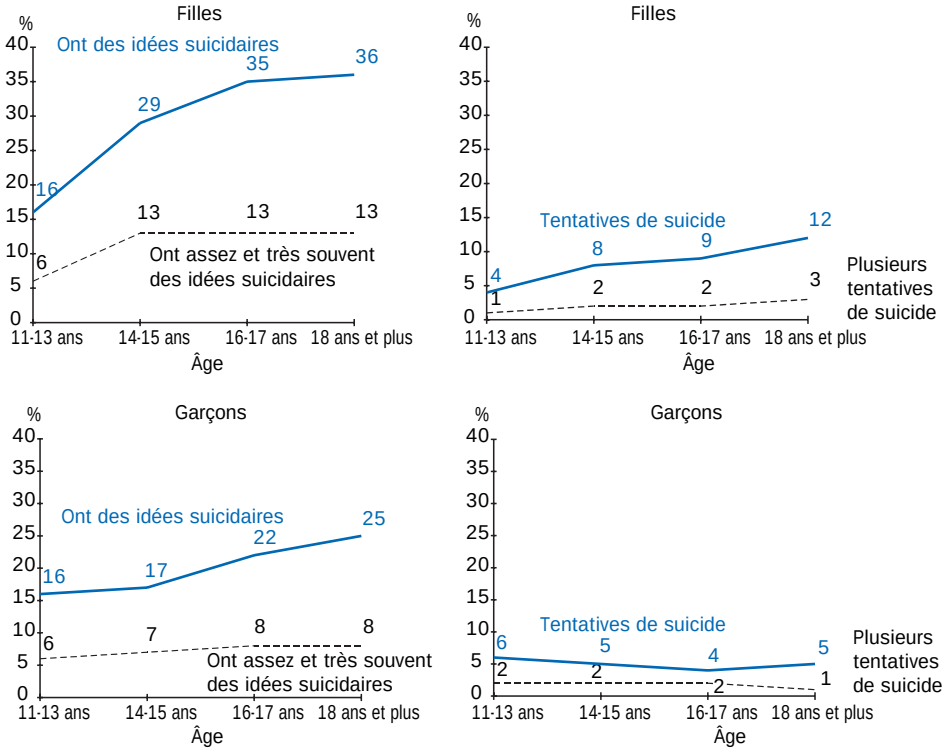
Source : Sesi, Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993

Le risque de suicide augmente avec la fréquence des tentatives de suicide. Celles-ci sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, au contraire des suicides réussis. Ainsi le rapport entre tentative de suicide et suicide est de 22 chez les hommes âgés de 15 à 24 ans et de 160 chez les femmes dans la même tranche d'âge. Ce rapport diminue avec l'âge mais reste en permanence plus élevé chez les femmes.

Les tentatives de suicide chez les jeunes représentent un problème particulièrement préoccupant. Ainsi parmi les 11-19 ans scolarisés, 6,5 % ont fait une tentative de suicide (8 % chez les filles et 5 % chez les garçons) ; et, parmi eux, 25 % en ont fait plusieurs. Enfin 1,3 % ont été hospitalisés du fait d'une tentative de suicide. Le taux d'hospitalisation est légèrement plus faible chez les filles suicidantes (18 %) que chez les garçons (24 %). Un quart des jeunes de cette tranche d'âge a des idées suicidaires. C'est au cours de l'adolescence que l'écart entre les sexes s'installe progressivement. Ainsi vers 11-13 ans, garçons et filles ont des idées suicidaires et réalisent un passage à l'acte avec la même fréquence, l'écart augmente progressivement jusqu'à 19 ans au détriment des filles (M. Choquet 1993, figure 12).

Certains facteurs ont été associés aux tentatives de suicide. Ainsi les jeunes ayant fait une tentative de suicide se déclarent plus souvent en mauvaise santé que la moyenne. Ils présentent une plus grande fréquence de maladies graves et d'hospitalisation. Le taux de buveurs réguliers, de fumeurs et d'usagers de drogue y

Figure 12 **Idées suicidaires et tentatives de suicide chez les adolescents**



Source : Choquet (M.), Ledoux (S.), Adolescents — Enquête nationale, Editions Inserm 1994

est plus élevé. Enfin les relations familiales et les troubles du comportement alimentaire sont plus fréquents. À l'âge adulte on retrouve plus fréquemment l'existence d'un trouble psychiatrique ou d'une maladie grave, un isolement affectif, une mauvaise adaptation socioprofessionnelle et des antécédents de tentative de suicide. La dépression est particulièrement associée à la pathologie suicidaire. Ainsi 15 % des personnes présentant une dépression grave tentent de mettre fin à leurs jours et 50 % des personnes faisant une tentative de suicide souffrent de troubles dépressifs. Chez les personnes âgées, qui représentent un groupe particulièrement à risque de suicide réussi, l'isolement, la perte du conjoint et l'existence d'une maladie grave sont fréquemment associés aux tentatives de suicide.

Nous disposons de peu d'études nous permettant d'estimer la fréquence des **troubles mentaux** dans la population. L'enquête décennale de santé 1991 permet d'approcher la fréquence des

troubles mentaux et du sommeil tels qu'ils sont ressentis par les personnes interrogées. Ainsi ces troubles concernent 23 % des femmes et 13 % des hommes. Les troubles du sommeil arrivent en tête avec 6,5 % des personnes, les dépressions concernent 4,9 % des individus et l'anxiété 4,7 %. On peut rapprocher ces chiffres de ceux de la consommation de psychotropes : 9 % des hommes et 14 % des femmes de plus de 18 ans prennent au moins une fois par semaine, et depuis au moins six mois, des médicaments psychotropes. Les chômeurs sont 1,8 fois plus nombreux à en consommer que l'ensemble de la population.

Les malades pris en charge par la psychiatrie publique sont relativement bien connus. Ainsi une enquête annuelle sur les secteurs permet de suivre la population prise en charge, elle a été complétée par une enquête sur les diagnostics menée par l'Inserm et la DGS en 1993. La file active des secteurs adultes comprend, en 1993, 830 000 personnes soit 17 patients suivis pour 1 000 habitants âgés de plus de 20 ans. Pour les secteurs infanto-juvéniles elle est de 290 000 enfants et adolescents soit 18 enfants suivis pour 1 000 habitants de moins de 20 ans. Chez les adultes, les diagnostics les plus fréquents sont la schizophrénie (29 % chez les hommes et 18 % chez les femmes), les dépressions (7 % chez les hommes et 16 % chez les femmes), les troubles délirants (8 %), les troubles de la personnalité (8 %) et l'alcoolisme (11 % chez les hommes et 4 % chez les femmes). Les psychoses représentent un tiers des pathologies traitées par le secteur de psychiatrie adulte. On notera que la diversification des modes de soins (ambulatoire, temps partiel, temps plein) qui s'est généralisée dans l'ensemble des secteurs, bénéficie à la totalité des patients, y compris pour des affections au long cours : ainsi les patients schizophrènes (plus de 22 000 patients dans l'enquête) sont suivis à 50 % en ambulatoire, 19 % à temps partiel et 31 % à temps complet.

Mais les troubles mentaux ne sont pas pris en charge de façon exclusive par le dispositif de sectorisation publique. Ainsi les services de soins de courte durée des établissements hospitaliers publics et privés accueillent 300 000 séjours pour raison psychiatrique ce qui représente 2 % du total des séjours hospitaliers. Les diagnostics sont dominés par les psychoses alcooliques et l'alcoolisme chronique qui représentent 20 % de ces séjours, les états dépressifs (17 %) et les troubles névrotiques (17 %), les psychoses (12 %) et les démences séniles (8 %).

La médecine libérale joue un rôle fondamental dans la prise en charge des troubles mentaux. L'enquête permanente sur la pres-

cription médicale (IMS France 1992) permet d'estimer à 43 millions le nombre de recours à la médecine libérale pour un trouble mental ou du sommeil. Ils se répartissent en 28 millions (65 %) chez les généralistes et 15 millions (35 %) chez les 6 000 spécialistes en psychiatrie. Sur 100 séances, un médecin généraliste voit environ 4 personnes pour dépression, 3 pour anxiété et 3 pour troubles du sommeil. Les spécialistes voient plus fréquemment des malades présentant une psychose ou des troubles névrotiques.

Infection par le virus de l'immunodéficience humaine/sida

Depuis le début de l'épidémie, 39 750 cas de sida (39 130 adultes et 620 enfants) ont été enregistrés jusqu'au 31 décembre 1995. En tenant compte des délais de déclaration et des cas qui ne sont pas déclarés on peut estimer le nombre total de cas de sida entre 45 500 et 50 000 et le nombre total de décès entre 29 000 et 32 000.

Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an se stabilise entre 6 000 et 6 500 depuis 1993. Il est estimé à 6 000 pour l'année 1995. Globalement l'épidémie de sida se situe dans une phase de plateau.

Le nombre de décès par sida au cours de l'année 1995 est estimé à 4 500.

Avec un taux d'incidence de 90 par million d'habitants en 1995, la France se trouve au troisième rang des pays de l'Union européenne derrière l'Espagne (174) et l'Italie (106).

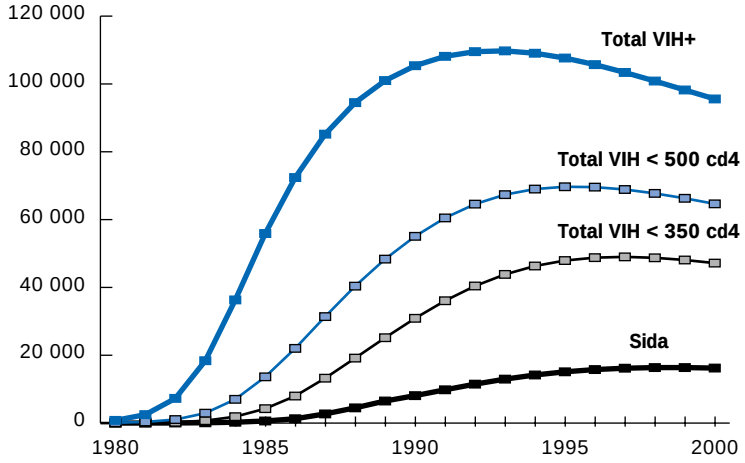
L'estimation du nombre de personnes atteintes d'infection par le VIH se fait par une modélisation à partir de différentes sources d'information. Le nombre actuel de personnes séropositives est sans doute supérieur à 100 000 mais devrait diminuer dans les prochaines années (figure 13).

Les régions les plus touchées sont toujours l'Île-de-France (226 cas par million d'habitants en 1995), la région Provence–Alpes–Côte-d'Azur (158) et les départements d'outre-mer (175).

L'âge moyen au diagnostic augmente au cours du temps passant de 35,5 ans en 1986 à 38 ans en 1995. Ce viellissement est particulièrement important chez les usagers de drogue. Les hommes présentant un sida sont quatre fois plus nombreux que les femmes.

En 1995, la part des homo/bisexuels masculins dans les nouveaux cas de sida a continué à diminuer et représente 38 %. La

Figure 13 **Prévalence estimée des personnes infectées par le VIH en France** (simulation de l'épidémie à l'horizon 2000)



Le total VIH+ comprend les malades atteints du sida

Modèle : Assistance publique de Paris, École des mines et direction des Hôpitaux

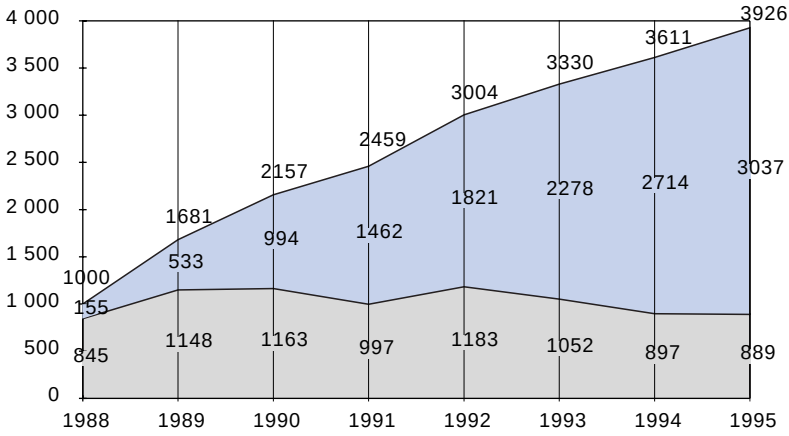
Source : direction des Hôpitaux. Mission sida

part des toxicomanes semble se stabiliser aux alentours de 26 %. La contamination hétérosexuelle est stable par rapport à 1994, à 18 %. En cas cumulés depuis 1978 c'est le groupe des homo/bisexuels masculins qui paye le plus lourd tribut à l'épidémie avec 46 % des cas, suivi des toxicomanes (24 %) puis des hétérosexuels (14 %).

Les moyens mis en œuvre pour faire face à l'épidémie de sida concernent aussi bien les soins hospitaliers que les soins ambulatoires et en particulier les réseaux ville-hôpital, les soins de réinsertion, l'accompagnement social et la prévention. L'ensemble de ces initiatives est accompagné d'un système d'information qui permet de suivre les moyens mis en œuvre et l'évolution de l'infection et de la maladie.

Sur 110 000 personnes infectées par le VIH on estime que 33 000 sont prises en charge par l'hôpital, 8 500 par les médecins de ville et 22 000 sont suivies en commun. Fin 1994 on estimait que 19 400 patients bénéficiaient d'un traitement par antiviraux. Le coût total de la prise en charge de l'infection à l'hôpital est, en 1995, estimé à 3 926 millions de francs (figure 14).

Figure 14 **Coût total de l'infection par le VIH à l'hôpital et son financement**



Lecture : Pour 1994 : la valeur du haut indique le coût total estimé de la prise en charge de l'infection à VIH dans les hôpitaux français (soit 3 611 millions de francs), la valeur intermédiaire exprime la ressource budgétaire spécifique qui est attribuée aux hôpitaux pour faire face à l'épidémie (soit 2 714 millions de francs), enfin la valeur du bas indique l'effort de redéploiement réalisé par les hôpitaux eux-mêmes. Cette contribution couvre principalement les charges fixes non liées à l'évolution de l'activité (soit 897 millions de francs).

Source : direction des Hôpitaux. Mission sida

Les cancers

Les cancers, avec 146 460 décès en 1993, représentent la deuxième cause de mortalité en France derrière les affections cardio-vasculaires, soit environ 30 % des décès et la première cause de mortalité prématurée avec 36 % des décès avant 65 ans. Ainsi, les années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux décès par cancer entre 1 et 64 ans représentent 26 % du total des APVP, derrière les causes externes de traumatisme et d'empoisonnement. Cette part a augmenté de près de 2 % entre le début et la fin des années quatre-vingts.

Les hommes meurent 1,6 fois plus de cancer que les femmes : le taux de mortalité par cancer pour 100 000 habitants calculé pour les années 1988 à 1992 est de 313 pour 100 000 chez les hommes et de 193 pour 100 000 chez les femmes.

La mortalité par cancer chez les hommes entre 0 et 64 ans a très régulièrement augmenté depuis le début des années soixante-dix jusqu'en 1985, date à laquelle la tendance a commencé à s'inverser. Cette évolution a placé la France en tête des pays de l'Union

européenne. Par contre la mortalité pour les femmes a baissé régulièrement, comme la moyenne communautaire, et situe la France au 4e rang des pays de l'Union.

Les comparaisons entre régions effectuées par la Fnors confirment pour l'année 1990 l'existence d'une zone de surmortalité par cancer. Pour les hommes elle dessine un croissant allant de la Bretagne à l'Alsace et correspond sans doute à une zone de surconsommation d'alcool et de tabac. La région du Nord–Pas-de-Calais a une surmortalité de 26 % par rapport à la moyenne nationale alors que la région Midi-Pyrénées a une sous-mortalité de 19 %. Pour les femmes le contraste est moins net et la surmortalité concernait, en 1990, les régions du nord et de l'est ainsi que l'Île-de-France.

Les causes de décès par cancer les plus fréquentes sont par ordre décroissant en 1994 :

- le cancer du poumon avec 23 000 décès,
- le cancer de l'intestin avec 16 300 décès,
- le cancer des voies aérodigestives supérieures avec une moyenne de 12 200 décès,
- le cancer du sein avec 10 800 décès,
- le cancer de la prostate avec 9 000 décès,
- le cancer de l'utérus avec 3 100 décès par an.

Le nombre de nouveaux cas par an est globalement estimé à 170 000 ce qui correspond à une incidence de 345 cas pour 100 000 hommes et 260 cas pour 100 000 femmes.

Les cancers sont la cause de près de 800 000 séjours par an dans les services de courte durée des établissements publics et privés (Sesi 1993). Ils représentent 6,2 % de la totalité des séjours mais près du quart des hospitalisations de moins de 24 heures.

Le cancer du poumon (trachée, bronches, poumons)

Le nombre de décès, 23 130 en 1994, le place en tête de la mortalité par cancer. Le sexe masculin représente 85 % des décès par cancer du poumon.

La distribution géographique des décès par cancer du poumon est très inégale en particulier pour le sexe masculin. L'étude réalisée par la Fnors montre une surmortalité chez les hommes dans neuf régions dont sept couvrent l'ensemble du nord et du nord-est de la France, les deux autres étant PACA et la Corse.

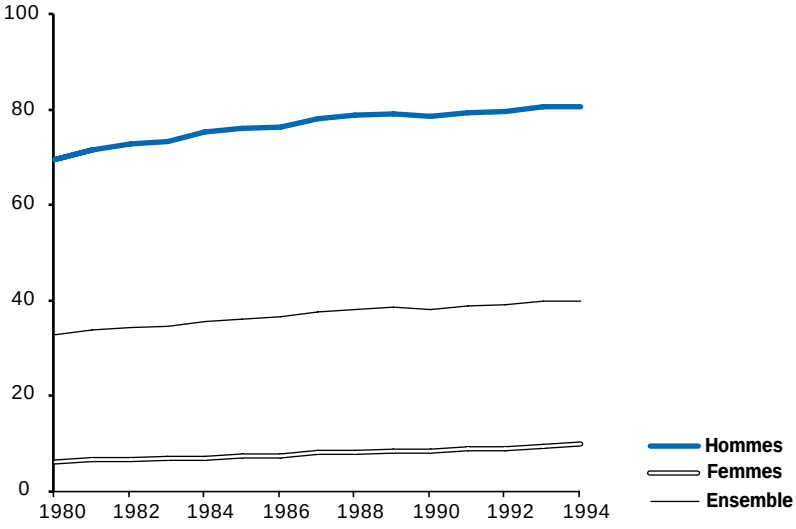
L'évolution dans le temps montre une croissance régulière des décès. Elle s'est légèrement ralentie chez les hommes pour

atteindre 1 % par an mais reste très élevée chez les femmes avec un taux de 7 % par an.

En 1980, la France était au niveau de la moyenne européenne, puis en 1992 elle est passée au 3e rang alors que d'autres pays voyaient une diminution de la mortalité due à ce cancer. Au cours de la dernière décennie, la mortalité par cancer du poumon chez les femmes de 0 à 64 ans augmentait de 42 % et faisait passer la France du dernier rang au troisième taux le plus bas des pays de l'Union (figure 15).

En 1990, le nombre de nouveaux cas de cancers du poumon était estimé à 22 200 (Eurocare 1990). Ce nombre correspond à une incidence de 50 pour 100 000 chez les hommes et 5,5 pour

Figure 15 **Mortalité par cancer du poumon*** (tous âges)
France 1980-1994



Nombre total de décès en 1994 -> H : 19 797 F : 3 334 T : 23 131

Variations observées	Hommes	Femmes	Total
1980 ->1987	+12 %	+29 %	+14 %
1987 ->1994	+3 %	+19 %	+5 %
91-92 ->93-94	+1 %	+7 %	+2 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge
Source : SC8-Inserm

100 000 chez les femmes. Le pronostic du cancer du poumon, une fois le diagnostic posé est extrêmement sévère puisque à 5 ans seuls 9 % des hommes et 13 % des femmes sont encore en vie.

On estime à 60 000 le nombre de séjours dans les services de soins de courte durée pour cancer du poumon dont 85 % sont effectués par des hommes. La durée moyenne de séjour est 9,2 jours. Le taux d'hospitalisation est de 1,2 séjour pour 1 000 habitants et par an. Ce taux est cinq fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (2,1 contre 0,4).

Le tabagisme est la cause principale de survenue d'un cancer du poumon. On sait que le risque de faire un cancer du poumon pour un fumeur peut être plus de 20 fois plus élevé que chez un non-fumeur en fonction de l'intensité et de la durée du tabagisme. La répartition du cancer du poumon entre hommes et femmes est le reflet des habitudes tabagiques d'il y a plusieurs décennies. Ainsi en 1960, trois hommes sur quatre et une femme sur quatre fumaient alors qu'en 1992 un homme sur deux et une femme sur trois fument. L'écart homme-femme est beaucoup plus resserré pour les plus jeunes. Ces nouveaux comportements expliquent la croissance des cas de cancer du poumon chez les femmes mais font surtout craindre une explosion du nombre de cas dans le futur. La consommation de tabac après avoir subi une croissance très importante dans les années soixante-dix diminue depuis quelques années. La figure 16 laisse penser que le prix du tabac joue un rôle tout à fait significatif dans les fluctuations de la consommation. La France est, parmi les pays de l'Union européenne, celui qui présente le pourcentage le plus élevé de fumeurs et de fumeuses. Cette situation et la comparaison avec les taux de cancers dans les autres pays montrent les gains qu'il est possible d'attendre d'une réduction du tabagisme en terme de réduction de la mortalité par cancer et en particulier par cancer du poumon.

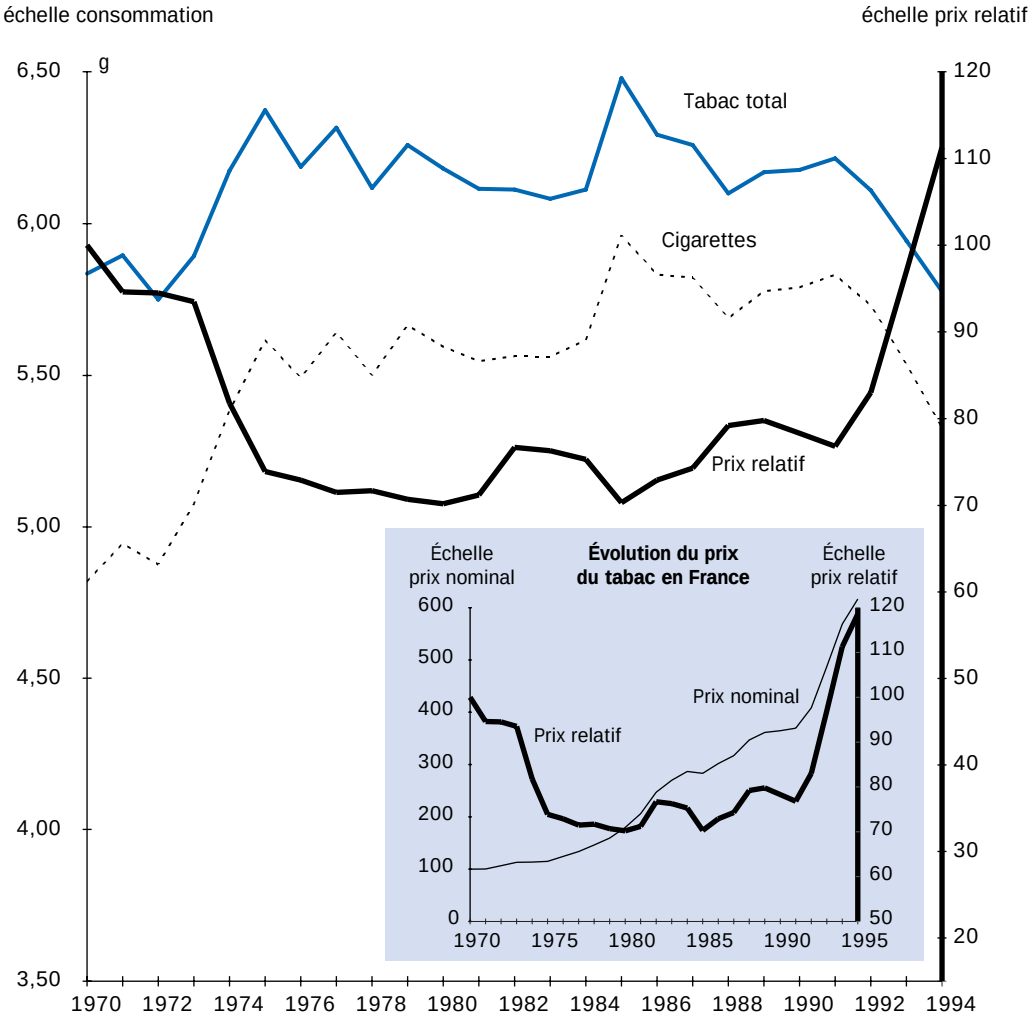
Le cancer colo-rectal

En 1990, le nombre de nouveaux cas de cancers colo-rectaux était estimé à 27 700 (Eurocare 1990). Ce nombre correspond à une incidence de 34 pour 100 000 chez les hommes et 20,5 pour 100 000 chez les femmes. Les deux sexes confondus, il s'agit du cancer le plus fréquent.

Son pronostic est grave. Le taux de survie du cancer du colon à 5 ans n'est que de 45 % ; celui du rectum est 44 % chez la femme et de 38 % chez l'homme.

On estime à 71 000 le nombre de séjours pour cancer colo-rectal dans les services de soins de courte durée. La durée moyenne de

Figure 16 **Consommation journalière moyenne de tabac par adulte de 15 ans et plus comparée à l'évolution de son prix relatif**



Convention Seita : 1 cigarette = 1 cigare = 1 cigarillo = 1 gramme

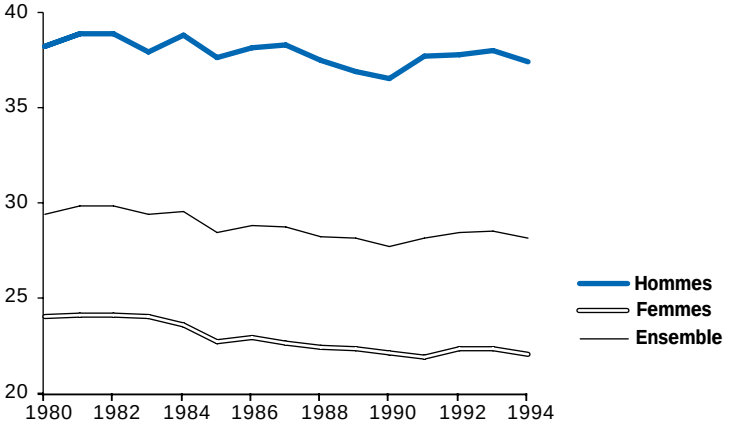
Sources : Insee, Seita, comptabilité nationale

séjour est de 12,2 jours. Le taux d'hospitalisation est de 1,2 séjour pour 1 000 habitants et par an.

En 1993, 16 300 personnes sont décédées d'un cancer colo-rectal. Le nombre de décès diminue progressivement puisqu'il était d'environ 25 000 par an sur la période 1980-1984 et 22 500 par

an sur la période 1988-1992. Sur les mêmes périodes le taux est passé de 29,6 à 28,1 et enfin 28,2 en 1994. Après avoir légèrement diminué, le taux de décès est aujourd'hui stable (figure 17).

Figure 17 **Mortalité par cancer colo-rectal*** (tous âges) France 1980-1994



Nombre total de décès en 1993 -> 16 299

Variations observées	Hommes	Femmes	Total
1980->1987	0 %	–6 %	–2 %
1987->1994	–2 %	–2 %	–2 %
91-92->93-94	0%	0%	0%

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge

Source : SC8-Inserm

Le cancer des voies aérodigestives supérieures

En 1990, le nombre de nouveaux cas de cancers des voies aérodigestives supérieures était estimé à 17 000 chez les hommes (Eurocare 1990). Ce nombre correspond à une incidence de 34 pour 100 000 pour le cancer de la bouche et du pharynx et de 12 pour 100 000 pour le cancer du larynx. Les données chez la femme ne sont pas connues mais il s'agit d'un cancer essentiellement masculin du fait de son étiologie très fortement liée à l'alcoolotabagisme.

Son pronostic est extrêmement grave. Le taux de survie à 5 ans du cancer de la bouche et du pharynx est de 26 % et celui du cancer du larynx est de 46 %.

On estime à 65 000 le nombre de séjours pour cancer des VADS

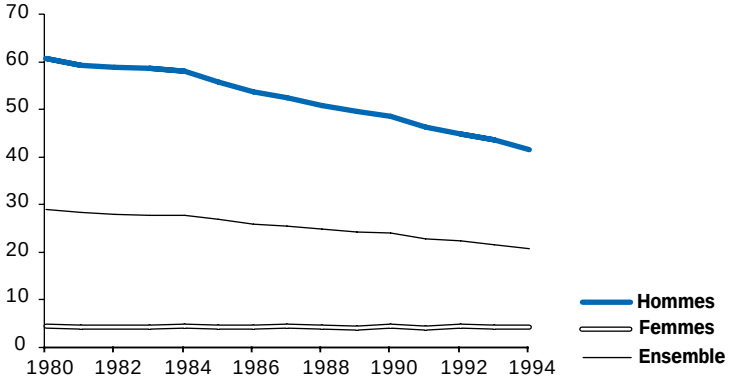
dans les services de soins de courte durée. La durée moyenne de séjour est de 11,1 jours. Le taux d'hospitalisation est de 1,1 séjour pour 1 000 habitants et par an.

En 1993, 12 200 personnes sont décédées, en France, d'un cancer des VADS. Le nombre de décès diminue régulièrement. Les taux comparatifs de mortalité sont passés de 28,2 pour 100 000 sur la période 1980-1984 à 23,8 sur la période 1988-1992 puis à 21,0 en 1994.

Malgré cette amélioration, la situation de la France est particulièrement défavorable. Elle se situe au 1er rang en terme d'incidence pour les cancers de la bouche et du pharynx et au 2e rang pour les cancers du larynx (figure 18).

La baisse de la mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures s'explique sans doute par la baisse de la consommation d'alcool en France depuis plusieurs dizaines d'années et la stabilisation de la consommation de tabac.

Figure 18 **Mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures*** (tous âges) France 1980-1994



Nombre total de décès en 1994 -> 12226

Variations observées	Hommes	Femmes	Total
1980->1987	–13 %	–4 %	–12 %
1987->1994	–21 %	–2 %	–19 %
91-92->93-94	–7 %	–1 %	–6 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge

Source : SC8-Inserm

Le cancer du sein

En 1990, le nombre de nouveaux cas de cancers du sein était estimé à 26 200 (Eurocare 1990). Ce nombre correspond à une incidence de 58 pour 100 000 habitants et le place très largement en tête des cancers féminins.

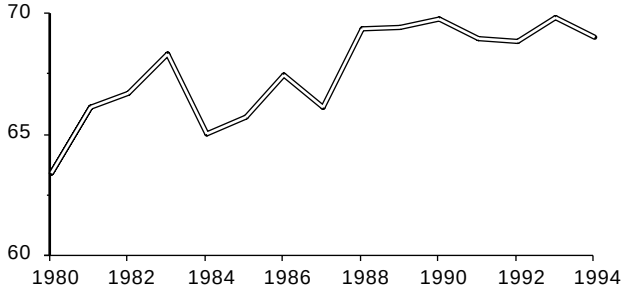
Le taux de survie à 5 ans du fait des efforts faits dans le domaine du dépistage précoce et du traitement est de 71 %.

On estime à 61 000 le nombre de séjours pour cancer du sein dans le services de soins de courte durée. La durée moyenne de séjour est de 8,9 jours. Le taux d'hospitalisation est de 2 séjours pour 1 000 femmes et par an.

En 1993, 10 800 femmes sont décédées, en France, d'un cancer du sein. Le nombre de décès progresse, passant de 9 000 par an sur la période 1980-1984 à 10 200 par an sur la période 1988-1992. Les taux comparatifs de mortalité sont passés durant les mêmes périodes de 30,3 pour 100 000 femmes à 31,6 (figure 19).

Les facteurs de risque connus du cancer du sein étant peu accessibles à la prévention primaire, l'effort doit être mis sur le dépistage précoce de cette affection afin d'augmenter la durée de survie. Celui-ci s'est progressivement étendu en France pour atteindre à ce jour une vingtaine de départements dans le cadre d'un

Figure 19 **Mortalité par cancer du sein*** (50-69 ans) France 1980-1994



Nombre total de décès en 1994 : 10 783
Nombre de décès « 50-69 ans » en 1994 : 4 087

Variations observées (50-69 ans)	Femmes
1980->1987	+4 %
1987->1994	+4 %
91-92->93-94	+1 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge
Source : SC8-Inserm

plan national de dépistage du cancer du sein. Ce programme cible les femmes les plus à risque et apporte un contrôle de qualité en particulier pour la lecture des mammographies. Il est en revanche difficile de connaître l'impact du dépistage fait spontanément par les médecins.

Le cancer de l'utérus

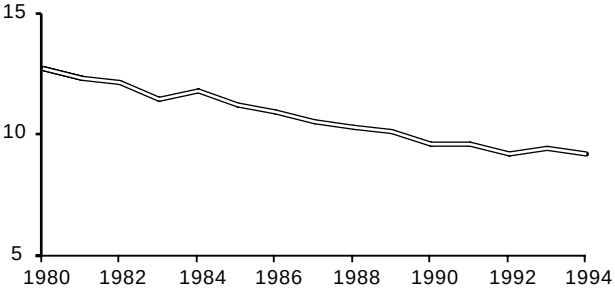
En 1990, le nombre de nouveaux cas de cancers de l'utérus était estimé à 8 200 dont 3 700 cancers du col de l'utérus et 4 500 cancer du corps utérin (Eurocare 1990). Ce nombre correspond à une incidence de 9,5 pour 100 000 femmes pour le col et de 9,7 pour le corps.

Le taux de survie à 5 ans est de 64 % pour le col et 66 % pour le corps.

On estime à 23 000 le nombre de séjours pour cancer de l'utérus (col et corps) dans les services de soins de courte durée. La durée moyenne de séjour est de 9 jours. Le taux d'hospitalisation est de 0,8 séjour pour 1 000 femmes et par an.

En 1993, 3 100 femmes sont décédées, en France, d'un cancer de l'utérus. Les certificats de décès ne permettent pas de différencier avec précision les cancers du col des cancers du corps. La diminution très nette de la mortalité pendant la période 1980-1992 s'est légèrement ralentie (figure 20).

Figure 20 **Mortalité par cancer utérin*** (tous âges) France 1980-1994



Nombre total de décès en 1994 : 3 086

Variations observées	Femmes
1980->1987	–17 %
1987->1994	–12 %
91-92->93-94	–2 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge

Source : SC8-Inserm

Le mélanome

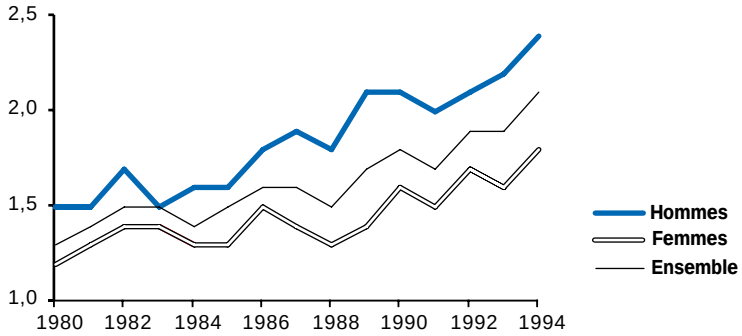
En 1990, le nombre de nouveaux cas de mélanome était estimé à 3 700 dont 2 300 chez les femmes et 1 400 chez les hommes. Ce nombre correspond à une incidence de 5,7 pour 100 000 chez les femmes et 4,1 chez les hommes.

Le taux de survie à 5 ans est de 63 % chez les femmes et 50 % chez les hommes.

En 1994, 1 200 personnes sont décédées, en France, d'un mélanome. La progression du taux de décès est spectaculaire, de l'ordre de 30 % sur les cinq dernières années (1987-1994) (figure 21).

L'augmentation de la fréquence des mélanomes est une conséquence directe des modifications intervenues dans nos modes de vie et particulièrement les vacances. Les temps d'exposition au soleil se sont multipliés et sont parfois complétés par une exposition aux UV artificiels. La prévention passe par une réglementation (en cours) de l'usage des UV artificiels, une information sur les risques liés à l'exposition prolongée au soleil et une incitation à l'examen clinique devant tout grain de beauté ayant une évolution anormale. L'ensemble de ces actions devrait permettre de stopper l'augmentation de ce cancer.

Figure 21 **Mortalité par mélanome*** (tous âges) France 1980-1994



Nombre total de décès en 1994 : 1 182

Variations observées	Hommes	Femmes	Total
1980->1987	+23 %	+13 %	+17 %
1987->1994	+27 %	+33 %	+31 %
91-92->93-94	+10 %	+7 %	+8 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge

Source : SC8-Inserm

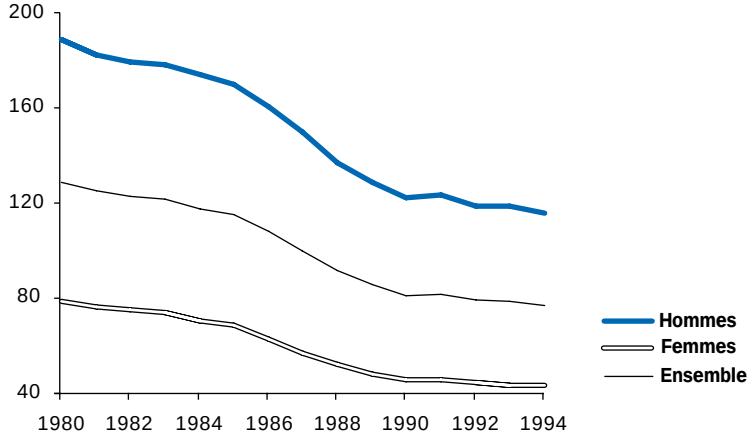
Les maladies cardio-vasculaires

La survenue des maladies cardio-vasculaires dépend de plusieurs facteurs de risque associant à la fois une susceptibilité biologique, des comportements individuels et des conditions environnementales. Malgré des controverses importantes, il est généralement admis qu'un grand nombre d'affections cardio-vasculaires survenant avant 65 ans pourraient être évitées grâce à des mesures associant le dépistage et le traitement adapté de l'hypercholestérolémie, de l'hypertension artérielle, du diabète et de la surcharge pondérale.

Mortalité

Les maladies cardio-vasculaires ont été responsables de 167 500 décès en 1994. Elles constituent la première cause de décès pour l'ensemble de la population avec une proportion égale à 32 %. Du fait de leur lien avec l'âge, elles représentent, et de loin, la première cause de décès pour les femmes (36 %) et la deuxième, derrière les cancers, pour les hommes (28 % contre 32 %). Elles

Figure 22 **Mortalité par maladies cardio-vasculaires*** (0 à 74 ans)
France 1980-1994



Nombre total de décès en 1994 : 167 535
Nombre de décès de moins de 75 ans : 45 350

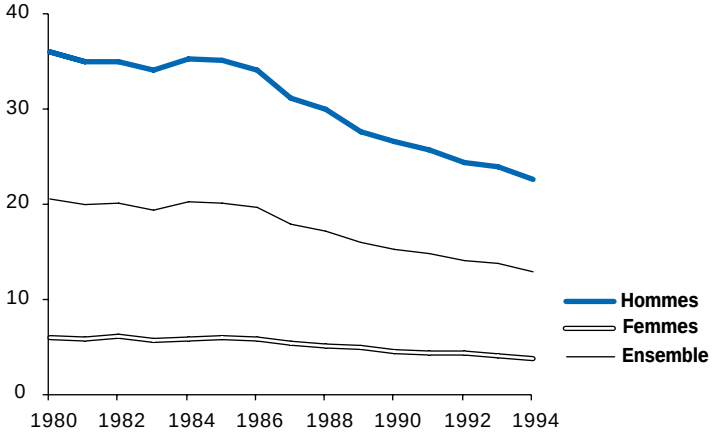
Variations (0-74 ans)	Hommes	Femmes	Total
1980->1987	–21 %	–27 %	–22 %
1987->1994	–22 %	–23 %	–23 %
91-92->93-94	–3 %	–3 %	–3 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge
Source : SC8-Inserm

ne représentent que la troisième cause de mortalité prématurée (décès survenus avant 65 ans) avec 14 % des décès en 1994, après les cancers et les morts accidentelles et violentes, alors qu'en 1985, c'était la deuxième avec 21 % des décès masculins (15 % en 1994) et 17 % des décès féminins (12 % en 1994) (figures 22 à 24).

À l'intérieur de ce groupe hétérogène de pathologies, deux grandes entités responsables d'un nombre important de décès apparaissent. Ce sont les cardiopathies ischémiques avec 46 400 décès en 1994 dont 6 430 survenus avant 65 ans et les accidents vasculaires cérébraux 43 390 dont 3 720 survenus avant 65 ans. L'étude plus détaillée des causes de décès montre que les cardiopathies ischémiques constituent la première cause pour les hommes avec 9 % et la seconde pour les femmes avec 8 % et les accidents vasculaires cérébraux, la troisième cause pour les hom-

Figure 23 **Mortalité par cardiopathies ischémiques*** (0 à 64 ans)
France 1980-1994*

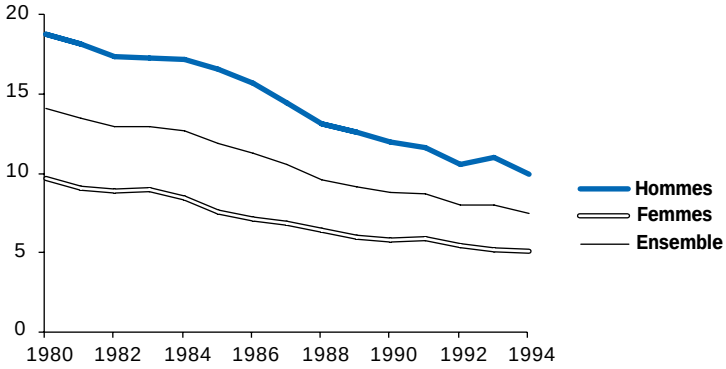


Nombre total de décès en 1994 : 46 407
Nombre de décès de moins de 65 ans : 6 431

Variations (0-64 ans)	Hommes	Femmes	Total
1980->1987	–14 %	–9 %	–13 %
1987->1994	–27 %	–32 %	–27 %
91-92->93-94	–7 %	–11 %	–7 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge
Source : SC8-Inserm

Figure 24 **Mortalité par maladies vasculaires cérébrales*** (0 à 64 ans)
France 1980-1994



Nombre total de décès en 1994 : 43 386
Nombre de décès de moins de 65 ans : 3 722

Variations (0-64 ans)	Hommes	Femmes	Total
1980->1987	–23 %	–28 %	–25 %
1987->1994	–31 %	–26 %	–29 %
91-92->93-94	–5 %	–9 %	–7 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge
Source : SC8-Inserm

mes avec 7 % et la première pour les femmes avec 10 % de l'ensemble des décès enregistrés en 1994.

Depuis 1990, on observe un ralentissement de la baisse du taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires pour l'ensemble des moins de 75 ans lié à un ralentissement récent des progrès enregistrés chez les 65 ans et plus. On revient, sur cette période, à des rythmes de décroissance comparables à ceux observés entre 1980 et 1985 et qui s'étaient fortement accrus entre 1985 et 1990.

Morbidité En 1993, les maladies cardio-vasculaires ont motivé 1 279 000 séjours dans des services de soins de courte durée. C'est la troisième cause d'hospitalisation avec 10 % du total des séjours annuels (non compris les accouchements normaux) derrière les maladies de l'appareil digestif (12 %) et les séjours pour surveillance, examens ou motifs sociaux (11 %). Pour les patients âgés de 65 ans et plus, ce groupe de pathologies est à l'origine de près d'un séjour annuel sur cinq.

Ce sont les hommes âgés de 65 à 84 ans qui présentent le plus fort risque d'hospitalisation pour cardiopathies ischémiques avec 28 séjours annuels pour 1 000 hommes âgés de 65 à 74 ans et 25 pour 1 000 de 75 à 84 ans. Les maladies vasculaires cérébrales concernent surtout la population âgée. Elles ont occasionné, en 1993, 28 séjours annuels pour 1 000 hommes et 25 pour 1 000 femmes chez les personnes âgées de 85 ans et plus et 23 pour 1 000 hommes et 17 pour 1 000 femmes chez les personnes âgées de 65 à 74 ans (tableau 10).

Tableau 10 **Hospitalisations en court séjour pour cardiopathies ischémiques** (taux d'hospitalisation pour 1 000 habitants)

	Tous âges	55-59 ans	60-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
Infarctus aigu du myocarde						
Hommes	1,7	4,7	4,3	6,7	7,6	8,7
Femmes	0,9	0,7	2,0	2,9	5,7	6,3
Deux sexes	1,3	2,6	3,1	4,6	6,4	6,9
Autres myocardiopathies ischémiques						
Hommes	5,1	13,4	15,9	21,7	17,5	8,1
Femmes	2,1	1,9	4,4	7,6	10,8	9,8
Deux sexes	3,5	7,5	9,8	13,9	13,3	9,3

Lecture : en 1993, pour 1 000 hommes âgés de 60 à 64 ans, il y a eu 4,3 séjours dans des services hospitaliers de soins de courte durée pour infarctus aigu du myocarde.
Source : Sesi, Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993

En 1994, les maladies cardio-vasculaires ont constitué 30 % des affections de longue durée prises en charge par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Périnatalité

Comme pour les autres pays développés, les progrès réalisés en France en terme de santé dans la période périnatale et de santé des nouveau-nés et des enfants ont été spectaculaires au cours des décennies passées. Pour autant le maintien de la périnatalité comme priorité de santé publique se justifie par l'importance déterminante des conditions de la grossesse et de l'accouchement et des premiers mois de la vie pour la qualité de vie ultérieure. Une certaine stagnation dans la situation de la France pour un certain nombre d'indicateurs à la fin des années quatre-vingts par rapport aux autres pays ainsi que des modifications des conditions de la maternité dont les effets sont contradictoires sur l'issue de la grossesse incitent également à la vigilance.

Mortalité périnatale et infantile, mortalité maternelle

D'après les données de l'OCDE, en 1990, la France se situait au 12e rang mondial pour la mortalité périnatale avec un taux de 8,3 ‰ (morts-nés et décès de moins de 7 jours rapportés aux naissances vivantes et morts-nés de la période) et au 10e rang mondial pour la mortalité infantile avec un taux de 7,3 ‰ (décès de moins d'un an rapportés aux naissances vivantes de la période).

Au cours de la période récente ces taux ont continué à décroître puisqu'ils se situaient en 1993 à 7,6 ‰ pour la mortalité périnatale et à 6,5 ‰ pour la mortalité infantile.

Au cours des deux dernières années on assiste à une accélération de cette baisse puisque selon les données de l'Insee (données provisoires lors de la rédaction de ce rapport) le taux de mortalité infantile s'est situé à 5,8 ‰ en 1994 et est descendu au-dessous de 5 ‰ en 1995. D'après les données disponibles, cette chute spectaculaire s'explique en majorité pour l'année 1994 par la diminution des décès dus au syndrome de la mort subite du nourrisson.

Le nombre de décès maternels se situe à 66 en 1993, soit un taux de 9,3 pour 100 000 naissances. Ce taux demeure trop élevé car, en fonction des connaissances actuelles, un grand nombre de ces décès doivent être considérés comme évitables.

Des évolutions dans les conditions de la maternité aux effets contradictoires sur l'issue de la grossesse

Deux problèmes dominent la pathologie périnatale pendant la grossesse : la prématurité et l'hypotrophie (retard de poids par rapport à l'âge gestationnel). En effet ces deux problèmes sont les principales causes des petits poids de naissance qui constituent un des facteurs de risque essentiels pour la mortalité mais aussi pour la survenue de handicaps et pour la morbidité aux âges ultérieurs.

Sur une période de quinze ans (1981-1995) on ne constate pas de régression de ces indicateurs. Sur l'ensemble des naissances la prématurité (âge gestationnel inférieur à 37 semaines) passe ainsi de 5,6 % à 5,9 % de 1981 à 1995 (tableau 11), la grande prématurité (âge gestationnel inférieur à 34 semaines) passant pour sa part de 1,1 % à 1,6 %. Le pourcentage d'enfants de poids de naissance inférieur à 2 500 g évolue de 5,2 % à 6,2 % et celui des enfants de poids inférieur à 1 500 g de 0,4 % à 1,1 %. Si l'on considère les seules naissances vivantes, les taux respectifs sont en 1995 de 5,4 % pour la prématurité et de 1,2 % pour la grande prématurité. Le pourcentage d'enfants nés vivants de poids inférieur à 2 500 g est de 5,7 % et celui des enfants vivants de poids

Tableau 11 **Les principaux indicateurs de l'enquête nationale périnatale 1995 et de l'enquête Naître en France 1981** (en pourcentage)

	1995	1981
Caractéristiques de la mère		
Mère de 35 ans et plus	12,5	5,9
Poids avant grossesse de 60 kg et plus	40,3	28,5
10 cigarettes ou plus au 3e trimestre de grossesse	10,9	2,6
Femmes vivant seules	7,0	4,8
Niveau d'études supérieur au baccalauréat	32,6	13,4
Femmes travaillant pendant la grossesse	60,2	54,7
Surveillance de la grossesse		
Plus de 7 visites prénatales	73,3	42,5
Aucune visite à l'équipe responsable de l'accouchement	11,2	17,8
Plus de 3 échographies	41,9	14,7
Hospitalisation pendant la grossesse	19,9	15,6
Déroulement de l'accouchement		
Accouchement déclenché	20,5	10,4
Accouchement par césarienne	15,9	10,9
Péridurale	48,6	3,9
Anesthésie générale	5,4	14,2
L'enfant		
Apgar inférieur à 8, à 1 minute *	7,1	7,4
Apgar inférieur à 8, à 5 minutes	1,5	1,6
Transfert de l'enfant	8,7	8,8
Enfant prématuré (âge gestationnel < à 37 semaines)**	5,9	5,6
Enfant grand prématuré (âge gestationnel < à 34semaines)**	1,6	1,1
Poids de naissance inférieur à 1 500 g**	1,1	0,4
Poids de naissance inférieur à 2 500 g**	6,2	5,2
Naissance gémellaire	2,4	2,3

* Tout nouveau-né subit un examen complet au moment de la naissance. Le score d'Apgar consiste à évaluer cinq éléments cotés de 1 à 2 : fréquence cardiaque, effets respiratoires, tonus musculaire, réponse aux stimulations, coloration cutanée. Le score d'Apgar établi à la cinquième minute de vie fournit des informations quant à l'adaptation à la vie extra-utérine.

** Par rapport à l'ensemble des naissances

inférieur à 1 500 g de 0,7 %. La prématurité concerne ainsi chaque année environ 40 000 nouveau-nés.

Des évolutions dans les conditions de la grossesse aux effets contradictoires contribuent à expliquer le maintien à un niveau élevé de ces indicateurs. Parmi les facteurs positifs on peut noter l'augmentation importante du niveau de formation des femmes (le pourcentage de femmes ayant un niveau supérieur au baccalauréat passant de 13 à 33 %) et l'intensification de la surveillance prénatale (90 % des femmes ont eu au moins 7 visites prénatales et la même proportion au moins 3 échographies). Parmi les facteurs négatifs l'augmentation de l'âge moyen des femmes à la maternité (ainsi la proportion des accouchées de moins de 25 ans

passe de 38 % à 21 %, celle des 30-39 ans de 24 % à 38 %), le développement de la précarité (à titre d'indicateur 11 % des femmes percevaient une allocation chômage durant leur grossesse), l'augmentation de la pratique tabagique puisque la proportion de femmes se déclarant fumeuses pendant le troisième trimestre de la grossesse passe de 15 à 25 %, et le pourcentage de celles déclarant fumer 10 cigarettes ou plus de 3 à 11 %.

Comme autre élément marquant il faut noter l'influence des grossesses multiples dont la proportion s'accroît : celles-ci représentent 2,5 % des naissances mais 17 % des naissances prématurées et 20 % des naissances de poids inférieur à 2 500 g.

Des modifications majeures dans les pratiques obstétricales

La signification du maintien à un niveau élevé du taux de prématurité devient cependant plus difficile à interpréter, en particulier pour la grande prématurité, du fait qu'elle est due en partie aux modifications des pratiques obstétricales qui tendent à prendre en charge de plus en plus tôt des enfants qui sont menacés *in utero*. C'est ainsi que 42 % des enfants de moins de 35 semaines et 50 % des enfants de moins de 2 000 g sont nés après décision médicale d'interrompre la grossesse. L'étude de la prématurité doit donc tenir compte de ces pratiques dont l'objectif est d'aboutir à une amélioration à long terme de l'état de santé de l'enfant. Au total, le taux de déclenchement d'accouchements passe de 10 à 20 % et celui des césariennes avant travail de 6 à 8,5 % entre 1981 et 1995.

Si le niveau de la mortalité périnatale et de la mortalité infantile en France s'exprime en milliers de cas, celui de la prématurité et de l'hypotrophie est d'un ordre de grandeur dix fois supérieur. Certaines évolutions démographiques et socioculturelles, telles que l'augmentation de l'âge à la maternité et la pratique tabagique, conduisent à une augmentation du risque. Par ailleurs des taux qui apparaissent faibles peuvent correspondre à des effectifs suffisants pour représenter un véritable problème de santé publique : par exemple le taux de grossesses non suivies se situe à 0,2 %, or ce taux très faible correspond néanmoins au nombre de 1 500 grossesses non suivies dans l'année.

Les nouveaux problèmes posés par les maladies infectieuses

L'émergence récente de nouveaux agents infectieux pathogènes comme le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH), les développements récents des encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles, montrent que l'écologie des agents infectieux est en constante évolution. Jusqu'à une période récente l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène et l'apparition d'une médecine moderne et efficace ont permis, dans les pays développés, un meilleur contrôle des pathologies infectieuses. En particulier la découverte des antibiotiques et des vaccins a permis la prévention et le traitement de pathologies infectieuses sévères telles que la tuberculose, la diphtérie ou la poliomyélite. Ces pathologies sont cependant en train de réémerger dans certains pays du fait de nouvelles conditions sociales et économiques.

De nouveaux agents infectieux

Les maladies liées aux virus (VIH, virus de l'hépatite virale B et C et maintenant G) ont pris une place prépondérante dans les pathologies infectieuses. Nous ne disposons d'aucun moyen thérapeutique contre les virus des fièvres hémorragiques virales (Ebola, Marburg, Lassa) ni contre ceux de la dengue hémorragique dont on constate aujourd'hui l'extension (de l'Asie vers le continent sud-américain). De nouveaux agents infectieux sont également apparus tels que les agents transmissibles non conventionnels (ATNC), responsables des encéphalopathies subaiguës spongiformes.

La réémergence de pathologies infectieuses

Malgré des moyens de prévention ou de traitement efficaces, on constate l'augmentation de l'incidence de certaines pathologies transmissibles (tuberculose, diphtérie). Cette augmentation est liée à des facteurs économiques et politiques (précarisation, bouleversement politique entraînant la désorganisation des systèmes de prévention et de soins), mais aussi, en ce qui concerne plus particulièrement la tuberculose, à des facteurs démographiques (vieillissement de la population dans les pays industrialisés), et médicaux (apparition de phénomènes de résistance aux anti-tuberculeux, augmentation des cas de malades immuno-déprimés).

Évolution des pathogènes, le problème des résistances

L'utilisation massive de l'antibiothérapie a entraîné l'apparition de résistances parmi les bactéries du fait de l'augmentation de la pression de sélection : apparition de tuberculose multi-résistante, résistance accrue des bactéries « hospitalières » nécessitant l'utilisation de nouveaux antibiotiques, augmentation de la fréquence des résistances des staphylocoques à la Méthicilline. L'apparition

et la diffusion de bactéries résistantes posent des problèmes thérapeutiques au clinicien, entraînent une plus grande létalité des infections, et sont source d'épidémies hospitalières. Ces résistances posent le problème de la stratégie d'utilisation des antibiotiques dans la population en dépit de la limitation de certains d'entre eux à l'usage hospitalier.

Des risques accrus liés à l'évolution des modes de vie, des techniques industrielles et des pratiques médicales

Entrent dans ce cadre les pathologies infectieuses liées aux voyages (paludisme, amibiase, choléra par exemple), les pathologies infectieuses d'origine alimentaire. L'industrialisation de la production et de la distribution des produits alimentaires peut entraîner des épidémies de grande ampleur (listériose, épidémie de syndrome hémolytique et urémique dû à Escherichia Coli). Enfin les pratiques de procédures médicales invasives constituent un facteur de risque bien connu des infections nosocomiales.

L'évolution profonde de ces dix dernières années rend encore plus nécessaire le renforcement des mesures de surveillance, de la capacité à déclencher des alertes et des interventions épidémiologiques rapides. Les derniers événements concernant l'encéphalopathie spongiforme bovine ont montré l'importance des articulations étroites entre ministères dans la gestion du risque.

La coopération internationale dans ce domaine s'impose de plus en plus car la mondialisation du commerce et du tourisme facilite l'extension des phénomènes épidémiques à de multiples pays voire des continents entiers.

Enfin, parce qu'ils sont mieux informés, parce qu'ils donnent une très haute priorité à la préservation de leur santé, les citoyens admettent de moins en moins que celle-ci puisse être altérée du fait des soins ou de l'environnement au sens large du terme. En situation d'incertitude, lorsque le lien entre une exposition et le risque de survenue d'une maladie n'est pas bien établi, il est demandé que le principe de précaution guide l'action des pouvoirs publics. Dans le doute il ne s'agit plus de s'abstenir mais au contraire d'agir comme si le risque était démontré.

Toxicomanie

On présente ci-après quelques données concernant la consommation de produits illicites issues des travaux de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies. La consommation de produits licites, alcool et tabac, et la dépendance à l'égard de médicaments psychotropes sont abordées par ailleurs.

Du fait même de son illégalité, la consommation de drogue est difficile à repérer dans la population générale. De plus, on ne dispose pas de données de tendance sur le long terme. Le cannabis est la drogue illicite la plus utilisée, par plus de 10 % des adultes. Les usages d'héroïne et de cocaïne concernent moins de 1 % d'entre eux.

En cherchant à établir un ordre de grandeur minimum, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies aboutit à une estimation de 160 000 personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l'héroïne au cours des derniers mois et qui ont ou auront recours au système de santé.

Les toxicomanes recensés par les sources sanitaires sont essentiellement des hommes. Ils se concentrent particulièrement dans la tranche d'âge 20–34 ans. Mais leur âge moyen, qui ne cesse de s'accroître depuis plusieurs années, varie notablement selon les substances principalement utilisées : 23,9 ans pour les usagers de cannabis, 27,1 ans pour ceux de cocaïne, 27,6 ans pour ceux d'héroïne, 28,3 ans pour ceux de crack.

Un peu moins de 60 % des toxicomanes suivis en 1993 dans le système sanitaire et social consomment de l'héroïne comme produit principal, un peu plus de 20 % du cannabis, un peu moins de 10 % des médicaments psychotropes ; 63 % de ces patients consomment plus d'un produit toxique.

Les informations disponibles sur la morbidité des toxicomanes sont parcellaires. On dispose essentiellement de données sur l'infection par le VIH et de quelques éléments sur les hépatites.

En novembre 1993, pour 66 % des toxicomanes pris en charge dans les centres spécialisés et les hôpitaux, le statut sérologique au VIH est connu et déclaré. Parmi eux, 29 % sont séropositifs, 33 % chez ceux qui utilisent ou ont utilisé la voie intraveineuse. Le statut sérologique en matière d'hépatite C n'est connu et déclaré que chez 41 % des mêmes patients (49 % chez les utilisateurs anciens ou actuels de la voie intraveineuse). Parmi ceux dont le statut sérologique est connu, 43 % sont séropositifs pour l'hépatite C. Ce taux est de 51 % parmi les toxicomanes ayant consommé un produit par voie intraveineuse.

Parmi les décès liés à l'usage de drogues, il est possible actuellement de repérer ceux qui font suite à des surdoses de produits ainsi que ceux où la toxicomanie apparaît comme cause associée au décès. Ces décès ne sont qu'une partie de la mortalité pouvant être imputée à l'usage de drogues. En effet il est souvent impossible de repérer le lien entre l'usage ou l'abus de drogues et le décès dans un certain nombre de cas (morts violentes, maladies infectieuses).

En 1994, 565 décès par surdose ont été portés à la connaissance de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS). Dans 90 % des cas le produit incriminé était l'héroïne, mais il se peut qu'il y ait eu prise antérieure d'alcool ou de médicaments.

Par ailleurs, une étude de l'Inserm a conduit à estimer à 1 720 le nombre de cas, en 1992, pour lesquels la toxicomanie, sans en être forcément la cause directe, est impliquée dans la mort. Pour 560 cas la toxicomanie est la cause principale du décès, et, pour 1 160, elle est l'une des causes associées (dont 970 décès du sida de toxicomanes).

Qualité de la vie

Des transformations considérables sont survenues au cours du vingtième siècle, dans les dernières décennies en particulier, quant à la situation sanitaire de la population : accroissement continu et considérable de la durée de vie, baisse de la natalité entraînant le vieillissement relatif de la pyramide des âges, possibilités nouvelles de lutte contre un grand nombre de maladies infectieuses, avancées dans le domaine du diagnostic, chute de la mortalité infantile. Ces transformations soulèvent des questions complètement nouvelles en terme de société.

Jusqu'à une période récente, les données de mortalité et l'espérance de vie en particulier, ont joué un rôle central dans les analyses et ceci demeure en grande partie le cas, comme on vient de le voir. Bien entendu ceci tient à leur disponibilité et leur fiabilité, et correspond à une réalité historique ancienne, tant il est vrai que pendant des décennies la lutte contre la mortalité a constitué le seul enjeu, comme cela demeure le cas dans un trop grand nombre de pays. En France, cependant, comme dans les pays de développement comparable, l'accroissement considérable de la durée

moyenne de la vie, qui se poursuit au rythme exceptionnellement rapide d'une année tous les quatre ans, rend désormais indispensable de compléter et de relativiser les statistiques de mortalité par des données sur la qualité de la vie liée à l'état de santé.

Au tout début de la vie, par exemple, les succès spectaculaires obtenus dans la lutte contre la mortalité infantile permettent d'amener au premier plan la question de l'amélioration de l'état général des nouveau-nés, par la diminution des taux de prématurité et de faible poids de naissance. À l'autre extrême, le recul considérable et permanent de l'âge moyen au décès pose la question essentielle de la qualité des années de vie ainsi gagnées. À tous les âges, les moyens thérapeutiques nouveaux qui s'offrent à l'individu posent la question de la réalisation effective pour chacun de « l'état complet de bien-être physique, mental et social » qui définit la bonne santé au-delà de la seule absence de maladie ou d'infirmité, selon l'OMS. Cette définition se trouve en accord avec ce que les individus eux-mêmes perçoivent comme la bonne santé dans les études d'opinion.

Ce chapitre présentera les atteintes les plus sévères à la qualité de la santé, incapacités de divers ordres, douleurs mal traitées, puis l'indice de mal-être que représente l'importante consommation de psychotropes en France pour finir par les pathologies courantes de la vie quotidienne.

Les liens entre l'allongement de la durée de la vie et l'état de santé

Trois scénarios sont classiquement présentés concernant les relations possibles entre mortalité et morbidité chronique :

- soit les progrès techniques et médicaux, les conditions de vie et de prise en charge ne permettent pas de modifier la date d'apparition des maladies mais parviennent à allonger la durée de vie : on se situe alors dans un scénario d'**extension** de la morbidité.
- soit l'âge moyen d'apparition des processus morbides et la date du décès se décalent parallèlement : on se situe alors dans un scénario de **maintien** de la morbidité.
- soit l'âge moyen d'apparition des processus morbides augmente plus que celui du décès : on se situe alors dans le scénario de **compression** de la morbidité.

Diverses théories ont été développées en faveur de l'un ou de l'autre de ces scénarios, certaines présentant une vision catastrophiste de l'avenir, qu'il est cependant difficile d'étayer par des données d'observation en raison de résultats fragmentaires et souvent divergents entre pays. Actuellement le deuxième scénario semble prévaloir.

Les estimations les plus récentes de l'espérance de vie sans incapacité en France, à partir des résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 1991, viennent contredire ce schéma en indiquant une diminution non seulement relative mais même absolue de la durée moyenne de vie vécue en incapacité (tableau 12). C'est ainsi que de 1981 à 1991, l'espérance de vie totale des hommes augmente de 2,5 ans et leur espérance de vie sans incapacité de 3 ans, du fait d'une diminution de la durée moyenne de vie vécue en incapacité de 0,5 année, les données correspondantes pour les femmes étant respectivement de 2,5 et 2,6 ans.

Ces résultats ont surpris car ils étaient les premiers à indiquer une évolution de cette nature. Cependant, depuis, les évaluations internationales les plus récentes confirment ce tournant positif dans l'état de santé au début des années quatre-vingts.

Les données sur l'incapacité complètent les analyses sur les inégalités conduites à partir de la mortalité. C'est ainsi que l'inégalité entre les sexes est moins forte en terme d'incapacité qu'en terme de mortalité alors que les inégalités sociales semblent en revanche être accrues.

Tableau 12 **Espérance de vie sans incapacité**

Hommes	**1981**	**1991**	**Évolution**
Espérance de vie totale	70,4	72,9	+2,5
dont avec incapacité sévère	*1,5*	*1,2*	
Espérance de vie sans incapacité sévère	68,9	71,7	+2,8
dont avec incapacité modérée	*8,1*	*7,9*	
Espérance de vie sans incapacité	60,8	63,8	+3,0
Femmes			
Espérance de vie totale	78,6	81,1	+2,5
dont avec incapacité sévère	*2,3*	*2,3*	
Espérance de vie sans incapacité sévère	76,3	78,8	+2,5
dont avec incapacité modérée	*10,4*	*10,3*	
Espérance de vie sans incapacité	65,9	68,5	+2,6

Lecture : entre 1981 et 1991 chez les hommes, l'espérance de vie sans incapacité sévère est passée de 68,9 années à 71,7 années : elle a donc augmenté de 2,8 ans. Parmi les 71,7 années sans incapacité sévère, 7,9 années sont vécues en incapacité modérée.

Commentaire : Les chiffres utilisés sont issus des recensements 1982 et 1990 et des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux (1980-1981 et 1991-1992). Toute la population hébergée en institution a été considérée comme étant en état d'incapacité sévère ; ceci entraîne une surévaluation du temps passé en incapacité, mais cette imprécision est nécessaire pour assurer la comparabilité entre les années 1981 et 1991, faute de données sur l'incapacité pour les personnes hébergées en institution en 1981.

Source : Insee-Reves, Enquête santé, Recensement de la population 1993

Handicaps, déficiences et difficultés

L'espérance de vie sans incapacité est un indicateur synthétique qui permet de porter une appréciation globale sur la situation sanitaire. Mais il importe évidemment de décrire plus précisément la population handicapée et dépendante.

D'après les chiffres le plus couramment cités, le nombre de personnes concernées par un handicap en France varie dans un rapport de 1 à 5 ; selon les cas, sont comptés des handicapés sévères, des bénéficiaires d'allocations, ou encore des personnes âgées dépendantes. Le mot « handicap » désigne souvent des situations très différentes.

D'après l'enquête décennale sur la santé de 1991, plus de 5 millions de personnes vivant à domicile déclarent être handicapées ou encore ressentir une gêne ou une difficulté dans la vie quotidienne. Ce dénombrement correspond à une conception très extensive du handicap, basée sur la déclaration de la personne et non sur une définition médicale.

Cette population est beaucoup plus âgée que la population française. Ceci est la conséquence de l'augmentation importante avec l'âge de la prévalence des difficultés de la vie quotidienne. Au sens de l'enquête, sont handicapés ou déclarent être gênés dans la vie quotidienne 2,6 % des enfants, 6,8 % des adultes d'âge actif (c'est-à-dire par convention les adultes de 21 à 59 ans) et 27 % des personnes âgées de plus de 60 ans.

Les troubles moteurs et visuels sont le plus souvent déclarés, que ce soit à titre principal ou secondaire. 1 950 000 personnes signalent une déficience visuelle, soit 3,5 % de la population[4]. 2 165 000 personnes souffrent de troubles moteurs, soit 3,9 % de la population. Parmi les personnes âgées de plus de 60 ans déclarant un handicap ou une gêne dans la vie quotidienne, une sur trois déclare une seconde déficience, contre seulement un adulte d'âge actif sur cinq.

La déficience visuelle est la plus souvent déclarée par les adultes d'âge actif. Les personnes âgées de plus de 60 ans sont les plus atteintes de troubles moteurs, elles les déclarent beaucoup plus souvent comme déficience principale (tableau 13). La déficience visuelle se situe pour elles au second plan. Les difficultés motrices sont jugées dans la plupart des cas plus gênantes pour accomplir les gestes de la vie quotidienne que les troubles vi-

[4] Les problèmes de vision (myopie, presbytie) sont évidemment bien plus nombreux ; mais il s'agit ici des déficiences visuelles qui entraînent un handicap dans la vie de tous les jours, c'est-à-dire qui ne peuvent être efficacement compensées.

Tableau 13 **Répartition dans la population des déficiences déclarées** (en pourcentage)

	Ensemble	Enfants (0 à 20 ans)	Adultes (21 à 59 ans)	Personnes âgées (60 ans et plus)
Auditive	1,3	0,3	0,6	4,6
Visuelle	2,8	1,0	2,6	5,8
Motrice	3,4	0,5	1,9	11,2
Psychiatrique	0,6	0,2	0,6	0,9
Intellectuelle	0,2	0,1	0,1	0,4
Autre	1,5	0,5	1,0	4,5
Total	9,8	2,6	6,8	27,4

Lecture : 2,8 % de la population ont une déficience visuelle comme déficience principale, 1,9 % des adultes ont une déficience motrice comme déficience principale.

Commentaire : informations issues de l'enquête décennale de santé réalisée auprès de la population générale (non compris les personnes âgées ou les personnes handicapées accueillies à plein temps dans les établissements de soins ou médico-sociaux). Il s'agit de déficiences déclarées donc perçues par la personne répondant aux questions de l'enquêteur (souvent la mère de famille).

Source : Sesi, Enquête santé 1992

suels qui peuvent dans de nombreux cas être corrigés par des lunettes.

Les déficients visuels et, dans une moindre mesure, les déficients auditifs se différencient nettement des autres personnes déclarant un handicap ou une gêne dans la vie quotidienne. Les déficients visuels sont les plus autonomes. Ils bénéficient moins que les autres handicapés d'une aide à la vie quotidienne. Ils perçoivent également moins fréquemment une aide financière liée à la déficience. Ils ont rarement besoin d'une aide régulière ou d'une aide pour se déplacer. La déficience visuelle, ainsi qu'elle est déclarée dans l'enquête, est dans une grande majorité des cas un handicap qui, même s'il entraîne des difficultés dans la vie quotidienne, permet une vie relativement normale. C'est ainsi que moins d'une personne sur dix déclarant un problème visuel a besoin d'aide pour se déplacer alors que près d'une personne sur deux ayant des problèmes moteurs ne se déplace qu'avec l'aide d'une personne ou d'un appareil.

Les déficients auditifs perçoivent des aides financières ou bénéficient d'une aide à la vie quotidienne dans des proportions semblables aux déficients visuels. Toutefois leurs caractéristiques sont différentes. En effet, 72 % des personnes déclarant un problème auditif ont plus de 60 ans contre 41 % des déficients visuels. Or les personnes âgées de plus de 60 ans demandent moins souvent

une aide financière que les adultes de moins de 60 ans. Il est vrai que, titulaires de retraite ou de l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité, ils ne peuvent prétendre à certaines aides.

Les personnes ayant des troubles psychiatriques et les déficients intellectuels reçoivent plus fréquemment des aides financières que les autres. De même, ils se font plus aider régulièrement dans leur vie quotidienne. Les personnes déclarant ces deux déficiences sont plus dépendantes d'autres personnes et sont, pour la moitié d'entre elles, reconnues handicapées par les organismes d'aide aux handicapés. Ces déficiences sont moins fréquentes que les troubles visuels mais elles impliquent plus d'assistance.

Les déficients moteurs ont plus souvent besoin d'une aide pour se déplacer, mais moins besoin d'aide financière que ceux qui souffrent de troubles psychiatriques ou intellectuels.

Les résultats qui précèdent concernent la population vivant à domicile. Bien entendu, la population âgée vivant en institution présente des niveaux de difficultés bien supérieurs (tableaux 14 et 15).

Tableau 14 **Niveau de difficultés permanentes des personnes âgées à leur domicile** (75 ans et plus)

	Hommes		Femmes	
Niveau de difficultés	**1981**	**1992**	**1981**	**1992**
Ne peut se déplacer ou ne peut sortir sans aide	8,9	6,5	14,4	15,0
N'a pas besoin d'aide mais ressent certaines limitations	23,7	23,7	26,7	23,1
Gênes non motrices	10,2	10,8	11,6	6,8
Pas de difficultés permanentes	57,2	59,0	47,3	55,1
Ensemble des personnes de 75 ans et plus	100,0	100,0	100,0	100,0

Lecture : en 1992, 15 % des femmes de 75 ans et plus vivant à leur domicile ne peuvent pas se déplacer ou sortir sans aide.

Commentaire : la continuité dans le mode d'interrogation des enquêtes décennales de santé permet d'établir des comparaisons auprès des personnes âgées de plus de 75 ans. À noter qu'entre les deux enquêtes, la part de la population âgée de 75 ans et plus restant à son domicile était passée de 3 millions à 3,7 millions. Dans le même temps, parmi les plus de 75 ans, la part des personnes très âgées (85 ans et plus) s'est accrue, passant de 15 à 24 %.

Source : Sesi, Enquête santé 1992

Tableau 15 **Niveau de difficultés permanentes chez les personnes âgées en institution**

Niveau de mobilité	65-74 ans		75 ans et plus		Ensemble	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ne se lève pas	13,5	17,7	20,1	25,0	16,9	23,9
Ne sort pas sans aide	36,7	46,9	46,5	53,8	42,4	52,6
Autres	49,8	35,4	33,4	21,2	40,7	23,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Lecture : en 1992 52,6 % des femmes de 75 ans et plus hébergées en institution ne sortent pas sans aide.

Commentaire : l'enquête réalisée tous les deux ans auprès des établissements pour personnes âgées (EHPA) qui concernent les maisons de retraite et les foyers-logements s'est enrichie en 1990 d'une interrogation auprès d'un échantillon représentatif de personnes accueillies. Les services de long séjour des hôpitaux publics qui accueillent le même type de clientèle ont également été enquêtés.

Source : Sesi, Enquête auprès des établissements d'hébergement pour les personnes âgées 1994

La description de la population sujette à incapacités doit être complétée par une approche administrative et institutionnelle. On comptait ainsi en France, fin 1993, 563 000 bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé, 483 000 pensions d'invalidité et 558 000 pensions militaires d'invalidité, 259 000 bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne. 98 000 enfants ont bénéficié en 1994 de l'allocation d'éducation spéciale. À la fin de l'année 1993, près de 120 000 jeunes étaient accueillis dans les établissements spécialisés pour enfants handicapés ou suivis par un service spécialisé à domicile. Par ailleurs 12 000 enfants handicapés étaient intégrés individuellement à temps partiel ou à temps plein dans les écoles du premier degré en 1994-1995.

En fonction de la nature de leur incapacité, les personnes handicapées peuvent exercer leurs compétences professionnelles en milieu de travail ordinaire. C'est ainsi qu'en 1993 on estimait à 3 % le taux d'emploi de personnes handicapées dans les établissements de plus de 20 salariés. 90 000 personnes travaillaient dans des structures de travail protégé destinées aux personnes qui ne sont pas susceptibles de travailler en milieu ordinaire.

Les données qui viennent d'être présentées fournissent un cadrage général mais comportent de nombreuses lacunes. On dispose de peu d'informations sur l'origine des handicaps ainsi que sur leur évolution dans le temps. C'est pourquoi l'enquête nationale

sur le handicap actuellement préparée par l'Insee doit être menée à bien, en dépit de son coût important.

Une lutte insuffisante contre le désavantage social lié aux incapacités

Il existe deux moyens, bien entendu non exclusifs, d'améliorer la qualité de vie de personnes victimes d'une incapacité : l'action sur la déficience qui en est la cause, et l'action sur le désavantage qui en résulte. Le premier de ces moyens sollicite actuellement la plus grande attention alors que, comparativement, peu d'efforts sont consacrés au second, bien que les résultats potentiels soient probablement considérables à relativement peu de frais. À travers l'exemple de l'accessibilité dans les transports, on peut voir que la législation et la réglementation, les solutions techniques, les organismes de coordination et de concertation existent bel et bien et que pourtant le sentiment justifié de graves insuffisances perdure. On constate de même une limitation très dommageable de la diffusion des techniques de suppléance pour l'aide à la vie quotidienne.

Une prise en charge insuffisante de la douleur

Des enquêtes aux résultats convergents conduites de 1991 à 1993 montrent que la douleur est trop souvent mal prise en compte en France. Ainsi, d'après une enquête auprès de malades cancéreux, 56 % des patients déclarent avoir des douleurs, ces douleurs sont fréquemment sous-estimées par les médecins et ne sont traitées de façon satisfaisante que dans un tiers environ des cas.

Une enquête similaire faite auprès de malades atteints du sida conduit à des résultats comparables : parmi les 54 % de patients infectés par le VIH et décrivant des douleurs, 28 % seulement se disent soulagés correctement de leur douleur par le traitement qui leur est administré.

Quatre millions d'interventions chirurgicales sont pratiquées chaque année en France. Ces actes entraînent des douleurs dans 60 % des cas au minimum.

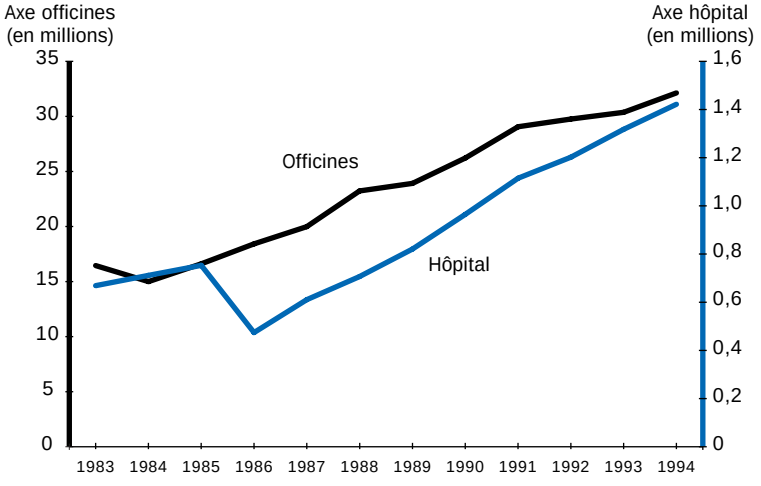
Parmi les personnes interrogées dans une enquête nationale auprès d'un échantillon représentatif de 1 000 personnes de la population générale, 50 % des personnes opérées au cours des 5 années précédentes gardaient un très mauvais souvenir de la douleur qu'elles avaient ressentie après l'intervention et plus de la moitié des personnes interrogées considéraient qu'elles choisiraient un établissement hospitalier pour subir une intervention chirurgicale en fonction des possibilités de traitement de la douleur post-opératoire.

La méconnaissance particulière de la douleur et de son traitement chez l'enfant est liée à la difficulté de son évaluation et aux réticences des médecins face à l'utilisation, dans ce cas, d'antalgiques puissants dont l'efficacité est pourtant démontrée. Chez l'enfant exposé à la douleur (par exemple le tout-petit, particulièrement dans un environnement de soins intensifs, l'enfant polyhandicapé, l'enfant atteint d'une pathologie chronique invalidante, d'un cancer, du sida, ou l'enfant brûlé), des conséquences sévères apparaissent dans des délais plus courts que chez l'adulte et justifient une attention particulière.

Les personnes âgées constituent une autre population chez laquelle la reconnaissance de la douleur est rendue difficile pour des questions d'expression. Pourtant la douleur affecterait jusqu'à 80 % des personnes en institution.

Depuis la réalisation de ces enquêtes, il se met progressivement en place les éléments d'un programme national de lutte contre la douleur et une évolution favorable est en cours. Ainsi, même si cet indicateur est imparfait, on peut noter l'augmentation de la consommation de morphine (figure 25). Mais le soulagement des patients reste insuffisant. Au-delà des structures spécialisées, la reconnaissance et la prise en charge de la douleur doivent impliquer l'ensemble des équipes soignantes et l'accessibilité des médicaments antalgiques efficaces doit encore être améliorée.

Figure 25 **Vente de dérivés morphiniques anti-douleur**



Source : Agence du médicament, Libra

La consommation de psychotropes

Selon l'enquête santé de 1991, 11 % des adultes déclarent consommer régulièrement un médicament psychotrope depuis plus de six mois. Les trois groupes de produits les plus fréquemment utilisés sont les tranquillisants (7,3 % de consommateurs), les hypnotiques (3,6 %) et les antidépresseurs (2,0 %). Près du quart des consommateurs réguliers de psychotropes (2,3 % des individus) recourent à deux types de produits ou plus.

Le relevé détaillé des achats de médicaments de toute nature, effectué au cours des douze semaines de l'enquête, confirme l'intensité et l'importance de ces consommations régulières. Celles-ci représentent les trois quarts de la consommation de psychotropes, le quart restant étant donc le fait des 89 % restants de la population. Les consommateurs réguliers acquièrent en moyenne près de 20 boîtes par an. Il s'agit bien, pour eux, de consommations quotidiennes dans la mesure où ces produits sont le plus souvent présentés dans des boîtes de 25 à 30 comprimés ou dragées.

L'ancienneté des recours est souvent grande : plus de la moitié (57 %) de ces consommateurs ont démarré depuis 5 ans au moins, et un tiers depuis 10 ans ou plus, soit une ancienneté moyenne de l'ordre de 7 ans et demi.

La proportion de consommateurs réguliers de psychotropes croît de façon très forte avec l'âge. Après 50 ans pour les femmes et 60 ans pour les hommes, plus d'une personne sur six y a recours. Près de 30 % des femmes sexagénaires en consomment régulièrement : plus de 20 % recourent aux tranquillisants et 10 à 15 % à un hypnotique. Aux âges élevés, la surconsommation des femmes par rapport aux hommes s'accentue et ceci est vrai pour tous les principaux groupes de produits, des tranquillisants aux antidépresseurs.

Parmi les hommes, si l'on écarte les inactifs pour raisons de santé dont il n'est pas étonnant qu'ils déclarent des recours réguliers et de longue date, ce sont les chômeurs qui consomment le plus souvent des psychotropes, correction faite des effets dus à l'âge. L'écart avec les hommes qui occupent un emploi est considérable : la consommation des chômeurs est trois fois plus élevée.

Les écarts sont nettement moins élevés parmi les femmes que parmi les hommes. La proportion de consommatrices régulières parmi les chômeuses dépasse d'un tiers celle des femmes qui travaillent. La proportion de consommatrices régulières parmi les femmes au foyer est légèrement plus élevée que parmi les chômeuses.

La consommation importante de psychotropes constitue un indice d'un état de mal-être que l'on peut associer à une dépression ou un état dépressif dans 44 % des cas, des troubles du sommeil pour 25 %, une angoisse ou une anxiété pour 16 %.

Au-delà de ce constat il faut noter que cette importante consommation est une particularité française puisque la mission conduite par le professeur Zarifian pouvait conclure dans son rapport remis en mars 1996 que, quelles que soient les difficultés des comparaisons internationales, il est indiscutable que le volume des ventes de médicaments psychotropes en France est trois à quatre fois plus élevé que dans n'importe quel autre pays d'Europe. Il n'existe pas actuellement de travaux permettant d'expliquer cette situation.

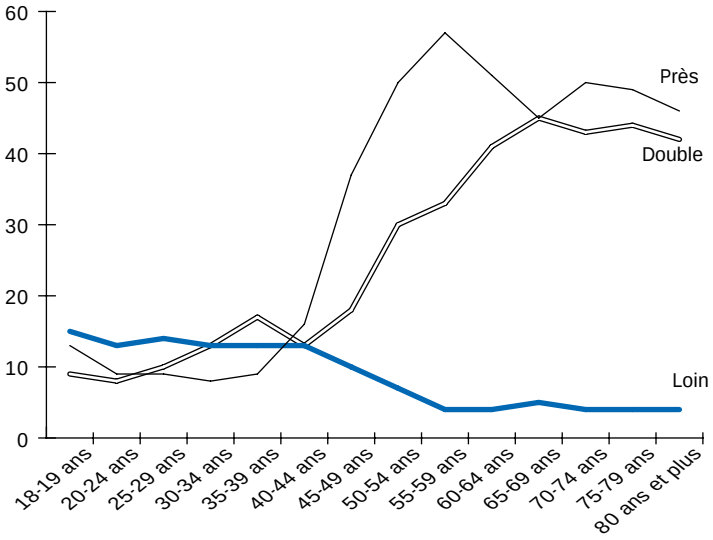
Petites et grandes misères de la vie quotidienne

La qualité de la vie dépend également de gênes ou pathologies *a priori* peu graves mais qui peuvent être handicapantes dans la vie quotidienne, comme une mauvaise vision, la grippe, le mal de dos ou le mal de dent. Chacun, à un titre ou un autre, est un jour concerné.

Des enquêtes menées en 1987, 1990 et 1993 ont montré une diminution rapide de la prévalence de la carie chez les enfants sous l'effet de l'utilisation de fluor (dentifrice fluoré, prescription de comprimés de fluor, consommation de sel fluoré) et probablement de modifications de comportements en matière d'hygiène bucco-dentaire. Cependant les dents restent source de problèmes pour de nombreux adultes. En effet, d'après l'enquête décennale de santé de 1991, à 18 ans, seule une personne sur cinq a encore toutes ses dents en bon état. Dès 40 ans, plus de la moitié des personnes ont une ou plusieurs dents non remplacées et elles sont neuf sur dix dans ce cas à la soixantaine (figure 26).

45 % des individus déclarent au moins un trouble de la vision (myopie, hypermétropie, astigmatie, presbytie). Entre 1 et 4 ans, un enfant sur vingt-cinq est concerné, entre 5 et 9 ans, un sur sept l'est. Un tel bond est sans aucun doute à mettre en relation directe avec l'apprentissage de l'écriture et de la lecture qui peuvent servir de révélateurs de ces troubles. Entre 40 et 50 ans, le nombre de personnes incommodées passe de quatre à six sur dix, en raison du nombre croissant de presbytes. À 60 ans seule une personne sur dix déclare être restée « indemne » de tout problème visuel (figure 26).

Figure 26 **Proportion des porteurs de lunettes selon l'âge et le type de correction**



Lecture : 37 % des personnes âgées de 45 à 49 ans portent des lunettes pour voir de près, 10 % pour voir de loin et 18 % ont une double correction
Source : Sesi, Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

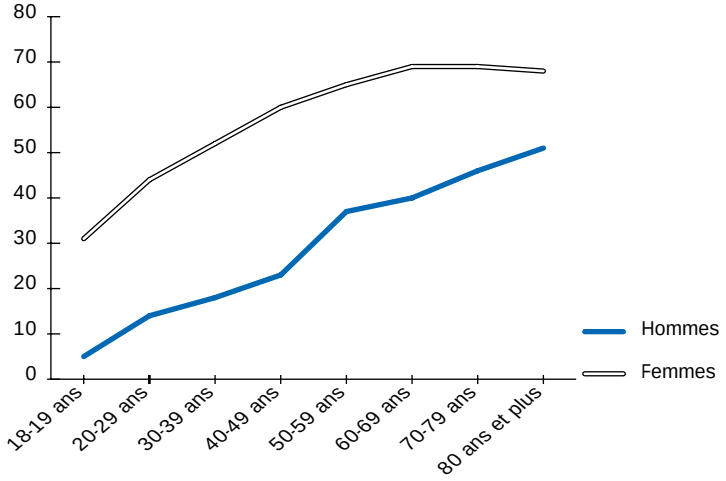
Des appareils permettent de pallier ces déficiences : 11 millions et demi de personnes portent un dentier, 26 millions d'adultes portent des lunettes ou des lentilles correctrices.

D'autres plaintes évoquent des pathologies chroniques de faible gravité mais pouvant être source de mal-être quotidien. Plus de 18 millions d'adultes, soit 57 % des femmes et 26 % des hommes se plaignent de problèmes de circulation veineuse des jambes ; 7 700 000 personnes déclarent avoir des problèmes de dos, les femmes plus que les hommes (figures 27 et 28).

Les pathologies aiguës des voies respiratoires telles que rhume, rhino-pharingite, angine, durent peu de temps en général mais sont très gênantes et peuvent entraîner des complications chez les sujets fragiles. Plus de 13 millions de personnes ont déclaré avoir eu l'une ou l'autre de ces affections au cours des trois mois d'enquête.

À la différence des pathologies précédentes, l'hypertension artérielle est l'exemple d'une pathologie à risque (accidents cardio-vasculaires ou vasculaires cérébraux) souvent « muette » ;

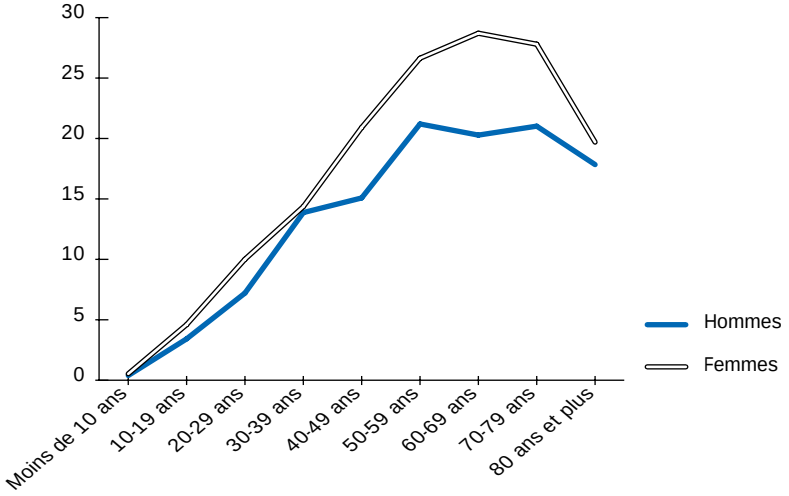
Figure 27 **Proportion de personnes se plaignant de problèmes de circulation veineuse des jambes par âge pour chaque sexe**



Lecture : 22,9 % des hommes et 59,8 % des femmes âgés de 40 à 49 ans déclarent avoir des problèmes de circulation veineuse des jambes (varices, jambes gonflées, sensation douloureuse des jambes)

Source : Sesi, Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Figure 28 **Proportion de personnes se plaignant du dos (y compris scoliose) par âge pour chaque sexe**



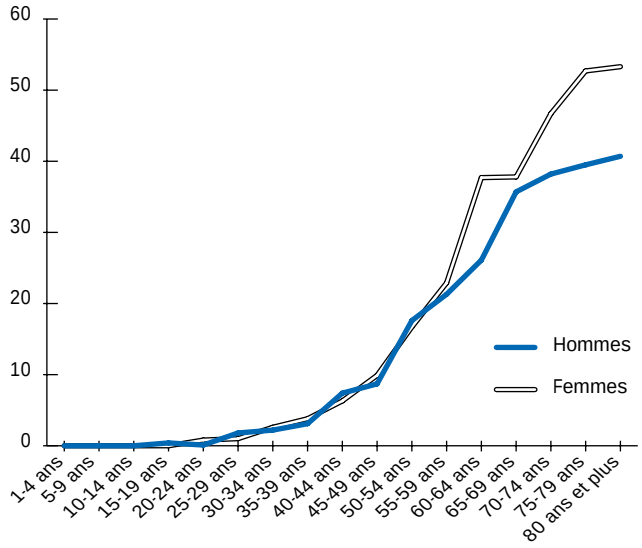
Lecture : 15,1 % des hommes et 20,9 % des femmes âgés de 40 à 49 ans se plaignent du dos.

Source : Sesi, Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

6 650 000 individus déclarent en être atteints. La fréquence de l'hypertension augmente avec l'âge : à 50 ans moins d'une personne sur dix déclare en être atteinte, à 65 ans une sur trois. Dans un cas sur trois, l'hypertension est diagnostiquée avant l'âge de 50 ans (figure 29).

Toutes ces maladies et gênes qui ont pour caractéristique commune d'être fréquentes ont d'importantes conséquences économiques par la consommation de soins qu'elles induisent et les interruptions d'activité qu'elles peuvent aussi entraîner. Les maladies respiratoires aiguës, l'hypertension, les douleurs dorsales et les problèmes de circulation veineuse représentent 33 % des motifs de recours aux médecins de ville, 30 % des achats de boîtes de médicaments et 37 % des interruptions d'activité de l'année. En 1991, plus de 70 millions d'actes dentaires ont été comptabilisés. Les maladies respiratoires aiguës sont à l'origine de plus d'un quart des interruptions d'activité : un arrêt de travail sur cinq et plus de la moitié des absences scolaires.

Figure 29 **Proportion de personnes déclarant avoir de l'hypertension artérielle par âge pour chaque sexe**



Lecture : 26,1 % des hommes et 37,7 % des femmes âgés de 60 à 64 ans déclarent avoir de l'hypertension artérielle

Source : Sesi, Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Les recours aux soins varient selon les pathologies ; en particulier ils sont plus ou moins fréquents. On constate que les problèmes dentaires ou de vision ne bénéficient pas du suivi régulier nécessaire. La moitié des adultes n'a pas consulté de dentiste depuis un an ou plus, un sur trois depuis au moins deux ans. De même, la moitié des adultes porteurs de lunettes ou de lentilles n'a pas vu d'ophtalmologiste depuis trois ans au moins. Les hypertendus recourent assez intensément aux médecins (85 % ont consulté au moins une fois un généraliste en trois mois) et ce par nécessité (un traitement commencé ne doit pas être interrompu). Cependant tous ne suivent vraisemblablement pas un traitement puisque 20 % n'ont pas acheté de médicaments sur une période de trois mois et surtout ils respectent assez peu les conseils hygiéno-diététiques : seulement 4 % des hypertendus suivent un régime amaigrissant alors que 40 % présentent une surcharge pondérale. Les affections respiratoires aiguës suscitent essentiellement des achats pharmaceutiques (pour 81 % des cas) et des consultations médicales (pour 63 % des cas), nécessaires il est vrai pour les certificats de maladie et d'arrêt de travail. Seulement la moitié des personnes se plaignant de problèmes de circulation veineuse déclare avoir consulté dans l'année pour ces problèmes et il n'y a de traitement déclaré que dans 35 % des cas où il y a consultation. Pour les douleurs dorsales, seulement 30 % des personnes déclarent avoir consulté un généraliste au cours des trois mois de l'enquête ; une fois sur quatre le médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, pratique un acte ou un examen spécifique, essentiellement des manipulations, de l'acupuncture, de la mésothérapie ou des injections. Une personne sur dix a recours aux séances de masseurs-kinésithérapeutes ; 800 000 actes paramédicaux relèvent de pratiques « parallèles », témoignant de la difficulté du traitement de ces douleurs par la médecine classique.

Inégalités sociales et géographiques[5]

Inégalités sociales

Il existe en France des écarts très importants de niveau d'état de santé selon les catégories sociales. De tels écarts ont également été observés dans l'ensemble des pays où des études ont été menées. Les données de mortalité permettent de mesurer l'ampleur et l'évolution des disparités.

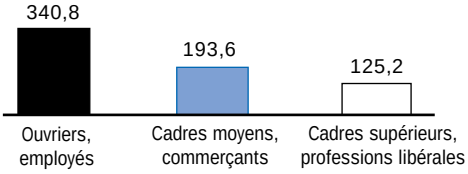
Les études de cohortes prospectives effectuées en France depuis le début des années soixante mettent en évidence des différences très nettes de durée de vie entre groupes sociaux (Insee, 1990). Le risque de décès des hommes entre 35 et 60 ans varie de 10 % pour les cadres à 20 % pour les ouvriers. Les catégories les plus favorisées, en terme de durée de vie, sont les professeurs, les ingénieurs, les cadres supérieurs et les instituteurs ; les plus exposées sont les salariés agricoles, les ouvriers et les personnels de service. Ces études ont également mis en évidence que :

- les disparités entre catégories sociales concernent aussi les femmes mais d'une manière moins prononcée que pour les hommes ; les femmes cadres ont la plus faible mortalité alors que les ouvrières non qualifiées et le personnel de service ont les risques les plus élevés,
- les écarts s'observent à tous les âges mais diminuent aux âges élevés,
- dans les couples, la catégorie sociale du conjoint influence fortement la mortalité des femmes,
- il en est de même de la catégorie sociale du père sur le niveau de mortalité des enfants (mortalité infantile et mortalité des jeunes).

Les figures 30 et 31 présentent les écarts de mortalité selon les catégories sociales chez les hommes entre 25 et 54 ans pour la période 1988-1992 (Inserm-1992). Trois grandes catégories ont été regroupées : les ouvriers-employés, les professions « intermédiaires » (cadres moyens, commerçants, techniciens...) et les professions supérieures (cadres supérieurs, professions libérales).

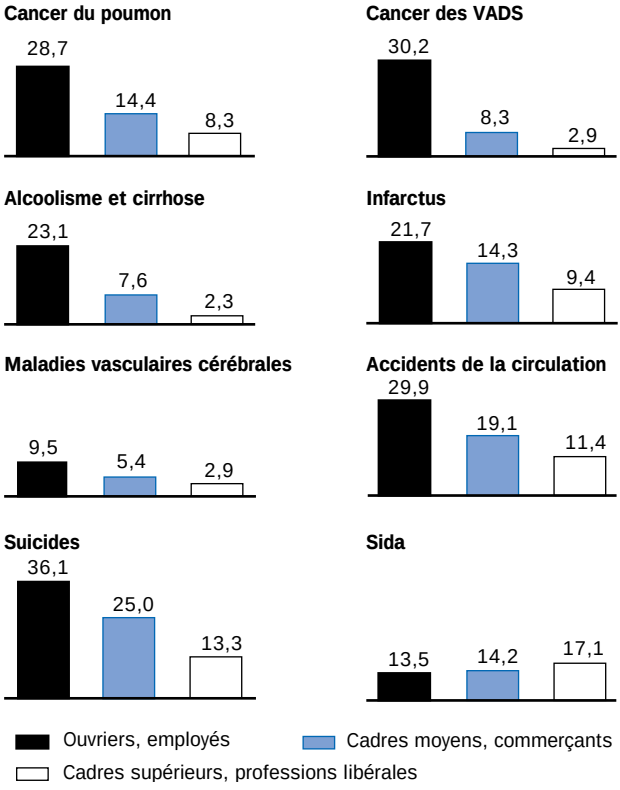
[5] Les données de mortalité sur lesquelles repose ce chapitre sont moins récentes que pour les chapitres précédents. Les effectifs annuels de population par catégorie sociale et par région, nécessaires aux calculs des taux de décès, sont en effet délicats à extrapoler pour des années éloignées des recensements. Notons cependant que les disparités sociales et géographiques restant relativement stables dans le temps, les écarts et caractéristiques mis en évidence sont valables pour la situation actuelle.

Figure 30 **Taux de décès selon la catégorie sociale***
(hommes, 25-54 ans, 1988-1992)



* Taux standardisés par âge (de 5 en 5 ans)
Source : SC8-Inserm

Figure 31 **Taux de décès selon la catégorie sociale et selon la pathologie*** (hommes, 25-54 ans, 1988-1992)



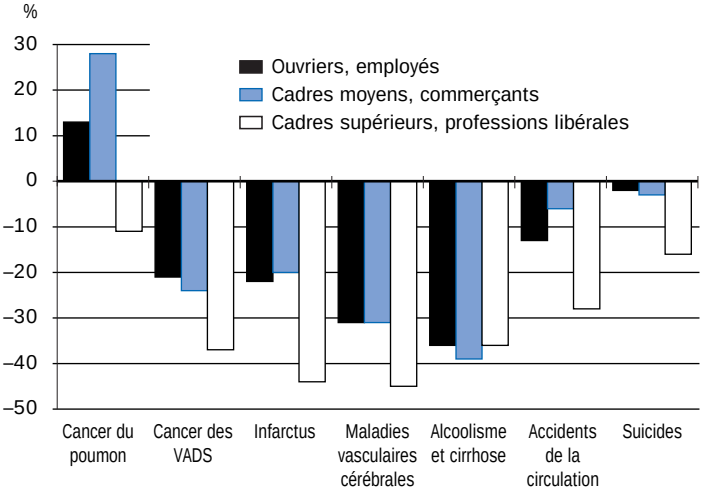
* Taux standardisés par âge (de 5 en 5 ans)
Source : SC8-Inserm

Toutes causes confondues, le risque de décès entre 25 et 54 ans est trois fois plus élevé pour les ouvriers-employés que pour les cadres supérieurs-professions libérales.

Les différences de mortalité entre catégories sociales s'observent pour la plupart des causes de décès mais avec une ampleur variable. Les écarts les plus nets concernent les risques de décès par cancers des voies aérodigestives supérieures et par alcoolisme. Pour ces pathologies, le groupe « ouvriers-employés » a une mortalité prématurée 10 fois plus élevée que celle des professions supérieures. Cette surmortalité atteint 3,5 pour le cancer du poumon et se situe entre 2 et 3 pour les maladies cérébro-vasculaires, le suicide, les accidents de la circulation et l'infarctus. Seul le sida se distingue par une fréquence de décès un peu plus élevée au sein des professions supérieures.

Les écarts de mortalité entre catégories sociales ont tendance à augmenter dans le temps. Cette évolution s'explique par le fait que les risques de décès ont nettement plus diminué pour les cadres supérieurs-professions libérales que pour les autres catégories (figure 32). C'est en particulier très net pour le cancer du poumon, l'infarctus, les maladies vasculaires cérébrales, les cancers des voies aérodigestives supérieures, les accidents de la circulation et les suicides. Pour la mortalité par cancer du pou-

Figure 32 **Variation des taux de décès selon la catégorie sociale entre 1980 / 1984 et 1988 / 1992** (hommes, 25-54 ans)



Source : SC8-Inserm

mon, les cadres supérieurs-professions libérales sont même la seule catégorie pour laquelle on observe une diminution dans le temps du niveau de mortalité.

La seule exception concerne la mortalité par alcoolisme et cirrhose pour laquelle la baisse a été d'ampleur identique dans les trois groupes.

Chez les femmes, on observe également des écarts de mortalité entre catégories sociales mais moins prononcés que chez les hommes. Ces écarts apparaissent plus nettement dans la période récente et cette évolution s'explique à nouveau par une réduction importante des taux de décès pour les professions supérieures alors que la mortalité des autres catégories de femmes a nettement moins baissé. Les différences selon la catégorie socioprofessionnelle des femmes s'observent pour la plupart des pathologies. On constate, pour certaines maladies, des écarts importants entre ouvriers-employés et cadres supérieurs : surmortalité de 6 pour l'alcoolisme, de 3 pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, de 2 pour les maladies de l'appareil circulatoire et pour les cancers de l'utérus. Pour les autres pathologies, des différences existent mais de moindre ampleur.

La surmortalité des hommes par rapport aux femmes s'observe pour toutes les catégories sociales mais plus nettement pour les catégories ouvriers-employés. Pour l'ensemble des catégories sociales, la surmortalité masculine a tendance à augmenter dans le temps.

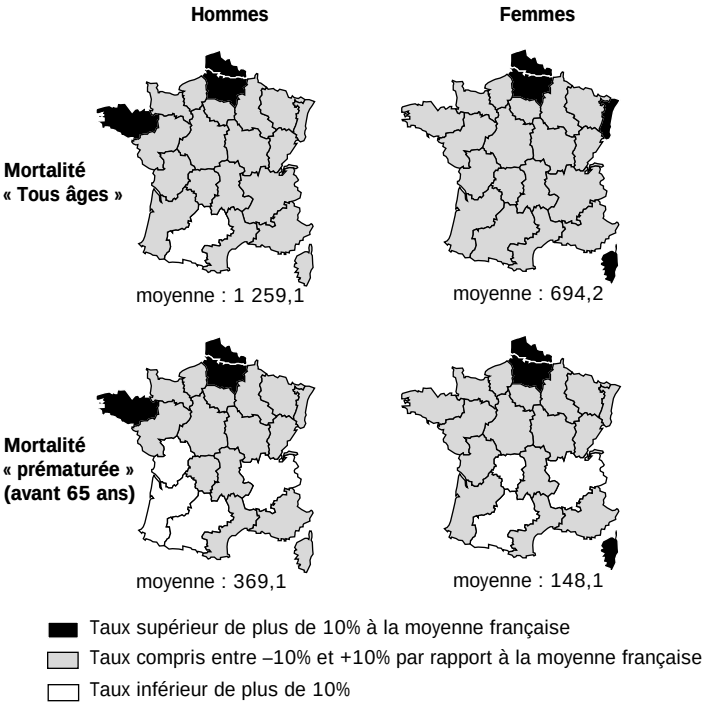
L'interprétation des disparités d'état de santé selon les catégories sociales n'est pas simple car de multiples facteurs agissent simultanément (conditions de travail, conditions de vie, accès aux soins, attitude vis-à-vis de la santé et de la prévention…). Les données précédentes mettent en évidence des écarts particulièrement importants pour les causes de décès liées aux habitudes de vie (en particulier à la consommation d'alcool). La part de la mortalité « évitable » liée aux habitudes de vie est d'ailleurs nettement plus élevée au sein des classes sociales défavorisées.

Inégalités géographiques

La figure 33 présente les écarts de mortalité selon les régions françaises en 1991 pour l'ensemble des décès et pour les décès prématurés.

Pour la mortalité générale, les régions qui présentent des taux de décès supérieurs de plus de 10 % à la moyenne nationale sont : pour les hommes, le Nord-Pas-de Calais, la Bretagne, l'Alsace et

Figure 33 **Écarts de mortalité par région selon le sexe*** (1991)



* taux de décès standardisés par âge pour 100 000
Source : SC8-Inserm

la Picardie et pour les femmes, le Nord-Pas-de Calais, l'Alsace, la Picardie et la Corse.

Quel que soit le sexe, les taux de décès sont nettement plus élevés dans la région Nord-Pas-de Calais que dans les autres régions. À l'inverse une seule région a une mortalité inférieure de plus de 10 % à la moyenne nationale : la région Midi-Pyrénées (pour les hommes).

La distribution géographique de la mortalité prématurée est semblable à celle de la mortalité générale (figure 34). On note cependant que l'Alsace n'apparaît plus dans le groupe des régions à forte mortalité et que les régions de faible mortalité sont plus nombreuses : Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes (pour les deux sexes), Aquitaine et Poitou-Charentes (pour les hommes), Limousin (pour les femmes).

La répartition géographique des taux de décès prématurés pour

les principaux groupes de pathologies est présentée dans les figures 34 et 35.

Pour la plupart des causes, ce sont les régions situées dans la moitié nord de la France qui ont les taux de décès les plus élevés (cancer du poumon, cancers des voies aérodigestives supérieures, alcoolisme, maladies de l'appareil circulatoire, suicide, cancer de l'utérus et du sein). Par rapport à cette tendance générale, on note les caractéristiques suivantes en fonction des pathologies considérées.

Pour le cancer du poumon, existe un net gradient nord-est avec deux régions particulièrement concernées chez les hommes : le Nord–Pas-de-Calais et la Lorraine. Chez les femmes, les régions les plus exposées sont la Lorraine, la Corse et l'Île-de-France. La progression du cancer du poumon depuis le début des années quatre-vingts a touché l'ensemble des régions mais d'une manière plus nette la moitié ouest de la France et les régions du nord-est.

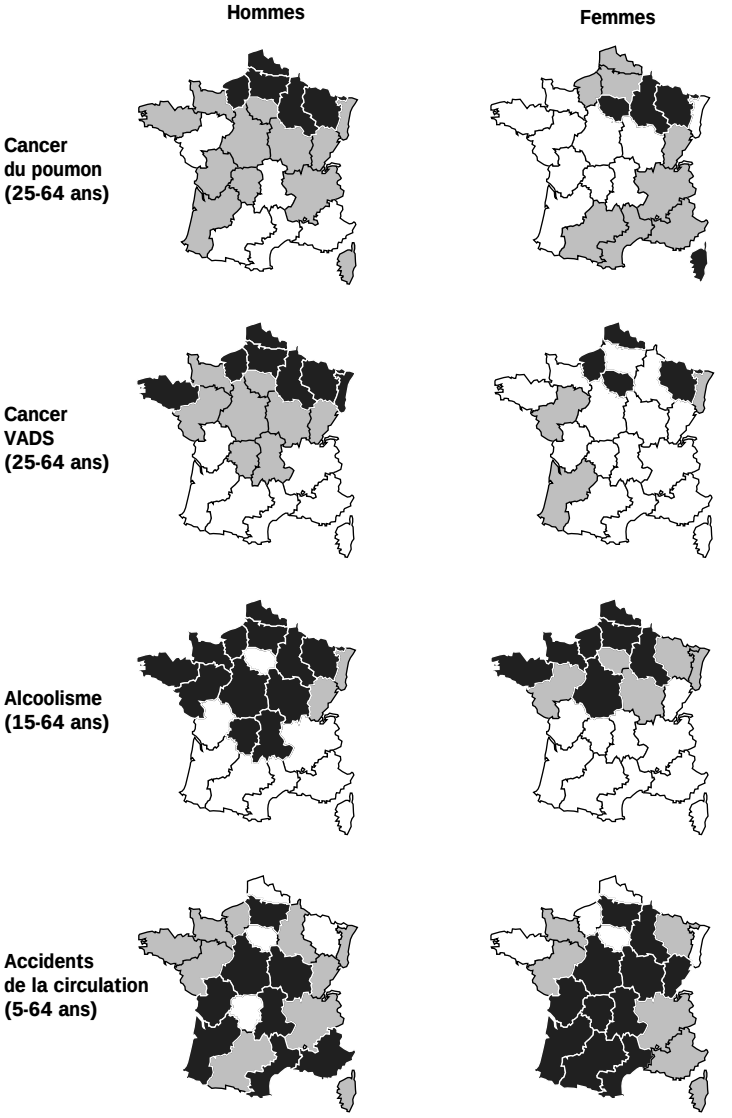
Pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, se distinguent l'ensemble des régions du nord-est pour les hommes ainsi que la Bretagne. Les taux de décès dans le Nord–Pas-de-Calais apparaissent à nouveau extrêmement élevés. Pour les femmes, les taux de décès sont maximum dans trois régions : la Lorraine, l'Île-de-France et le Nord–Pas-de-Calais.

Pour l'alcoolisme et la cirrhose du foie, les disparités entre régions sont davantage marquées que pour les pathologies précédentes. La France apparaît nettement coupée en deux (coupure nord-sud). Le Nord–Pas-de-Calais se distingue à nouveau, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes.

La distribution des accidents de la circulation diffère de celle des autres pathologies « évitables » (et paradoxalement de la cartographie de l'alcoolisme). Une ligne nord-est - sud ouest se dessine et deux régions sont particulièrement atteintes : le Languedoc-Roussillon et Poitou-Charentes.

Pour les décès prématurés par infarctus, on retrouve le gradient nord-est. Les régions les plus exposées sont, pour les hommes le Nord–Pas-de-Calais et pour les femmes l'Alsace et la Lorraine. La répartition des accidents vasculaires cérébraux est sensiblement différente (la région nord-ouest est également atteinte) mais c'est toujours la région Nord–Pas-de-Calais qui est la plus exposée (avec la Picardie chez les hommes).

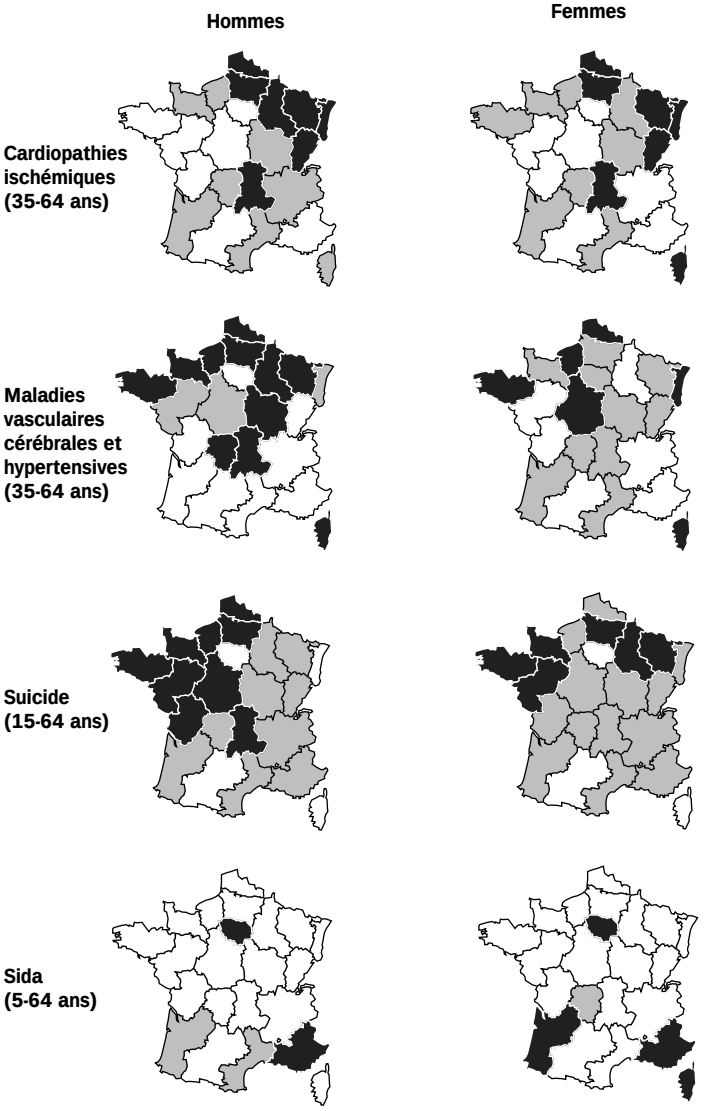
Figure 34 **Écarts de mortalité par région et par sexe selon les pathologies*** (mortalité prématurée, 1991)



* taux de décès standardisés par âge pour 100 000

Source : SC8-Inserm

Figure 35 **Écarts de mortalité par région et par sexe selon les pathologies** (suite)***** (mortalité prématurée, 1991)



* taux de décès standardisés par âge pour 100 000

Source : SC8-Inserm

Les décès par suicide sont particulièrement fréquents dans l'ensemble des régions du nord-ouest, atteignant un niveau maximum en Bretagne que ce soit pour les hommes ou pour les femmes.

La distribution du sida est très spécifique avec deux régions particulièrement concernées : l'Île-de-France et la région PACA.

Les taux de décès par cancer du sein et de l'utérus sont également plus élevés dans la partie nord du pays avec des taux maximum dans le Nord–Pas-de-Calais pour le cancer du sein et en Picardie pour le cancer de l'utérus.

Les écarts maximum de mortalité (rapport de mortalité entre régions extrêmes) sont observés pour le sida, l'alcoolisme et les cancers des voies aérodigestives supérieures.

Les disparités de mortalité entre régions restent relativement stables dans le temps que ce soit pour les hommes et pour les femmes (tableau 16). On note cependant que l'écart entre régions extrêmes a tendance à légèrement diminuer. Il faut rappeler que la relative stabilité des écarts s'accompagne d'une baisse générale des taux de décès quelle que soit la région considérée et pour les deux sexes. Les baisses les moins importantes sont observées en Île-de-France et en région PACA chez les hommes (deux régions particulièrement touchées par le sida).

Les analyses prenant en compte des données agrégées (Inserm, 1990) ont mis en évidence le poids prépondérant des caractéristiques socio-économiques des populations en tant que facteurs explicatifs des différences entre régions.

Tableau 16 **Évolution des écarts de mortalité entre régions (1968-1990)**

	Hommes			Femmes		
	Tx max[1]	Tx min[2]	Tx max/Tx min	Tx max[1]	Tx min[2]	Tx max/Tx min
1968	2 014,1	1 530,2	1,32	1 238,1	978,2	1,27
1975	1 863,2	1 468,3	1,27	1 101,3	905,0	1,22
1982	1 661,0	1 317,1	1,26	942,7	783,3	1,20
1990	1 423,7	1 154,7	1,23	781,5	653,5	1,20

[1] Moyenne des taux des 5 régions ayant les taux maximum l'année considérée (taux standardisés)
[2] Moyenne des taux des 5 régions ayant les taux minimum l'année considérée (taux standardisés)
Source : SC8-Inserm

L'offre de soins et l'utilisation des ressources

Les différents rapports parus en 1993-94 sur le système de santé français ont souligné un certain nombre de lacunes et de dysfonctionnements dans la façon dont l'offre de soins est organisée.

Parmi les traits les plus cités[1], on relèvera :

- la surabondance de l'offre de soins dans certains secteurs : nombre de lits de court séjour ; forte démographie médicale dans certaines spécialités ou certaines zones géographiques ;
- le manque de personnels et d'infrastructures dans certains domaines : médecine préventive, santé publique...
- l'inégalité de répartition de cette offre, entraînant, selon les cas, surconsommation de soins ou accès limité à ceux-ci ;
- les difficultés de régulation de cette offre, liées à différents facteurs :
  - l'inadaptation de la formation médicale à l'évolution des besoins de santé et de prise en charge,
  - le caractère encore insuffisant de la planification sanitaire, qui se traduit par les résultats limités de la première génération des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros),
  - les caractéristiques du secteur libéral alliant forte démographie médicale, liberté d'installation et paiement à l'acte.

Ces différents rapports soulignent également que les différentes mesures adoptées précédemment (mise en place de *numerus*

[1] Maquart B. « L'assurance maladie : le temps des rapports ». Droit social, 2 : 119-128, 1995.

clausus, adoption du budget global, réforme hospitalière de 1991) n'ont pas réussi à assurer une adéquation satisfaisante de l'offre aux besoins.

L'objectif de cette deuxième partie est triple :

- présenter les principales données dont on dispose actuellement sur l'offre de soins et sur la répartition des dépenses qu'elle entraîne ;
- fournir quelques éléments sur les évolutions possibles de la démographie médicale et sur ce que pourrait être une politique de réduction des inégalités géographiques en matière d'offre de soins ;
- exposer les perspectives ouvertes par les ordonnances concernant la régulation de l'offre de soins.

Données factuelles sur les dépenses de santé et sur l'offre de soins

Les dépenses de santé : montant, évolution, financement

Si l'on définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, la part des activités consacrées à la santé d'une population recouvre une partie importante de l'activité d'une nation. Pour approcher convenablement cette part, il conviendrait de connaître **le poids des déterminants** (modes de vie, environnement physique et social, système de soins) de la santé et de repérer **l'ampleur des ressources consacrées à chacun d'entre eux**.

Cette perspective large, reposant sur une conception globale de la santé et sur une approche en terme de déterminants, n'est pas retenue lorsque l'on évoque les **dépenses de santé** dans les termes adoptés par les comptes nationaux de la santé. Les dépenses de santé prises en compte ici recouvrent uniquement les dépenses engendrées par le **système de santé**.

Les différentes mesures des dépenses de santé

Plusieurs agrégats reconstituent les dépenses et consommations[2] de santé : dépenses nationales courantes de santé, consommation médicale totale, consommation de soins et de biens médicaux. La composition en est donnée dans le tableau 1 qui indi-

[2] Les agrégats « dépenses » et « consommations » diffèrent quelque peu. Les consommations regroupent l'ensemble des moyens utilisés au cours de l'année considérée ; les dépenses, l'ensemble des moyens financés durant l'année considérée. Ceci explique de légers décalages entre des agrégats « dépenses » et des agrégats « consommations », ayant des intitulés similaires.

que, pour chacun des postes mentionnés, le montant des dépenses en 1995.

En 1995, la dépense nationale courante de santé a été de 781,7 milliards de francs (13 446 F par habitant), soit 10,2 % du produit intérieur brut. 87,2 % de cette dépense financent la consommation des soins et biens médicaux.

Tableau 1 **Les dépenses de santé en 1995 (en milliards de francs)**

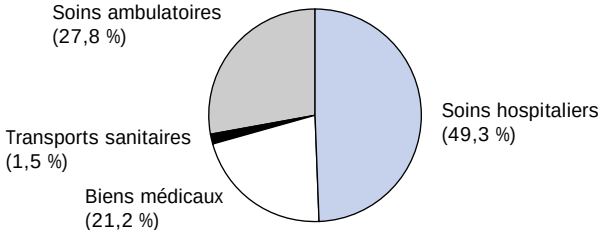
	Montant	Pourcentage
Consommation de soins et de bien médicaux	**682,3**	**100,0**
Soins hospitaliers et de sections médicalisées	337,5	49,5
Soins ambulatoires	189,6	27,8
Transports sanitaires	10,4	1,5
Biens médicaux	144,8	21,2
Consommation médicale totale	**697,0**	**100,0**
Consommation de soins et de biens médicaux	682,3	97,9
+ médecine préventive	14,7	2,1
Dépenses nationales courantes de santé	**781,7**	**100,0**
Soins et biens médicaux	682,0	87,2
+ aide aux malades (I.J.)	43,0	5,5
+ subventions au système de soins	10,0	1,3
+ dépenses de prévention	18,3	2,3
+ dépenses de recherche et de formation	29,3	3,8
+ dépenses de gestion générale	12,1	1,6
–double compte	–13,0	–1,7

Source : Sesi

Les soins et biens médicaux

En 1995, la consommation de soins et biens médicaux est de 682,3 milliards de francs (11 735 F par personne). 49,3 % représentent des soins avec hébergement (en hôpital ou en sections médicalisées des établissements pour personnes âgées), 27,8 %, des soins ambulatoires et 21,2 %, des biens médicaux (dont 18,5 % de pharmacie) (figure 1).

Figure 1 **Structure de la dépense de soins et biens médicaux en 1995**



La consommation moyenne par habitant est la suivante :
soins hospitaliers : 5 650 F (dont 4 333 F en hôpital public et 1 317 F en clinique privée) ; soins en sections médicalisées : 155 F ; soins ambulatoires : 3 262 F dont : médecins (1 583 F), auxiliaires médicaux (512 F), dentistes (736 F), analyses (324 F), cures thermales (107 F) ; transports sanitaires : 181 F ; médicaments : 2 173 F ; lunetterie et orthopédie : 317 F.

Les dépenses de prévention

En 1995, les dépenses comptabilisées au titre de la prévention sont de 18,3 milliards de francs (315 F par habitant), soit 2,3 % des dépenses courantes de santé. Elles recouvrent :

- d'une part, des dépenses de prévention individualisables (14,7 milliards de francs, 253 F par habitant) : médecine du travail (5,8 milliards de francs), santé scolaire (2,7 milliards de francs), protection maternelle et infantile (2,1 milliards de francs), toxicomanie, planification familiale, examens de santé, dépistages, vaccinations (4,0 milliards de francs) ;
- d'autre part, des dépenses de prévention collective (3,6 milliards de francs, 62 F par habitant) : action et recherche d'intérêt général, campagnes permanentes d'information et d'éducation sanitaire.

Il convient de noter que ces évaluations ne reflètent que **très imparfaitement** les dépenses **effectivement consacrées** à la prévention. C'est ainsi que certaines dépenses de prévention (par exemple, la majeure partie des dépenses de PMI) sont prises en charge par des acteurs non recensés dans les comptes. D'autres dépenses, telles celles effectuées en médecine libérale ou à l'hôpital ne sont pas comptabilisées au titre de la prévention.

La commission des comptes de la santé a mis sur pied un groupe technique (présidé par M. Domergue), chargé de vérifier la pertinence des évaluations actuelles et de rechercher des voies d'amélioration du cadre d'analyse des dépenses de prévention. Ce groupe devrait remettre ses conclusions au cours du permier semestre 1997.

Le premier objectif de ce groupe est de nature conceptuelle. Il distingue la prévention « collective » et la prévention « d'initiative individuelle ». La première est définie comme « un ensemble d'actions mises en œuvre en amont du système de soins sur des populations asymptomatiques, dans le cadre de la législation sanitaire et sociale, en vue de diminuer l'incidence et la prévalence de la maladie ». Cette notion de prévention collective intègre la médecine du travail, les services de santé scolaire et les program-

mes d'action à visée préventive de l'État et de l'assurance maladie. C'est ce type de prévention qui a été estimé à 18,3 milliards de francs en 1995. Le groupe de travail vérifie la pertinence de ces chiffres.

La prévention d'initiative individuelle (par exemple, une visite à objectif préventif chez un médecin, à condition qu'elle n'entre pas dans un programme collectif) est le plus souvent comptabilisée dans la consommation de soins et bien médicaux. L'appréhension de ce type d'activité relevant de la prévention est délicate : quelle est la part du curatif et de la prévention dans une consultation de pédiatrie ? À partir de quand passe-t-on de l'activité de prévention à l'activité de soins ?

Les premières estimations de l'intégration de certaines dépenses de prévention d'initiative individuelle (actes de gynécologie qualifiés de préventifs, vaccinations, examens de dépistage) dans l'ensemble des dépenses de prévention conduisent à des montants globaux de l'ordre de 30 à 40 milliards de francs. Sans doute s'agit-il d'une sous-estimation tenant aux incertitudes sur la nature de certains actes et au fait que la mesure porte sur l'activité ambulatoire. Cette estimation doit être validée.

Vu l'importance de la prévention dans la politique de santé publique, il est essentiel que l'on dispose d'une comptabilisation précise de la part des ressources consacrées à ce poste.

De quelques évolutions des postes de dépenses

La part des dépenses courantes de santé dans le PIB est passée de 6,2 % en 1970 à 10,2 % en 1995.

L'évolution de trois postes importants de la consommation médicale totale entre 1970 et 1995 est représentée dans le tableau 2.

Tableau 2 **Évolution en volume (aux prix de 1995) des soins hospitaliers, des soins ambulatoires et de la pharmacie** (taux de croissance annuels moyens)

	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995
Soins hospitaliers	8,85	6,54	3,39	2,38	2,57
Soins ambulatoires	6,64	5,02	6,87	7,01	2,31
Pharmacie	10,70	4,42	8,36	8,10	4,99

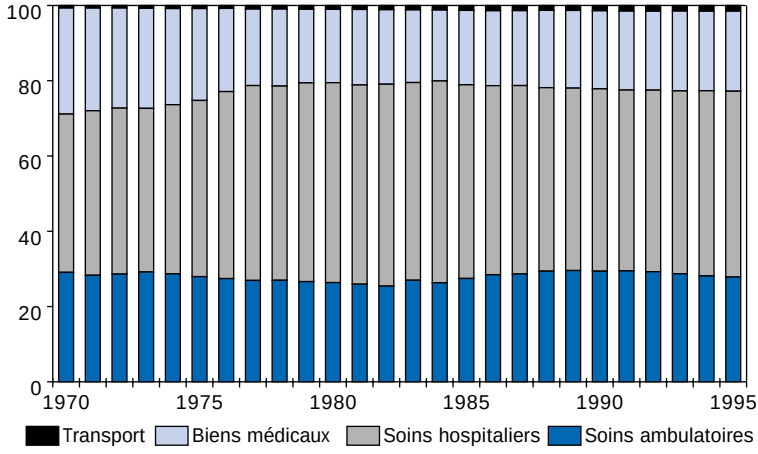
Source : Sesi, Eco Santé France

Les soins hospitaliers, qui avaient crû plus rapidement que les soins ambulatoires entre 1970 et 1980, s'élèvent deux fois moins vite que ces derniers à partir des années 1980. Les soins ambulatoires, qui gardent un taux de croissance oscillant entre 5 et 7 %

jusqu'en 1990, affichent un taux de croissance diminué par 3 à partir de 1990. Quant au taux de croissance des dépenses pharmaceutiques, il reste très élevé jusqu'à la fin des années quatre-vingts. Il diminue de 40 % depuis lors, mais reste deux fois plus élevé (4,99 %) que le taux de croissance des dépenses hospitalières (2,57 %) et ambulatoires (2,31 %).

Ces évolutions expliquent les modifications dans la structure de la dépense de soins et biens médicaux (figure 2).

Figure2 **Évolution de la structure des dépenses de biens et soins médicaux** (1970-1995)



Source : Sesi, Éco-santé France

Les soins hospitaliers et de sections médicalisées, 41,9 % des dépenses courantes de santé en 1970, représentent, en 1995, 49,5 % de celles-ci, 53,5 % en 1983. La part des soins ambulatoires, 27,8 % en 1995, a subi des évolutions au cours du temps (29,0 % en 1970, 25,4 % en 1982, 29,4 % en 1990). Quant aux biens médicaux, ils ont vu leur part décroître jusqu'en 1984 (28,0 % en 1970, 18,8 % en 1984) ; depuis lors, leur part s'élève (21,2 % en 1995).

Le tableau 3 reproduit les taux de croissance du PIB et de certains postes de dépenses au cours des cinq dernières années :

- le taux de croissance (en volume) de la consommation de soins et biens médicaux, qui était aux alentours de 4 % entre 1991 et 1993, baisse fortement en 1994 (+1,3 %), mais s'élève à nouveau en 1995 (+1,8 %).
- au cours des années 1991, 1992 et 1993, les dépenses de

Tableau 3 **Taux de croissance (en volume) du PIB et de différents postes de la consommation de soins et biens médicaux entre 1991 et 1995**

	1991	1992	1993	1994	1995
Produit intérieur brut	**0,8**	**1,1**	**–1,4**	**2,6**	**2,2**
Consommation soins et biens médicaux	**4,6**	**4,1**	**3,6**	**1,3**	**1,8**
dont **soins hospitaliers et sections médicalisées**	3,3	3,7	3,2	1,9	1,4
soins hospitaliers	3,2	3,6	3,0	1,7	1,3
soins en sections médicalisées	9,1	9,3	9,5	8,0	4,7
dont **soins ambulatoires**	5,2	3,7	2,6	–0,5	0,5
médecins	4,1	2,6	2,9	0,0	1,4
auxiliaires médicaux	8,7	5,9	2,8	1,2	1,1
dentistes	5,1	4,4	2,3	0,9	–1,0
analyses	5,8	4,6	2,5	–7,4	0,2
cures thermales	3,2	0,9	0,5	–2,8	–3,1
dont **transports de malades**	9,8	6,2	2,6	2,7	1,5
dont **médicaments**	6,1	5,5	6,5	1,9	5,1
dont **prothèses**	8,2	5,1	2,0	4,6	–0,6

Source : Sesi

santé, malgré un taux de croissance annuel en diminution sur la période, s'élèvent nettement plus vite que la richesse nationale (particulièrement en 1993 où l'on observe une légère récession économique). En 1994, pour la première fois quasiment en France depuis l'après-guerre, le taux de croissance, en volume, des dépenses de santé (1,3 %) devient inférieur à celui du PIB (2,6 %). Il en va de même pour les taux de croissance en valeur : 3,6 % contre 4,4 %. En 1995, le rythme de croissance en volume des dépenses de santé augmente à nouveau (1,8 %), mais demeure inférieur à celui de la richesse nationale (2,2 %). En revanche, le taux de croissance en valeur des dépenses de santé (4,6 %) redevient supérieur à celui du PIB (3,9 %).

● la diminution du taux de croissance des dépenses observée au cours des deux ou trois dernières années est due à la baisse du taux de croissance :

- des soins hospitaliers (division du taux par 2), en particulier dans le privé ;
- des soins ambulatoires (taux de +4-5 % ramené à quasiment 0 %), avec une diminution constatée pour chacun des postes composant les soins ambulatoires : auxiliaires médicaux (taux de +6-9 % ramené à +1 %), analyses (taux de +5-6 % se transformant en baisse de –7,4 % en 1994), dentistes (taux de +4-5 % ramené à +1 % en 1994, et

baissant de –1 % en 1995) et cures thermales (taux de +3 % ramené à –3 %) ;
- des transports de malades (+6-10 % ramené à +2-3 %).

● La reprise de la progression du rythme des dépenses en 1995 (en particulier en valeur : +4,6 %) est liée à plusieurs facteurs[3] : le taux de croissance élevé des soins hospitaliers privés ; une hausse du prix des soins ambulatoires plus forte que lors des années précédentes ; une élévation de l'activité des médecins ; un quasi-triplement du taux de croissance de la vente de médicaments.

La France dépense-t-elle plus que les autres pays de l'OCDE ?

Trois indicateurs permettent de situer la France au sein des pays de l'OCDE pour ses dépenses de santé (tableau 4) :

● la part de ces dépenses dans le produit intérieur brut[4] ;
● la dépense de santé par personne[5] ;
● l'élasticité des dépenses de santé par rapport à la richesse nationale (taux de croissance des dépenses de santé en volume sur taux de croissance du PIB en volume).

La lecture de ce tableau appelle les commentaires suivants :

● Parmi les pays riches, quatre groupes se dessinent :
- les États-Unis, pays riche, dépensant le plus, et en pourcentage du PIB (14,5 %) et en dépenses par personne (3516 $), et dont l'élasticité (dépenses de santé par rapport au PIB) est très forte (2,4) ;
- des pays riches, dépensant beaucoup, et en pourcentage du PIB (9,5-10 %) et en dépenses par personne (entre 1850 $ et 2300 $) : Suisse, Allemagne, Autriche, Canada, France. Parmi ces pays, la France et l'Allemagne apparaissent très proches, à la différence que l'élasticité des dépenses de la France par rapport au PIB est plus élevée (1,90 contre 1,26) ;
- des pays riches, dépensant convenablement, et en pourcentage du PIB (7,5 %-9 %) et en dépenses par personne (aux alentours de 1 600 $) : Belgique, Pays-Bas, Italie ;
- des pays riches dépensant peu, et en pourcentage du

[3] Comptes nationaux de la santé 1994-1994-1995, SESI, 1996.

[4] L'indicateur utilisé est alors la dépense totale de santé (définition OCDE) qui se calcule ainsi : dépense nationale courante de santé + estimation des dépenses en capital de l'hôpital public – indemnités journalières = dépense totale de santé.

[5] Les dépenses par personne sont exprimées en standards de parités de pouvoir d'achat (PPA). Ce taux de conversion, calculé par l'OCDE, donne pour chaque pays le nombre d'unités monétaires nationales nécessaires pour acheter le même panier de biens et services qu'avec 1 $ aux Etats-Unis.

PIB (7 %) et en dépenses par personne (1 200-1 475 $) : Japon, Suède, Royaume-Uni.

- Si donc on met à part le cas des États-Unis d'Amérique, la France se trouve en tête (en % du PIB) du groupe des pays les plus dépensiers, en compagnie du Canada et de l'Allemagne (ce dernier pays ayant néanmoins davantage ajusté l'évolution des dépenses de santé à celle du PIB sur la période 1985-1994).

Tableau 4 **Éléments de comparaison internationale entre vingt pays de l'OCDE**

	Dépenses de santé en pourcentage du PIB (1995)		Dépenses de santé par personne (en dollars PPA) (1994)		Taux de croissance*** dépenses de santé / Taux de croissance PIB*** (1985-1994)	
Allemagne	9,6	(3)	1 869	(6)	1,26	(16)
Autriche	9,6	(3)	1 965	(4)	1,71	(12)
Belgique	8,0	(9)	1 653	(9)	1,64	(14)
Canada	9,5	(6)	2 010	(3)	1,90	(8)
Danemark	6,5	(18)	1 362	(13)	1,39	(15)
Espagne	7,6	(13)	1 005	(18)	2,16	(6)
États-Unis	14,5	(1)	3 516	(1)	2,40	(3)
Finlande	8,2	(8)	1 357	(14)	3,11	(1)
France	**9,9**	**(2)**	**1 866**	**(7)**	**1,90**	**(8)**
Grèce	5,2*	(20)	598	(20)	2,19	(5)
Irlande	7,9*	(10)	1 201	(17)	0,77	(18)
Italie	7,7	(11)	1 661	(8)	2,28	(4)
Japon	7,2	(16)	1 473	(12)	0,63**	(19)
Luxembourg	5,8*	(19)	1 897	(5)	1,05	(17)
Norvège	7,3*	(15)	1 604	(11)	2,01	(7)
Pays-Bas	8,8	(7)	1 641	(10)	1,68	(13)
Portugal	7,6*	(13)	938	(19)	1,76	(11)
Royaume-Uni	6,9	(17)	1 211	(16)	1,86	(10)
Suède	7,7	(11)	1 348	(15)	–1,08	(20)
Suisse	9,6*	(3)	2 294	(2)	2,42	(2)

* 1994 ** 1985-1991 *** taux de croissance en volume
Les chiffres entre parenthèses indiquent le classement des pays par ordre décroissant.

Source : Eco-Santé OCDE

Le financement des dépenses de santé

Le tableau 5 retrace l'évolution de la structure de financement des dépenses de santé entre 1980 et 1995.

Concernant l'ensemble des dépenses, on constate une diminution de la prise en charge de la sécurité sociale sur la période (–2,7 points), ainsi que de l'État et des collectivités locales (–2,3 points), compensée par une élévation de la prise en charge des mutuelles (+2,1 points) et de l'ensemble sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et ménages (+2,9 points).

Tableau 5 **Évolution de la structure de financement des dépenses de santé entre 1980 et 1995**

	Ensemble dépenses courantes de santé			Hôpital, sect. médic., transports			Prestataires* Soins ambulatoires		
	1980	1990	1995	1980	1990	1995	1980	1990	1995
Sécurité sociale	74,3	71,5	71,6	86,8	89,7	89,7	66,7	59,2	57,1
État et collectivités locales	5,9	3,9	3,6	4,6	1,4	1,0	0,9	0,7	0,6
Mutuelles	5,1	6,5	7,2	1,7	1,8	2,1	8,9	9,1	10,8
Assurances, prévoyance, ménages	13,3	16,7	16,2	6,9	7,1	7,2	23,5	31,0	31,5
Autres	1,4	1,4	1,4	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Frais de médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires, dispensaires et cures thermales.

Source : Sesi, Eco-Santé

Le désengagement de l'État et des collectivités locales, intervenu essentiellement entre 1980 et 1990, a touché surtout le secteur hospitalier (–3,6 points) et a été compensé fortement par un engagement plus important de la sécurité sociale (+2,9 points).

En revanche, on constate un fort désengagement de la sécurité sociale dans le domaine des soins ambulatoires (–9,6 points), compensé essentiellement par une élévation de la part des sociétés d'assurance, des institutions de prévoyance et des ménages (+8 points), plus, accessoirement et surtout depuis 5 ans, par les mutuelles (+1,9 points).

Au regard de la part du financement public (par les administrations centrales et locales et par les organismes de sécurité sociale obligatoire) des dépenses nationales de santé, la France n'apparaît pas parmi les pays les plus généreux : elle occupe, en 1993, le 13e rang (74,4 %) loin derrière des pays comme la Norvège (93,3 %), la Belgique (88,9 %), le Royaume-Uni (83 %), la Suède (82,9 %) ou le Danemark (82,6 %) ; en compagnie de pays comme les Pays-Bas (77,7 %), l'Italie (73,1 %), le Canada (71,9 %), le Japon (71,8 %) ou l'Allemagne (70,2 %) ; loin devant le Portugal (55,5 %) ou les États-Unis (43,9 %).

Le panorama de l'évolution des dépenses de santé met en lumière :

- un niveau de dépenses parmi les plus élevés des pays de l'OCDE ;
- une décélération dans l'évolution des dépenses depuis les années 1990 ;

- le maintien d'une élasticité des dépenses par rapport au PIB supérieure à 1 (en valeur), ce qui tend à creuser le déficit de l'assurance maladie et à augmenter les cotisations sociales ;
- le rebond des dépenses en 1995 et, semble-t-il, durant les premiers mois de 1996 après la pause de 1994, en particulier dans le domaine des soins hospitaliers publics, des honoraires médicaux et des médicaments ;
- une diminution du remboursement des soins ambulatoires par les organismes de sécurité sociale, ce qui tend à fragiliser encore davantage la position de la France en matière de part de financement public des dépenses de santé et ce qui accroît les difficultés d'accès aux soins d'une partie de la population.

L'offre de santé

On pourrait reprendre ici les idées énoncées dans l'avant-propos consacré à la présentation des dépenses de santé. Dans une conception globale de la santé, l'analyse de l'offre (en personnels et en structures) permettant de maintenir, améliorer ou restaurer la santé devrait s'étendre à tous les dispositifs concourant à cette dernière. En tous les cas, la présentation de l'offre devrait dépasser la notion stricte d'offre de **soins**. C'est ce que nous tenterons de faire en partie, analysant tout d'abord l'offre de personnel dans l'ensemble du système de santé, puis l'offre de soins (personnels et structures), enfin certains aspects de l'offre médico-sociale (personnes âgées, personnes handicapées) et de l'offre de santé aux populations défavorisées.

L'emploi dans le secteur de la santé

Cette section est empruntée entièrement à une étude du Credes[6] qui analyse entre 1982 et 1992, l'évolution de l'emploi recensé dans le secteur santé, celui-ci étant défini comme « l'ensemble des activités liées à la production et à la commercialisation des biens et services médicaux ».

Sont inclus dans ce secteur, outre l'ensemble des personnels (y compris administratifs et techniques) travaillant dans les établissements hospitaliers, les cabinets libéraux (médicaux, dentaires, paramédicaux), les laboratoires d'analyses médicales, les personnels travaillant dans le sous-secteur pharmaceutique (officines, industrie, grossistes), le sous-secteur de l'industrie du matériel médical et chirurgical, l'optique, le transport de malades, les centres de transfusion, la prévention (médecine du travail, médecine

[6] Bocognano A., Raffy-Pihan N. L'emploi dans le secteur de la santé. Évolution 1982-1992. Credes, biblio n° 1063, 1995.

scolaire, PMI, centres de prévention contre l'alcoolisme, comités d'éducation pour la santé, centres d'examens de santé, pour l'essentiel).

Sont exclus les personnels travaillant dans les activités purement sociales ainsi que ceux oeuvrant dans la gestion du système de soins (services administratifs de l'assurance maladie, du ministère des affaires sociales, de l'assurance complémentaire maladie), même si, pour cette dernière catégorie, une estimation a également été réalisée (tableau 6).

En 1992, le secteur de la santé ainsi défini regroupait 1,66 million d'emplois, soit 7,4 % des actifs, à peu près autant que le secteur du bâtiment et génie civil (7,2 %). 58 % de ces actifs (près d'un million d'emplois) travaillent en établissements hospitaliers, 19 % dans les cabinets libéraux (320 000 personnes), 12 % dans le secteur pharmaceutique (200 000), 2 % dans le secteur de la prévention (28 000).

Entre 1982 et 1992, 280 000 emplois auront été créés (effectifs en augmentation de 20 %, soit 1,9 % par an, rythme de croissance

Tableau 6 Les actifs dans le secteur santé : situation en 1992 et évolution 1982-1992

	Effectifs 1992	%	Évolution 1982-1992		
			en effectifs	indice 1992*	TAAM
Hôpitaux	962 268	58	123 755	115	1,4
Public	712 718	43	73 752	112	1,1
Privé	249 550	15	50 003	125	2,3
Cabinets libéraux	321 795	19	77 195	132	2,8
Médecins	156 589	9	29 446	123	2,1
Dentistes	72 799	4	14 474	125	2,2
Paramédicaux	92 407	6	33 275	156	4,6
Sous-secteur pharmaceutique	199 815	12	31 146	118	1,7
Officines	117 364	7	19 552	120	1,8
Industrie	66 700	4	9 672	117	1,6
Grossistes-répartiteurs	15 751	1	1 922	114	1,3
Laboratoires d'analyses médicales	42 284	3	9 704	129	2,6
Autres	130 677	8	38 738	142	3,6
dont Prévention	27 791	2	7 080	134	3,0
Matériel chirurgical, prothèses	32 535	2	7 911	132	2,8
Ambulanciers	22 685	1	12 073	214	7,9
Opticiens	14 000	1	3 500	133	2,9
Centres de transfusion	9 757	1	4 893	201	7,2
Ensemble du secteur santé	1 657 839	100	280 538	120	1,9

*1982 = 100

TAAM : taux d'accroissement annuel moyen

Source : Credes

6 fois plus soutenu que celui de l'emploi global). Les taux de croissance les plus élevés sont constatés dans les établissements privés (+ 25 % sur la période, soit 50 000 emplois créés), les cabinets libéraux (+32 %, soit 77 000 emplois créés) et, notamment, paramédicaux (+56 %, soit 33 000 emplois créés), chez les ambulanciers (+114 %, soit 12 000 emplois créés) et dans la prévention (+34 %, soit 7 000 emplois créés).

Dans ces personnels, on compte 19 % de cadres supérieurs (42 % dans les cabinets libéraux, 9 % dans les établissements hospitaliers), 40 % de professions intermédiaires (46 % dans les établissements hospitaliers), 41 % d'employés et d'ouvriers.

Si l'on ajoute à ces emplois les 176 300 comptabilisés dans les organismes gestionnaires (102 400 dans les organismes de sécurité sociale, 3 800 au ministère des affaires sociales, 70 100 dans les organismes complémentaires), on obtient un total de 1 834 000 emplois (8 % de la population active).

L'offre de soins

On examine successivement la démographie des personnels médicaux et paramédicaux et l'offre de soins hospitaliers. L'accent sera mis sur les inégalités régionales.

Les médecins[7]

Au 31 décembre 1995, la France métropolitaine comptait 171 400 médecins, soit une densité de 295 médecins pour 100 000 habitants (désormais notée : d = 295). Ces 171 400 médecins se répartissent ainsi :

- omnipraticiens : 86 280 (d = 148), soit 50,4 % ;
- spécialistes : 84 940 (d = 146), soit 49,6 % ;
- exerçant en ambulatoire : 113 560 (d = 195) dont :
  - 60 810 omnipraticiens (d = 105), soit 53,5 %,
  - 52 750 spécialistes (d = 91), soit 46,5 %,
  - 24,7 % en secteur II[8] (17 % chez les omnipraticiens, 33,6 % chez les spécialistes).

Entre 1980 et 1995, le nombre de médecins libéraux a augmenté de 37,8 % chez les omnipraticiens (+16 700) et de 66,4 % chez les spécialistes (+21 050). Cependant, le taux de croissance de ces deux catégories de praticiens s'est fortement ralenti depuis 1993 (il est désormais inférieur à +1 %) et est du même ordre

[7] Les données qui suivent sont principalement extraites de : Commission des Comptes de la Santé : rapport principal et note annexe : démographie médicale. Juillet 1996.

[8] Médecins ayant droit de pratiquer des tarifs supérieurs aux tarifs conventionnels.

pour chacune d'elles. Entre 1980 et 1995, le nombre annuel d'actes par praticien a légèrement augmenté : passant de 4 331 à 4 618 (+ 6,6 %) chez les omnipraticiens, de 3 136 à 3 843 (+22,5 %) chez les spécialistes.

Depuis quinze ans, en médecine ambulatoire, on observe donc une augmentation et du nombre de praticiens et de l'activité de ces derniers. Ceci est particulièrement marqué pour les spécialistes.

L'offre de médecins est très inégale d'une région à l'autre. Les disparités interrégionales s'observent en termes de densité, de répartition entre différentes spécialités, de structure par âge des praticiens.

Les écarts de densité

En janvier 1996, la Picardie comptait 216 médecins pour 100 000 habitants[9], alors que la région Provence–Alpes–Côte-d'Azur en comptait 373, soit un rapport de 1 à 1,7. Pour les médecins spécialistes les écarts sont plus importants encore, la densité étant plus de deux fois moindre en Picardie qu'en Île-de-France ou en Provence–Alpes–Côte-d'Azur (tableau 7). Pour les médecins généralistes le rapport entre la densité la plus forte (Provence–Alpes–Côte-d'Azur) et les densités les plus faibles (Haute Normandie et Centre) est de 1,5.

Ces écarts de densité se traduisent en exercice libéral par des écarts d'activité, celle des médecins du Nord de la France étant en moyenne nettement plus élevée que celle observée dans le sud-est de la France, du fait d'une moindre concurrence.

En moyenne près de la moitié des praticiens sont spécialisés (49,6 %). Six régions seulement comptent moins de 45 % de spécialistes (Nord–Pas-de-Calais, Auvergne, Poitou-Charentes, Bourgogne, Picardie et Corse), et seule l'Île-de-France en compte plus de 55 %.

La part des spécialistes varie aussi selon le mode d'exercice : près de huit médecins hospitaliers exclusifs sur dix sont spécialistes (77 %) contre 43 % parmi les libéraux, soit moins d'un sur deux. Cette part est encore plus faible chez les médecins salariés sans activité hospitalière dont seulement un sur trois est un spécialiste (34 %).

La répartition des médecins spécialistes par discipline montre

[9] Source : Sesi - répertoire Adeli

Tableau 7 **Densités médicales au 31 décembre 1995 (nombre de médecins pour 100 000 habitants)**

Région	Généralistes	Spécialistes	Ensemble
Île-de-France	167,8	206,0	373,8
Champagne-Ardenne	128,4	111,2	239,6
Picardie	121,5	94,8	216,3
Haute Normandie	118,7	116,9	235,6
Centre	118,5	114,0	232,5
Basse Normandie	128,6	105,8	234,4
Bourgogne	134,5	103,6	238,1
Nord–Pas-de-Calais	147,7	109,9	257,6
Lorraine	142,8	125,7	268,5
Alsace	153,4	157,7	311,1
Franche Comté	130,2	117,8	248,0
Pays de la Loire	131,1	109,4	240,5
Bretagne	135,1	123,1	258,2
Poitou Charentes	146,3	111,5	257,8
Aquitaine	140,9	143,8	284,7
Midi-Pyrénées	167,3	158,4	325,7
Limousin	156,9	138,8	295,7
Rhône-Alpes	138,6	140,8	279,4
Auvergne	146,2	110,2	256,4
Languedoc Roussillon	166,4	155,4	321,7
Provence–Alpes–Côte-d'Azur	181,1	191,9	373,0
Corse	150,6	118,8	269,4
Moyenne France métropolitaine	**148,4**	**146,4**	**294,8**

Source : Sesi, répertoire Adeli

que la majorité d'entre eux (55 %) se trouve en « spécialités médicales », les autres exercent une spécialité chirurgicale (25 %), la psychiatrie (13 %), la santé publique (4 %) et la biologie médicale (3 %). L'inertie des phénomènes démographiques fait que cette structure n'évolue que très lentement.

Les différentes spécialités sont de taille très inégale. la psychiatrie, la plus importante en effectif, rassemble plus de 11 000 médecins, mais c'est la pédiatrie qui, rapportée à sa clientèle des 0-15 ans apparaît avec la plus forte densité (44 pour 100 000 enfants de moins de 16 ans). Elle est suivie par la gynécologie-obstétrique (31 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans).

Les dispersions départementales les plus fortes concernent la stomatologie, la médecine interne et la gynécologie médicale, trois spécialités qui sont en régression du fait pour deux d'entre elles du tarissement du recrutement. À l'inverse, les spécialités gynécologie-obstétrique, pneumologie, maladies de l'appareil digestif et radiologie sont les plus également réparties.

Depuis 1990, le nombre de médecins exerçant en secteur II est stabilisé aux environs de 28 000 médecins (25 % de l'ensemble des médecins libéraux) dont 17 600 chez les spécialistes (33,6 % des spécialistes exerçant en libéral).

Ce pourcentage de secteur II est très inégalement réparti chez les spécialistes, tant par discipline que par secteur géographique. Au 31 décembre 1994, la répartition des taux de médecins exerçant en secteur II selon la discipline met en évidence des écarts importants par rapport à la moyenne (33,6 %)[10] :

urologie :	65,4 %
chirurgie orthopédique :	61,1 %
neurochirurgie :	59,8 %
endocrinologie :	59,6 %
chirurgie :	52,0 %
cardiologie :	18,0 %
anesthésie :	21,4 %
neurologie :	22,5 %
psychiatrie :	22,7 %
néphrologie :	4,3 %
radiologie :	10,6 %
anatomopathologie :	11,4 %
pneumologie :	16,1 %
neuropsychiatrie :	17,9 %
ORL :	46,8 %
ophtalmologie :	45,7 %
dermato-vénérologie :	43,2 %

Au niveau géographique, il est de nombreuses circonscriptions de caisse primaire d'assurance maladie où **tous** les spécialistes installés dans le périmètre de la circonscription ont la possibilité conventionnelle de demander un prix supérieur au tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale. Au 31 décembre 1991, sur les 128 circonscriptions de la Cnamts, on repérait cette situation[11] pour les spécialités suivantes :

urologie	dans 37 circonscriptions
endocrinologie	dans 26 circonscriptions
neurochirurgie	dans 25 circonscriptions
médecine interne	dans 18 circonscriptions
chirurgie orthopédique	dans 16 circonscriptions
stomatologie	dans 12 circonscriptions

Ce genre de situation rend sûrement plus difficile l'accès aux soins de spécialistes, dans les zones géographiques considérées.

[10] Cnamts, BNS, n° 76, 1995.

[11] Cnamts, BNS, n° 64, 1993.

Les femmes médecins s'orientent différemment des hommes, que ce soit dans le choix des spécialités d'exercice ou dans celui des secteurs d'activité.

Des différences très marquées se notent en terme de taux de féminisation. Il varie de 1,8 % pour la chirurgie orthopédique à près de 86 % en gynécologie médicale. Trois autres spécialités chirurgicales ont un taux de féminisation inférieur à 5 % (chirurgie générale, chirurgie urologique et chirurgie thoracique) tandis que la santé publique et la médecine du travail comptent près de deux tiers de femmes.

Les femmes médecins exercent libéralement dans 53 % des cas contre 74 % des hommes. Elles sont bien plus nombreuses qu'eux à exercer dans des emplois salariés non hospitaliers, essentiellement de contrôle et prévention.

Début 1996, 25 000 médecins (soit 14 % des médecins actifs) ont moins de 35 ans. Les médecins généralistes sont les plus jeunes (18 % de moins de 35 ans).

La part des médecins âgés de 50 ans ou plus varie parmi les généralistes de 15 % en Franche-Comté et dans le Limousin à 24 % en Île-de-France, et parmi les spécialistes de 21 % en Franche-Comté à 33 % en Île-de-France (tableau 8).

La discipline « spécialités médicales » regroupe les médecins spécialistes en moyenne les plus jeunes (11 % de moins de 35 ans). L'âge moyen des médecins en France varie selon la spécialité, de 40 ans en endocrinologie à 48 ans et demi en chirurgie générale et médecine interne. On peut noter la particularité de la biologie médicale qui allie la plus forte part de médecins âgés de 55 ans et plus (29 %) et une proportion élevée de jeunes médecins (40 % ont moins de 40 ans).

Les régions qui connaissent la plus forte proportion de médecins libéraux se situent au sud ; pour trois d'entre elles, Aquitaine, Corse et Languedoc-Roussillon, plus de trois médecins sur quatre sont des libéraux. Les taux les plus faibles se situent traditionnellement en Lorraine et en Alsace (respectivement 61,1 % et 62,4 %).

On entend souvent dire que de très nombreux postes hospitaliers à temps plein sont vacants : le chiffre de 4 000 postes est souvent avancé. Qu'en est-il exactement ?

La direction des Hôpitaux a lancé une enquête sur cette question au 31 décembre 1993, ce qui a permis d'analyser l'évolution intervenue en la matière depuis la précédente enquête conduite en 1989.

Tableau 8 **Proportion de médecins de 50 ans ou plus parmi les actifs au 1er janvier 1996 (en pourcentage)**

Région	Généralistes	Spécialistes	Ensemble
Île-de-France	**24,2**	**33,3**	**29,2**
Champagne-Ardenne	17,7	27,3	22,2
Picardie	17,1	23,0	19,7
Haute Normandie	18,9	25,9	22,4
Centre	18,0	26,6	22,2
Basse Normandie	18,3	22,5	20,2
Bourgogne	17,7	26,9	21,7
Nord–Pas-de-Calais	17,8	22,5	19,8
Lorraine	18,2	25,2	21,5
Alsace	17,9	24,3	21,1
Franche Comté	**15,2**	**20,6**	**17,8**
Pays de la Loire	17,1	25,2	20,8
Bretagne	17,4	23,6	20,4
Poitou Charentes	17,6	24,8	20,7
Aquitaine	21,3	29,1	25,3
Midi-Pyrénées	21,1	27,2	24,1
Limousin	**15,2**	24,2	19,4
Rhône-Alpes	17,3	26,6	22,0
Auvergne	18,5	27,6	22,4
Languedoc-Roussillon	21,7	28,5	25,0
Provence–Alpes–Côte-d'Azur	20,3	27,4	23,9
Corse	19,3	28,7	23,5
Moyenne France métropolitaine	**19,8**	**27,9**	**23,8**

Sur les 20 669 postes temps plein budgétairement autorisés, on peut faire l'analyse suivante :

	CHU	Non CHU	Total
• sont autorisés budgétairement	6 357	14 312	20 669
• sont pourvus par des praticiens hospitaliers titulaires ou probatoires	5 283	11 271	16 554
• sont pourvus par des praticiens nommés à titre provisoire	743	1 514	2 257
• sont pourvus par des praticiens contractuels, associés ou d'autres modalités	76	448	524
• sont donc **effectivement pourvus**	6 102	13 233	19 335
• par différence, sont donc **réellement disponibles**	255	1 079	1 334
• ce qui engendre un taux de vacance effectif de	4,0 %	7,5 %	6,0 %
taux de vacance qui varie selon les spécialités :			
médecine	4,0 %	5,5 %	
anesthésiologie	4,0 %	10,0 %	
chirurgie	5,9 %	9,7 %	
radiologie	3,4 %	13,6 %	
biologie	3,7 %	3,4 %	
pharmacie	1,6 %	3,0 %	
psychiatrie	2,0 %	7,1 %	

L'enquête montre également qu'entre 1989 et 1993 la situation s'est fortement améliorée, notamment en médecine et spécialités médicales, en psychiatrie, en pharmacie et en anesthésiologie.

Au total, il existe 1 334 postes temps plein vacants au 31 décembre 1993 situés essentiellement dans les centres hospitaliers, en particulier en anesthésiologie, chirurgie et radiologie. Les difficultés de recrutement sont particulièrement aiguës dans les régions de Champagne-Ardenne, Lorraine, Bourgogne, Nord–Pas-de-Calais et Centre, où le taux de vacance varie entre 8,9 % et 11,6 %. Par ailleurs, sont également effectivement vacants : 520 postes de praticiens hospitaliers à temps partiel (sur les 6 247 postes autorisés) et 573 postes d'assistants des hôpitaux (sur les 3 328 postes autorisés).

Densité de médecins et espaces géographiques

Des études du Credes[12] ont mis en lumière la nécessité de prendre en compte la notion de territoire dans la mesure de la densité de l'offre de soins, en particulier chez les médecins. Ceci renvoie à la distinction urbain-rural, mais également à la distinction centre-périphérie à l'intérieur des grandes agglomérations.

Par définition, une commune rurale est une commune de moins de 2 000 habitants. Au-dessus de ce seuil, il s'agit d'une commune urbaine. Cette définition, tout à fait classique, ne prend en compte que le nombre d'habitants, et non l'activité ; « rural » et « agricole » ne sont donc pas synonymes. En 1990, les communes rurales représentaient 26 % de la population pour 85 % de la surface du territoire (et 18 % des généralistes) ; les unités urbaines comptaient 74 % de la population pour 15 % du territoire (et 82 % des généralistes). Ceci rend bien compte de la concentration de population résultant de l'urbanisation et des problèmes posés pour l'accès aux soins dans les zones rurales en raison de la dispersion de la population.

Pour étudier l'accès aux soins dans les zones rurales, la distance d'accès aux soins (généraliste, spécialiste, hôpital) est un indicateur plus pertinent que la densité. En 1990, la distance moyenne d'accès au généraliste était de 2,12 km dans les communes rurales contre 0,03 km dans les unités urbaines. Cette moyenne est une distance théorique qu'il faudrait moduler par des éléments reflétant l'isolement ou les difficultés de transports (possession d'un véhicule individuel par exemple).

[12] Lucas V., Tonnellier F. Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités. In « Données Sociales, 1996 », Insee.

La séparation entre zones urbaines et zones rurales n'est cependant pas aussi tranchée que le suggère la première définition. Il existe un continuum entre les grandes métropoles et les communes rurales. Certaines communes rurales sont situées dans l'attraction des villes voisines et sont constituées d'une population du secteur tertiaire. Elles sont d'ailleurs qualifiées de communes périurbaines.

À partir de ce constat, l'Insee a créé le concept de Zone de Peuplement Industriel Urbain (ZPIU) pour définir des espaces qui prennent en compte l'attraction des villes (en particulier sur les communes rurales) par l'intermédiaire des migrations domicile-travail. Ces ZPIU représentaient, en 1990, 96 % de la population, 98 % des généralistes et 75 % de la surface du territoire.

On peut donc distinguer à l'intérieur des communes rurales celles qui sont situées dans l'attraction des villes (qui appartiennent à une ZPIU) de celles situées en dehors de l'attraction des villes, appelées « zones rurales profondes ». Ces communes hors ZPIU sont des zones où la densité de population est généralement faible, la population âgée et très dispersée.

Parmi les communes rurales, la distance moyenne d'accès au généraliste est de 1,8 km dans les communes rurales situées dans une ZPIU, contre 3,8 km dans les communes rurales hors ZPIU.

Le tableau 9 fournit quelques résultats du calcul de ces distances d'accès.

Tableau 9 **La distance d'accès aux médecins (en km) selon la zone géographique (1990)**

	Communes rurales hors ZPIU	Communes rurales en ZPIU	Unités urbaines	France métropolitaine
Médecins libéraux				
Généralistes	3,8	1,8	0,03	0,6
Radiologues	17,7	11,9	2,3	5,0
Cardiologues	19,2	13,3	2,9	5,8
Pédiatres	21,4	14,3	3,2	6,4
Chirurgiens	20,1	14,5	3,9	6,9

Source : Credes (V. Lucas, F. Tonnellier)

Quel que soit le type de soins, la distance d'accès est nettement inférieure dans les unités urbaines. En distinguant les communes rurales situées en dehors de l'attraction des villes (hors ZPIU) de celles situées dans l'attraction des villes (dans une ZPIU), on observe que la distance d'accès au médecin (quelle que soit la spécialité) est toujours supérieure dans les communes rurales hors

ZPIU. Pour les généralistes, la distance varie du simple au double. Pour les spécialistes, la distance est en général une fois et demie plus élevée dans les communes rurales hors ZPIU.

Les mêmes auteurs du Credes ont analysé les répartitions de densité de généralistes au niveau communal pour la première couronne de Paris (départements de Paris, Hauts de Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne) en 1990. L'opposition centre-périphérie est particulièrement nette. Les généralistes sont plus nombreux au centre des villes, proportionnellement à la population. En revanche, l'activité moyenne est plus forte en banlieue qu'au centre.

Au total, dans les zones très urbanisées, les inégalités centre-périphérie sont aussi importantes qu'au niveau national entre le Nord et le Sud.

Chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens[13]

Chirurgiens-dentistes

Il y a un peu plus de 39 000 chirurgiens-dentistes (d = 68) en France métropolitaine au 1er janvier 1994 (39 900 en France entière), dont 91,6 % en exercice libéral. Hormis les départements d'outre-mer, on trouve les densités les plus élevées en PACA, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Île-de-France, Aquitaine, les densités les plus faibles en Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Basse et Haute-Normandie, Nord–Pas-de-Calais et Picardie.

Entre 1980 et 1995, le nombre de dentistes libéraux a augmenté de 29,5 % (+8 400), soit nettement moins que le nombre de médecins libéraux (+37,8 % pour les omnipraticiens, +66,4 % pour les spécialistes), ceci en raison du souhait de la profession d'établir un *numerus clausus* faible.

Pharmaciens

Plus de 53 000 pharmaciens (d = 45) exercent en France métropolitaine au 1er janvier 1994 (53 900 en France entière), dont 49,3 % (26 000) en officine, soit environ un pharmacien d'officine pour 2 200 habitants. En métropole, on compte un peu plus de 22 000 officines.

La répartition des pharmaciens d'officine est loin d'être uniforme. La densité est plus forte à Paris et dans la moitié sud du pays, en

[13] Les données qui suivent sont tirées de : « Les professions de santé au 1er janvier 1994 par département », Documents statistiques, Sesi, n° 241, 1995.

particulier en Midi-Pyrénées, Limousin, Languedoc-Roussillon et Aquitaine. Elle est plus faible au nord, à l'ouest et à l'est (Alsace) ainsi que dans les départements d'outre-mer.

Sages-femmes

10 600 sages-femmes (d = 82,3 — densité mesurée par rapport au nombre de femmes en âge de procréer) exercent en France métropolitaine au 1er janvier 1994 (11 000 en France entière), la plupart (89,2 %) étant salariées en milieu hospitalier, en clinique d'accouchement et en maternités d'hôpitaux. Le pourcentage de sages-femmes travaillant en libéral est passé de 20 % en 1980 à 11 % en 1994.

La densité de sages-femmes est plus forte dans les DOM (d = 107,4) qu'en France métropolitaine (82,3). Elle est plus élevée dans le Sud (Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon) et dans l'Est (Lorraine, Alsace). Elle est plus faible en Picardie et en Île-de-France (tableau 10).

Personnels paramédicaux[14]

Infirmiers DE

Sur les 272 700 infirmiers exerçant leur activité au 1er janvier 1994 en France métropolitaine (d = 472) (278 en France entière), 83 % (226 700) sont salariés. L'hôpital public est de loin le plus gros employeur avec près de 143 000 emplois. La répartition des 46 000 infirmiers libéraux est particulièrement inégalitaire. Les densités les plus fortes sont observées dans le sud (Languedoc-Roussillon, PACA, Midi-Pyrénées, Corse) et en Aquitaine, les densités les plus faibles dans le nord et dans l'est. Il existe un rapport de 1 à 4 entre la densité du Languedoc-Roussillon (197) et celle de la Lorraine (48).

Infirmiers psychiatriques

On en recense 59 000 en 1994 (d = 102), leur répartition géographique traduisant l'implantation des centres hospitaliers spécialisés. Ils sont relativement plus nombreux en milieu rural, ce qui explique des densités plus élevées en Bretagne, en Auvergne, en Lorraine et dans le Limousin.

[14] Données tirées de « Les professions de santé au 1er janvier 1994 par département », Documents statistiques, SESI, n° 241, 1995.

Tableau 10 **Nombre de chirurgiens-dentistes, sages-femmes* et pharmaciens pour 100 000 habitants au 1er janvier 1994**

	Chirurgiens-dentistes		Pharmaciens		Sages-femmes
	libéraux	effectif total	officines	effectif total	effectif total*
Alsace	67,0	75,1	**30,7**	83,5	**103,2**
Aquitaine	**75,6**	79,9	**56,6**	89,5	88,0
Auvergne	61,8	65,2	53,6	108,3	88,8
Bourgogne	52,1	54,9	43,6	89,4	92,7
Bretagne	61,8	65,4	45,0	75,4	76,6
Centre	**49,3**	51,3	41,8	96,2	72,2
Champagne-Ardenne	**48,6**	51,9	40,2	84,6	88,8
Corse	74,7	77,8	**63,8**	82,5	76,3
Franche-Comté	48,5	54,9	43,2	94,1	98,2
Île-de-France	**75,8**	83,0	44,0	111,0	**64,5**
Languedoc-Roussillon	**80,3**	83,4	**58,3**	106,4	**103,3**
Limousin	**49,1**	52,2	**63,9**	113,2	70,4
Lorraine	57,0	62,7	37,1	74,7	**118,8**
Midi-Pyrénées	**78,2**	82,6	**54,2**	100,0	85,7
Nord–Pas-de-Calais	**39,9**	45,4	40,5	76,7	73,0
Basse-Normandie	**39,3**	42,4	40,6	64,2	94,8
Haute-Normandie	**36,8**	39,6	**34,9**	62,2	77,4
Pays de Loire	52,7	57,1	44,3	75,6	74,6
Picardie	**40,5**	42,2	**38,5**	78,7	**59,0**
Poitou-Charentes	50,8	53,7	51,8	89,4	76,7
Provence–Alpes–Côte-d'Azur	**89,3**	94,8	50,7	112,0	85,1
Rhône-Alpes	65,8	70,1	44,1	83,7	**103,1**
France métropolitaine	63,2	68,0	45,3	91,8	82,3
DOM	**36,8**	**37,4**	**35,4**	**49,3**	**107,4**
France entière	62,6	67,2	45,1	90,8	83,0
Maxi	PACA	PACA	Limousin	Limousin	Lorraine
Mini	Haute-Norm.	Haute-Norm.	Haute-Norm.	Haute-Norm.	Picardie
Maxi/mini	2,42	2,39	1,83	1,82	2,01

Les chiffres en gras **noir** désignent les régions davantage dotées (> moyenne x 1,2).
Les chiffres en gras **bleu** désignent les régions moins dotées (< moyenne x 0,8).
* Pour les sages-femmes, la densité se rapporte au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans.

Source : Sesi

Masseurs-kinésithérapeutes

44 000 (d = 76) exercent en France métropolitaine en 1994 (45 000 en France entière), la plupart (76,7 %) en cabinet libéral (d = 58). La densité est plus forte dans la moitié sud (Corse, PACA, Languedoc-Roussillon) et dans la région parisienne. La densité est plus faible dans l'est (Champagne-Ardenne, Lorraine, Alsace, Franche-Comté) et dans le nord-ouest (Picardie, Normandie).

Orthophonistes et orthoptistes

On compte 11 300 orthophonistes, en France, en 1994 (d = 19,7),

exerçant majoritairement (71,4 %) en libéral. Les densités sont fortes en Île-de-France et dans le sud-est. On dénombre la même année 1 600 orthoptistes (d = 28) (75,8 % en libéral). Ce sont l'Aquitaine, l'Île-de-France, le Languedoc-Roussillon, PACA et Midi-Pyrénées qui bénéficient des densités les plus élevées.

Au total, plusieurs remarques doivent être faites concernant les dernières catégories de professionnels de santé analysées :

- d'une part, les différences de densité entre régions sont importantes puisque les rapports entre les régions les mieux

Tableau 11 **Nombre d'infirmiers DE, d'infirmiers de secteur psychiatrique et de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants au 1er janvier 1994**

	Infirmiers DE		Infirmiers psychiatriques	Masseurs-kinésithérapeutes	
	libéraux	total		libéraux	total
Alsace	**50,9**	512,1	96,8	**45,5**	63,6
Aquitaine	**105,0**	512,2	113,5	49,9	73,5
Auvergne	87,5	462,8	**137,9**	58,3	74,6
Bourgogne	68,5	445,2	107,2	47,1	**59,1**
Bretagne	81,9	475,0	**166,5**	54,5	70,8
Centre	**53,0**	386,4	88,2	**44,6**	**57,7**
Champagne-Ardenne	67,2	445,7	95,7	**43,2**	**52,3**
Corse	**159,8**	507,5	**76,6**	**82,4**	**93,7**
Franche-Comté	**48,9**	461,8	108,7	**34,4**	**48,9**
Île-de-France	**48,6**	499,8	82,0	69,6	87,9
Languedoc-Roussillon	**197,0**	**604,4**	96,3	**87,5**	**114,6**
Limousin	91,6	**578,9**	**151,8**	58,2	75,2
Lorraine	**48,0**	445,6	**128,9**	**34,7**	**53,3**
Midi-Pyrénées	**137,5**	**597,7**	110,3	59,2	83,1
Nord–Pas-de-Calais	**58,4**	**334,9**	**79,8**	57,4	72,4
Basse-Normandie	**61,2**	458,0	120,1	**37,3**	**51,6**
Haute-Normandie	67,7	380,0	**67,1**	**40,0**	**50,5**
Pays de Loire	69,9	434,7	102,3	49,5	66,2
Picardie	51,7	**353,7**	122,1	**38,2**	**52,5**
Poitou-Charentes	97,5	423,6	117,7	47,1	**58,4**
Provence–Alpes–Côte-d'Azur	**142,2**	552,5	95,5	**94,5**	**111,6**
Rhône-Alpes	75,1	467,6	84,9	58,9	83,0
FRANCE métropolitaine	79,6	472,1	101,6	58,3	76,1
DOM	**69,6**	**349,5**	**61,7**	**27,2**	**36,6**
FRANCE entière	79,3	468,8	100,5	57,6	75,1
Maxi	Lang.-R.	Lang.-R.	Bretagne	PACA	Lang.-R.
Mini	Lorraine	Nord-PdC	Haute-Norm.	Franche-Comté	Franche-Comté
Maxi/mini	4,1	1,8	2,5	2,7	2,3

Les chiffres en gras **noir** désignent les régions davantage dotées (> moyenne x 1,2).
Les chiffres en gras **bleu** désignent les régions moins dotées (< moyenne x 0,8).
Source : Sesi

dotées et celles les moins dotées sont le plus souvent de 1 à 2, voire de 1 à 3 (masseurs kinésithérapeutes libéraux), ou de 1 à 4 (infirmiers libéraux) ;

- naturellement, les disparités observées seraient plus grandes si l'on descendait à un niveau géographique plus fin, tel le département, ou, comme on l'a montré pour les médecins, les villes, les zones rurales, ou la différenciation centre-périphérie des grandes agglomérations. Ainsi, si on quitte le niveau de la région pour celui du département, le rapport entre les densités extrêmes passe de « 1 à 2 » à « 1 à 4 » : à titre d'exemple, pour les chirurgiens-dentistes, le rapport mesurant les densités entre les régions extrêmes, PACA et Haute-Normandie, est de 2,42 ; le même rapport entre les départements extrêmes, Paris et l'Eure est de 4,6. Il convient en outre de noter que Paris n'appartient à aucune des deux régions entrant dans le calcul des rapports de densité extrêmes.
- d'une catégorie de professionnels de santé à l'autre et, ainsi qu'on le verra avec les établissements hospitaliers, pour l'ensemble de l'offre de soins, les disparités tendent à se cumuler entre régions.

Les établissements de santé

En 1993, on comptait 533 000 lits dans les établissements de santé français : 344 000 (64,4 %) dans le public, 189 000 (35,6 %) dans le privé. Les lits du secteur privé se décomposent en 107 000 dans le secteur lucratif (56,3 %), 83 000 dans le secteur non lucratif (43,7 %), dont 56 000 dans le secteur privé participant au service public (PSPH).

On présentera tout d'abord les grandes caractéristiques de ces établissements avant d'analyser les disparités régionales en termes d'offre et de fréquentation.

Caractéristiques des établissements de soins : évolution 1983-1993

Cette section résume essentiellement l'analyse présentée dans un article paru en 1996 dans Solidarité Santé[15]. En dix ans, le secteur des établissements de soins a fortement évolué en termes de capacité d'accueil, d'activité, de durée de séjour et d'équipements.

Entre 1983 et 1993, les hôpitaux publics ont fermé 33 000 lits de court séjour (–16 %), 30 000 lits de psychiatrie (–34 %) et 3 000

[15] Hôpital : 10 ans d'activité. Solidarité Santé, n° 3, 1996.

lits de moyen séjour (–7,3 %). Dans le même temps, ils ont ouvert 23 000 lits de long séjour dans le cadre de la reconversion des capacités hospitalières. Le solde est donc de 43 000 lits en moins (–11 %) (tableau 12).

Tableau 12 **Répartition des lits des établissements de soins en 1993 et évolution 1983-1993**

	Public		Privé lucratif		Privé non lucratif PSPH		Privé non lucratif non PSPH	
	Lits 1993	1983/1993 %	Lits 1993	1983/1993 %	Lits 1993	1983/1993 %	Lits 1993	1983/1993 %
Court séjour	174 811	–16,0	73 898	–3,3	22 980	–9,8	7 935	–40,3
Médecine	101 063	–16,2	14 251	–6,7	13 349	–7,4	2 970	–53,3
Chirurgie	57 303	–17,0	50 076	–1,5	8 303	–14,1	4 234	–28,5
Gynécologie-obstétrique	16 445	–11,0	9 571	+7,3	1 328	–5,2	731	–27,7
Moyen séjour	40 399	–7,3	19 251	+3,2	19 350	+1,4	14 682	–20,0
Maladies mentales	57 949	–34,0	12 611	–12,2	11 054	–29,3	1 736	+13,0
Long séjour	70 558	+48,0	776	+293,9	2 615	+140,6	2 465	+45,1
Total	343 717	–11,1	106 536	–2,8	55 999	–10,8	26 818	–21,2

Source : Solidarité Santé 3, 1996

Dans le secteur privé, les diminutions de capacité d'accueil ont été de 17 000 lits (–9 %), le secteur lucratif étant nettement moins touché (–2,8 %), au détriment du secteur non PSPH (–21,2 %) qui libère des lits, spécialement en court séjour (–40,3 %).

En dix ans, la part des différents secteurs évolue peu, sauf en chirurgie et en lutte contre les maladies mentales. Parallèlement à la baisse sensible du nombre de journées dans toutes les disciplines (sauf le long séjour), le nombre d'entrées augmente de façon significative dans quasiment tous les secteurs (tableau 13).

Tableau 13 **Évolution (en %) des entrées et des journées des établissements de santé entre 1983 et 1993**

	Public		Privé lucratif		Privé non lucratif PSPH		Privé non lucratif non PSPH	
	Entrées	Journées	Entrées	Journées	Entrées	Journées	Entrées	Journées
Court séjour	+19,9	–16,9	+29,2	–5,9	+22,0	–23,3	–7,4	–38,9
Médecine	+24,7	–15,5	+65,3	–6,6	+28,5	–19,5	–10,6	–48,4
Chirurgie	+15,6	–20,4	+28,2	–4,6	+17,3	–30,3	–2,7	–30,2
Gynécologie-obstétrique	+10,2	–14,6	+4,8	–11,7	+9,2	–17,9	–25,7	–34,1
Moyen séjour	+29,2	–8,1	+34,5	+6,9	+33,3	–3,0	+1,6	–19,4
Maladies mentales	+34,0	–37,5	+10,2	–8,6	+40,3	–35,8	+51,2	+46,0

Source : Solidarité Santé 3, 1996

Le secteur public réalise :

- 92 % des journées de long séjour,
- 42 % des journées dans les soins de suite,
- 71 % des journées dans la lutte contre les maladies mentales,
- 75 % des journées en médecine,
- 50 % des journées en gynécologie.

Toujours dans ce secteur, on note :

- une progression, en 10 ans, du nombre d'entrées : de 25 % en médecine, de 15 % en chirurgie, de 10 % en obstétrique,
- une diminution du nombre de journées, en particulier en chirurgie (–20 %).

Dans le privé lucratif, on constate : une forte hausse du nombre d'admissions (+65 % en médecine ; +28 % en chirurgie, alors que le nombre de journées y a peu baissé). Ce secteur est majoritaire en chirurgie (la moitié des entrées et des journées contre 42 % et 41 % dans le public), très présent en obstétrique (39 % des journées), peu présent en médecine (10 % des entrées).

L'ensemble du privé non lucratif représente une part importante du moyen séjour (20 % des journées pour le privé PSPH, 15 % pour le privé non PSPH). Le privé non lucratif non PSPH est quasiment absent de toutes les autres disciplines.

Si l'on s'intéresse au seul court séjour, l'offre du secteur public est surtout dévolue à la médecine (62 %), puis à la chirurgie (30 %), enfin à l'obstétrique (8 %). La structure d'offre est tout à fait différente dans le privé : 28 % en médecine, 61 % en chirurgie (67 % dans le privé à but lucratif), 12 % en obstétrique (Source : SAE 1994).

Ce phénomène touche l'ensemble des établissements (tableau 14). Cette baisse est très marquée en médecine : la durée de séjour est inférieure de moitié à ce qu'elle était en 1983 dans le secteur privé lucratif et de près d'un tiers dans le public. Elle est diminuée de 50 % en psychiatrie dans le public et dans le privé PSPH. On notera les durées très courtes (4,9 jours) dans le secteur privé lucratif en chirurgie. Globalement, la durée de séjour moyenne en court séjour est de 6,5 jours.

Par ailleurs, on observe une diminution du taux d'occupation dans deux disciplines : chirurgie (où ce taux est un peu inférieur à 70 %) et gynéco-obstétrique (où le taux est de 64 % dans le public). En médecine, les taux d'occupation sont proches de 80 %. En soins de longue durée, les capacités sont utilisées à plus de 90 % (98 % dans le public) et s'accroissent au cours du temps (90 % en 1983).

Tableau 14 **Évolution des durées moyennes de séjour (en jours) des établissements de santé entre 1983 et 1993**

	Public		Privé lucratif		Privé non lucratif PSPH		Privé non lucratif non PSPH	
	1983	1993	1983	1993	1983	1993	1983	1993
Médecine	10,2	6,9	14,7	7,8	14,6	9,2	19,8	11,3
Chirurgie	8,2	6,6	7,0	4,9	10,1	6,0	7,9	5,6
Gynécologie-obstétrique	6,5	5,0	7,1	5,7	7,4	5,6	7,0	6,5
Moyen séjour	47,3	33,6	43,8	34,6	52,7	38,4	47,4	37,7
Maladies mentales	90,4	42,2	45,1	44,7	125,4	58,6	54,9	64,6

Source : Solidarité Santé 3, 1996

Pour ce qui est des plateaux techniques, le tableau 15 relate l'évolution du nombre d'appareils autorisés entre 1987 et 1992. On note les élévations très importantes du nombre de tous les matériels, sauf, naturellement, la radiothérapie, la croissance la plus importante étant observée pour l'IRM (+164 % dans le privé) pour les lithotripteurs (+67 % dans le public, +100 % dans le privé).

Tableau 15 **Évolution du nombre d'appareils autorisés dans les établissements de soins** (1987-1992)

	1987		1992		1992/1987 (%)	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Scanographes	213	115	302	172	41,8	49,6
IRMN	36	14	65	37	80,6	164,3
Médecine nucléaire	161	56	212	126	31,7	125,0
Lithotripteurs	15	8	25	16	66,7	100,0
Radiothérapie	111	245	114	249	2,7	1,6
Angiographie numérisée	155	246	244	310	57,4	26,0

Source : Solidarité Santé 3, 1996

L'activité en hospitalisation partielle se développe de façon importante. Entre 1988 et 1993, on note une augmentation :

- des consultations externes (+17 % dans le public) ;
- des venues d'hôpital de jour hors psychiatrie (+96 % dans le public et dans le privé lucratif) ;
- des séances de dialyse (+19 % dans le public, +35 % dans le privé lucratif, +11 % dans le privé PSPH) ;
- des séances de chimiothérapie (+29 % dans le public, +170 % dans le privé lucratif, +111 % dans le privé PSPH).

Le développement de cette activité est illustré dans le tableau 16.

La place des alternatives apparaît clairement : il y a au moins autant de venues ou de séances que d'entrées en court séjour

Tableau 16 **Nombre de venues ou de séances pour 100 entrées directes en soins de courte durée**

Type d'activité	Hôpitaux publics	Ensemble des hôpitaux privés	Hôpitaux privés conv. Cram*
Venues d'hospitalisation de jour (hors chimiothérapie)			
hosp. compl. (y compris psych.)	78	46	58
dont court séjour	*17*	*5*	*3*
Venues en anesthésie ou chirurgie ambulatoire	2	38	43
Séances d'hémodialyse	20	40	46
Séances de chimiothérapie	3	12	12
Total (hors psychiatrie)	42	95	104
Total (y compris psychiatrie)	103	136	159

* Hôpitaux conventionnés avec la Cram + double tarification + tarif d'autorité.

Source : SAE (1994)

(103 contre 100 pour le public, 136 contre 100 pour le privé). L'hospitalisation privée pratique davantage ces alternatives, notamment grâce aux venues d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire ou aux venues de jour en psychiatrie.

Les disparités régionales

Trois types d'indicateurs sont disponibles : les taux d'équipement en lits et en matériels lourds ainsi que le taux de fréquentation hospitalière.

On a reproduit, dans le tableau 17, ces taux d'équipement pour la médecine, la chirurgie, la gynéco-obstétrique (nombre de lits pour 1 000 habitants) et pour le long séjour (nombre de lits pour 1 000 personnes de 75 ans et plus). On dispose, par ailleurs, de ces mêmes données pour les 11 ans qui précèdent (7 ans pour ce qui est du long séjour), ce qui permet de mesurer l'évolution des disparités constatées (tableau 17).

En 1983, l'écart entre la région la mieux équipée (l'Alsace) et la région la moins équipée (Poitou-Charentes) allait de 3,8 à 2,0. Onze ans après, on observe un écart de 2,8 (Corse) à 1,8 (Poitou-Charentes) et Haute-Normandie. Les régions les plus favorisées en 1983 (Alsace, PACA, Languedoc-Roussillon, Lorraine) se retrouvent pour la plupart dans la même position en 1994 (Corse, Lorraine, Limousin, PACA, Alsace), mais, surtout, les régions les moins équipées le restent tout au long de la période, à savoir Poitou-Charentes, Nord–Pas-de-Calais, Picardie, Centre, Pays-de-Loire.

En 1983, l'écart allait de 3,1 (Île-de-France) à 1,8 (Picardie) ; en 1994, les régions les mieux équipées (Corse et Île-de-France) ont 2,4 lits pour 1 000 habitants, alors que la Picardie en a 1,5. Là

Tableau 17 **Taux d'équipement en lits des différentes régions françaises selon les spécialités (en 1994)**

	Médecine lits/1000 h	**Chirurgie** lits/1000 h	**Gynéco-obst.** lits/1000 h	**Long séjour** lits/1000 h > 74 ans
Alsace	**2,5**	**2,2**	**0,51**	**86**
Aquitaine	2,2	2,1	0,44	**46**
Auvergne	2,2	2,1	0,43	**81**
Basse-Normandie	2,4	2,1	**0,55**	58
Bourgogne	2,4	2,0	0,49	66
Bretagne	2,0	1,8	0,46	70
Centre	**1,9**	**1,7**	**0,39**	70
Champagne-Ardenne	2,2	2,1	0,49	63
Corse	**2,8**	**2,4**	**0,54**	**31**
Franche-Comté	2,1	1,9	**0,59**	64
Haute-Normandie	**1,8**	**1,7**	0,44	65
Île-de-France	2,2	**2,4**	0,50	**44**
Languedoc-Roussillon	2,4	**2,2**	**0,39**	50
Limousin	**2,7**	**2,3**	**0,40**	**72**
Lorraine	**2,7**	**2,3**	**0,57**	64
Midi-Pyrénées	2,2	2,1	0,43	51
Nord–Pas-de-Calais	**1,9**	**1,7**	0,50	**49**
Pays de Loire	**1,9**	**1,7**	0,46	68
Picardie	2,0	**1,5**	0,49	63
Poitou-Charentes	1,8	**1,7**	**0,42**	50
Provence–Alpes–Côte d'Azur	**2,5**	**2,2**	0,43	**28**
Rhône-Alpes	2,1	1,9	0,47	**74**

Les chiffres en gras **noir** désignent les régions davantage dotées.
Les chiffres en gras **bleu** désignent les régions moins dotées.

Source : Sesi

encore, les régions initialement les plus favorisées (outre l'Île-de-France, on trouve l'Alsace, PACA, Lorraine) le restent en 1994, alors que le Poitou-Charentes, le Nord–Pas-de-Calais, les Pays-de-Loire, la Haute-Normandie et le Centre demeurent notablement au-dessous de la moyenne nationale.

Les mêmes observations peuvent être faites pour la gynéco-obstétrique. Néanmoins, l'indicateur utilisé doit être manié avec prudence : il conviendrait en effet de rapporter le nombre de lits, non à l'ensemble de la population, mais au sous-ensemble des femmes en âge de procréer (une étude réalisée sur ces bases en 1986 a montré que le taux d'équipement variait entre 3,3 lits pour la Corse et 2 lits pour la région Centre).

Pour ces trois disciplines (médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique), l'étude des coefficients d'occupation des lits montre que, contrairement à ce que l'on pouvait attendre, les régions bien dotées en lits n'affichent pas un coefficient inférieur ; il existe une tendance des régions relativement suréquipées à augmenter les durées de séjour.

En 1983, l'écart entre la région la mieux dotée (Languedoc-Roussillon) et la moins dotée (Champagne-Ardenne) pour le moyen séjour va de 3,6 à 1,1, en particulier pour la rééducation fonctionnelle. En 1994, entre ces deux régions, l'écart va de 2,8 à 0,9.

En long séjour, en 1986, le contraste était grand entre le Limousin (29 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus) et la Provence (6 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus). En 1989, les statistiques ajoutent les lits de section de cure médicale. La Bretagne et Rhône-Alpes sont alors les mieux dotées (respectivement 69 et 56 lits) alors que PACA et le Nord–Pas-de-Calais n'ont que 19 et 24 lits. La vitesse avec laquelle les différentes régions s'équipent varie de façon considérable puisqu'en 1994, le Nord–Pas-de-Calais passe de 25 à 49 lits ; l'Alsace atteint 86 lits pour 1 000 personnes âgées, l'Auvergne 71 lits. Cet écart confirme, comme pour le moyen séjour, que l'absence de carte sanitaire majore considérablement les inégalités régionales qui atteignent plus de 300 %, là où, en court séjour, elles ne dépassaient guère 80 %.

La situation de la psychiatrie, soumise elle aussi à un indice aux fourchettes assez larges (maximum : 1,8 lits ou places pour 1 000 habitants) ne déroge pas à ce constat global de grandes disparités. Cependant dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales, les objectifs de la planification sont de limiter les capacités hospitalières et de développer les équipements extra-hospitaliers. Un faible taux d'équipement en lits d'hospitalisation peut donc être tout à fait compatible avec une offre de soins suffisante et de qualité. C'est pourquoi il est plus pertinent de cibler les régions les plus suréquipées par rapport aux normes : Bretagne (3,6 lits en 1988, soit le double de la fourchette haute) suivie de Midi-Pyrénées, de la Franche-Comté et de l'Auvergne. Ces régions constituent également des régions où le développement de l'hospitalisation partielle est faible, au moins en psychiatrie générale.

Au total, pour l'ensemble de l'hospitalisation complète, la partie sud de la France et notamment la zone sud-est, la Bretagne et l'Alsace se signalent par une offre de soins élevée, contrairement aux zones nord et ouest du pays.

Le taux d'équipement en matériels lourds est déterminé par des indices nationaux rapportés au nombre d'habitants (sans fourchette). Ceci a tendance à gommer les disparités interrégionales pour les équipements les plus anciens même si, à l'intérieur des régions, on assiste à une répartition parfois inégale.

On peut étudier la vitesse d'apparition et de densification du parc selon les régions pour les techniques et appareils les plus récents

comme l'IRM. Les treize premiers équipements de ce type autorisés en 1985 ont été installés dans les huit régions les plus peuplées, auxquelles il faut ajouter l'Alsace. En 1987, alors que 29 appareils sont autorisés, 10 régions n'en disposent pas encore (elles correspondent notamment aux régions entourant l'Île-de-France, à la Franche-Comté et au Limousin). Par contre, PACA en a déjà 5, l'Île-de-France, 9 et l'Alsace, 2.

En 1988, l'ensemble des régions a obtenu au moins une autorisation (sauf la Corse), mais un contraste existe entre le Nord–Pas-de-Calais et l'Aquitaine qui en ont 2 (comme l'Alsace déjà citée, la Lorraine, la Haute-Normandie, Rhône-Alpes) alors que PACA en a 5 et l'Île-de-France en a 16. On voit au travers de cet exemple que les régions les plus denses en hospitalisation complète ont tendance à renforcer leur position en matière d'équipement lourd à visée diagnostique, ce qui contribue à ajouter aux inégalités d'accès à l'hospitalisation des disparités d'accès aux techniques d'imagerie.

Ce constat souligne à la fois l'intérêt et les limites de la fixation d'indices au niveau national : intérêt car sans ces règles de répartition minimales, les inégalités interrégionales deviennent caricaturales, y compris pour des besoins de proximité comme le nombre de places en long séjour et cure médicale pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; limites car, d'une part, le maintien de « fourchettes » larges permet des écarts non justifiables, d'autre part, la définition des unités de mesure n'est pas toujours satisfaisante. C'est ainsi qu'en chirurgie le développement de la chirurgie ambulatoire, la variabilité des durées de séjour selon l'intervention font que le lit n'a plus beaucoup de sens pour estimer la capacité de l'offre en chirurgie. La salle d'opération serait plus pertinente à cet égard. De la même façon, rapporter les lits d'obstétrique à la population générale et non au nombre de femmes en âge de procréer (comme pour la PMA) fausse les comparaisons.

Dans le tableau 18, on décrit le taux de fréquentation hospitalière à l'aide de l'indicateur : nombre d'entrées directes en hospitalisation complète pour 1 000 habitants, et ceci pour 2 ensembles : la totalité des établissements ; les établissements hors convention Cram.

Le taux de fréquentation hospitalière moyen est de 200 pour 1 000 habitants, dont 67 dans des établissements de santé privés conventionnés avec la Cram. La dispersion entre les régions extrêmes est de 1,4 si l'on prend l'ensemble des établissements, de 1,6, si l'on retient les seuls établissements non conventionnés avec la Cram.

Tableau 18 **Nombre d'entrées directes en hospitalisation complète pour 1 000 habitants selon le type d'établissement et selon la région en 1994**

	Ensemble public et privé		Établissements non conventionnés Cram*	
	Fréquentation hospitalière totale**	Propension à consommer des soins hospitaliers	Fréquentation hospitalière**	Propension à consommer des soins hospitaliers
Île-de-France	190,1	95	121,3	91
Champagne-Ardenne	218,8	109	140,5	105
Picardie	177,4	88	137,5	103
Haute-Normandie	178,5	89	118,8	89
Centre	183,1	91	118,0	88
Basse-Normandie	205,4	102	159,9	120
Bourgogne	199,0	99	137,7	103
Nord–Pas-de-Calais	183,0	91	128,9	97
Lorraine	246,3	123	189,3	142
Alsace	218,0	109	183,9	138
Franche-Comté	195,1	97	152,8	115
Pays de Loire	195,1	97	122,7	92
Bretagne	203,7	102	146,8	110
Poitou-Charentes	190,2	95	130,8	98
Aquitaine	222,7	111	133,2	100
Midi-Pyrénées	210,6	105	117,2	88
Limousin	216,7	108	146,7	110
Rhône-Alpes	185,1	92	129,2	97
Auvergne	196,4	98	134,7	101
Languedoc-Roussillon	221,8	111	126,8	95
Provence–Alpes–Côte-d'Azur	225,3	112	131,2	98
Corse	243,0	121	121,3	91
France métropolitaine	200,5	100	133,4	100

* Établissements publics et privés PSPH et à prix de journée préfectoral

** Entrées directes en hospitalisation complète pour 1 000 habitants

Source : SAE, 1994

Sept régions ont, quel que soit le type d'établissement considéré, une fréquentation hospitalière se situant dans un intervalle de 10 % autour de la moyenne nationale. Les régions ayant la fréquentation hospitalière totale (ensemble public et privé) la plus élevée sont : la Lorraine, l'Aquitaine, le Languedoc-Roussillon, PACA et la Corse ; les régions à la fréquentation la plus faible sont : la Picardie et la Haute-Normandie.

Si l'on tente de réunir les résultats des différents indicateurs de disparité en matière d'offre hospitalière, sont le plus souvent citées parmi les régions les plus dotées : la Corse, le Limousin, la Lorraine, l'Alsace, le Languedoc-Roussillon, PACA ; parmi les régions les moins bien dotées : le Centre, le Nord–Pas-de-Calais, la Picardie, la Haute-Normandie.

Densité d'établissements et distance réelle d'accès[16]

Jusqu'à présent, la densité d'établissement a été considérée par rapport au nombre d'habitants. Il convient également de prendre en compte la proximité géographique des soins, l'idée implicite étant que la distance représente un frein ou un obstacle à une utilisation efficace du système de soins.

Pour étudier l'accès aux établissements de soins dans les zones rurales, la distance d'accès est un indicateur pertinent. Si l'on reprend le concept de Zone de peuplement industriel urbain[17] (ZPIU) déjà utilisé dans le chapitre consacré à la démographie médicale, on voit que la distance d'accès aux différents services hospitaliers varie fortement selon la zone géographique où l'on habite (tableau 19). Entre les 2 types de zone rurale considérées (en ZPIU et hors ZPIU), il y a un rapport de distance de 1 à 1,5.

Tableau 19 **La distance d'accès (en km) aux services d'établissements de soins selon la zone géographique (1990)**

	Communes rurales hors ZPIU	Communes rurales en ZIUP	Unités urbaines	France métropolitaine
Établissements hospitaliers				
Gynéco-obstétrique	19,5	13,6	3,5	8,4
Médecine interne	21,8	16,7	6,4	12,1
Chirurgie cardio-vasculaire	70,5	58,2	35,0	55,9

Source : Credes (V. Lucas, F. Tonnellier)

Il convient de noter cependant que la distance d'accès aux soins n'a pas la même signification pour tous : elle est assurément différente pour des individus possédant ou ne possédant pas de véhicule. Selon les groupes sociaux, de grandes différences ont été observées en calculant des distances réelles d'accès à l'hôpital selon le degré d'instruction[18] (tableau 20).

La différence de distance réellement parcourue peut varier du simple au double. Les catégories sociales favorisées parcourent une distance beaucoup plus grande que les autres (et ne se rendent pas nécessairement à l'équipement le plus proche !). Ces différences existent, quel que soit le degré d'urbanisation. Ce qui est

[16] Cette section s'inspire de : Lucas V., Tonnellier F. Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités, in « Données Sociales 1996 », Insee.

[17] Ces zones définissent des espaces se situant dans l'attraction de villes, notamment en raison de migrations domicile - travail. Les communes rurales peuvent ou non appartenir à ces ZPIU.

[18] Lucas V., Tonnellier F. Distances réelles d'accès et attraction. IVe colloque Géographie et socio-économie de la santé, Credes, 1995.

Tableau 20 **Distances réelles d'accès (en km) à l'hôpital selon le niveau d'études et le degré d'urbanisation**

	Ensemble	Rural	5 000-100 000 hab.	> 100 000 hab.
Diplôme inférieur au bac	21,6	35,9	18,0	14,3
Diplôme supérieur au bac	33,6	46,5	32,0	30,2
Ensemble	22,9	37,4	19,7	16,5

Source : Credes (V. Lucas, F. Tonnellier)

particulièrement remarquable dans les grandes villes où toutes les disciplines sont disponibles et où l'éloignement n'est plus une difficulté.

On peut interpréter cette différence comme une recherche de qualité des soins : les catégories sociales de statut élevé rechercheraient les services les plus spécialisés, les plus adaptés ou les plus renommés sans tenir compte du déplacement. À l'opposé, les autres catégories sociales utiliseraient les hôpitaux les plus proches (mais peut-être pas la filière la plus efficace).

Mais ces disparités sont peut-être sans relation avec l'état de santé et la recherche de spécialistes de haut niveau. Elles peuvent résulter simplement de pratiques spatiales différentes selon les groupes sociaux. Les cadres sont plus mobiles, et cette mobilité se retrouve dans le recours aux soins. Seules des enquêtes portant sur les filières de soins, les motifs pour le choix du type d'hôpital fréquenté, le rôle du médecin traitant permettront de choisir entre ces deux hypothèses — ou de conclure qu'elles ne sont pas exclusives…

En tout état de cause, un certain nombre d'interrogations demeurent : les inégalités géographiques renvoient à la mesure de l'équité spatiale. Et les différences de pratique et d'usage de l'espace entre groupes sociaux posent les questions de l'efficacité et de l'évaluation du système de soins — qui doivent aussi être abordés dans la dimension spatiale.

L'offre d'équipements et de services médico-sociaux[19]

Deux catégories de populations sont abordées : les personnes âgées et les personnes handicapées.

Les personnes âgées

Dans les années soixante, une politique globale en faveur des personnes âgées a été définie visant à améliorer l'insertion sociale

[19] Cette section s'inspire de : Fontaine D. Les équipements pour personnes âgées. Les équipements pour personnes handicapées. Fnors, 1996.

des personnes âgées, à développer le maintien à domicile, à favoriser le libre choix du lieu de vie. La mise en place de cette politique a été longue, difficile et incomplète en raison de la multiplicité des intervenants impliqués, souhaitant développer chacun leurs actions et leurs programmes (État, Caisse d'assurance maladie, Caisse d'assurance vieillesse, collectivités locales...), dont la cohérence globale n'a pas pu être assurée. Une multitude de services à domicile et de structures d'hébergement se sont mis en place, dont la coordination a été rendue difficile en raison de cette dispersion des décideurs et des financeurs.

Dans les années quatre-vingts, la priorité à la maîtrise des dépenses de protection sociale entraîne un ralentissement du développement des services et amène à mettre davantage l'accent sur la prise en charge des personnes dépendantes. Parallèlement, les lois de décentralisation transfèrent aux conseils généraux la compétence en matière de création d'établissements sociaux, mais l'État conserve la tutelle des structures où intervient un financement de l'assurance maladie. Cette dichotomie du sanitaire et du social constitue un frein dans le développement de la prise en charge médico-sociale des personnes âgées dépendantes.

Ces dernières années, des efforts ont été faits pour développer les soins à domicile aux personnes âgées et la médicalisation des établissements, mais la pression de la demande reste très forte en raison de l'augmentation de la population très âgée. La création d'une « allocation autonomie » est discutée depuis quelques années, et a été expérimentée dans une dizaine de départements. Mais sa généralisation n'est pas encore décidée de façon certaine. Son montant devrait varier selon les besoins en soins et aides des personnes concernées.

L'aide à domicile

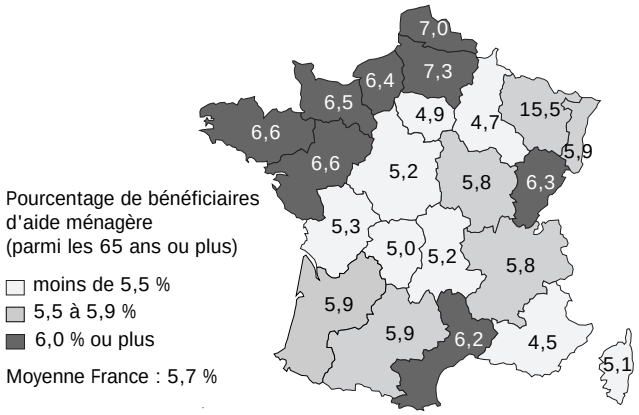
Il existe une très grande diversité de services qui peuvent intervenir au domicile des personnes âgées : aide ménagère, soins infirmiers, portage de repas, télé-alarme, garde de nuit… L'aide ménagère et les soins infirmiers constituent les deux pôles principaux, constituant souvent la base du maintien à domicile. Ils nécessitent une coordination entre acteurs.

L'aide ménagère est une prestation financée par différents partenaires : régime général d'assurance vieillesse (68 % des bénéficiaires), aide sociale départementale (21 %), mutualité sociale agricole (11 %).

Près de 6 % des personnes de 65 ans ou plus bénéficient en

1992 des services d'une aide ménagère à domicile (400 000 personnes). C'est en Limousin que ce pourcentage est le plus faible (4,5 %), alors même que c'est la région la plus « vieille » de France (11 % de plus de 75 ans contre 7 % en France). C'est en Picardie et dans le Nord–Pas-de-Calais, régions parmi les plus « jeunes » de France (6 % de plus de 75 ans), que la proportion de bénéficiaires est la plus élevée (figure 3).

Figure 3 **Taux de bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile en 1992**



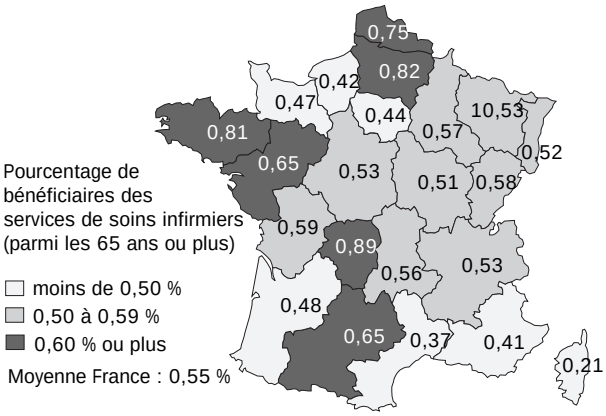
Sources : Cnavts, MSA, Sesi, Insee (estimations au 1er janvier 1992). Exploitation : Fnors

Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées ont été spécifiquement créés pour compléter l'aide ménagère à domicile, en offrant la possibilité de dispenser, sur prescription médicale, des soins infirmiers et d'hygiène. En dehors de ces services, les soignants libéraux interviennent également pour assurer chez beaucoup de personnes âgées les soins infirmiers à domicile.

En 1992, 0,55 % des personnes de 65 ans ou plus ont bénéficié des services de soins à domicile (45 000 personnes). La proportion de bénéficiaires varie selon les régions de 0,2 % en Corse à 0,9 % en Limousin. La Picardie et le Nord–Pas-de-Calais d'une part et la Bretagne et les Pays-de-la-Loire d'autre part, sont parmi les plus équipés comme pour l'aide ménagère. En revanche les deux régions normandes ainsi que l'Aquitaine et le Languedoc-Roussillon contrebalancent leur taux élevé en matière d'aide ménagère par un taux faible de services de soins infirmiers à domicile. Dans les régions du Sud, les infirmières libérales, relativement nombreuses, prennent vraisemblablement en charge ces soins.

Les services de soins infirmiers à domicile ont connu une évolution croissante au cours des dernières années (1986-1992), en raison de leur montée en charge et en raison du poids grandissant des personnes très âgées (plus de 85 ans) auxquels ils s'adressent le plus souvent (figure 4).

Figure 4 **Taux de bénéficiaires des services de soins infirmiers à domicile en 1992**



Sources : Cnavts, Insee (estimations au 1er janvier 1992). Exploitation : Fnors

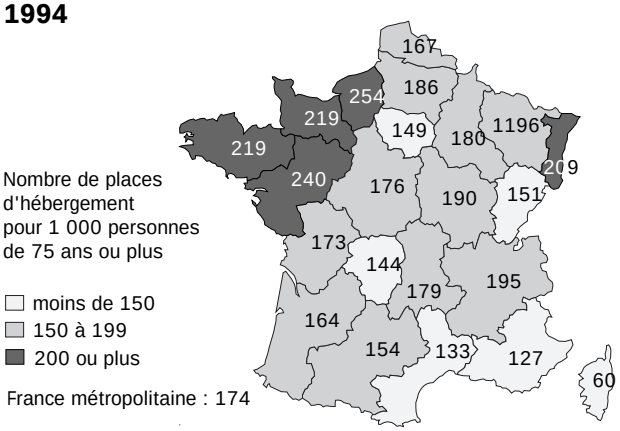
L'hébergement collectif

L'hébergement collectif, auquel ont recours les personnes âgées qui ne peuvent plus rester à leur domicile, regroupe, en 1994, environ 9 900 établissements disposant de 628 000 places, ce qui correspond à un taux d'équipement de 174 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus.

Les régions les mieux équipées se situent dans la partie Nord-Ouest de la France : Haute-Normandie, Basse-Normandie, Bretagne et Pays-de-la-Loire, avec plus de 200 places pour 1 000 personnes âgées. L'Alsace à l'est atteint également ce niveau. À l'opposé, la Corse a un taux d'équipement trois fois moins élevé. D'une façon générale, les régions les plus au Sud sont moins équipées en structures pour personnes âgées (figure 5).

Entre 1986 et 1994, la capacité globale d'accueil s'est accrue de 115 000 places environ (+22 %), alors que la population de 75 ans ou plus n'augmentait que de 2 %. En effet, depuis le début des années quatre-vingt-dix, le nombre de personnes de plus de

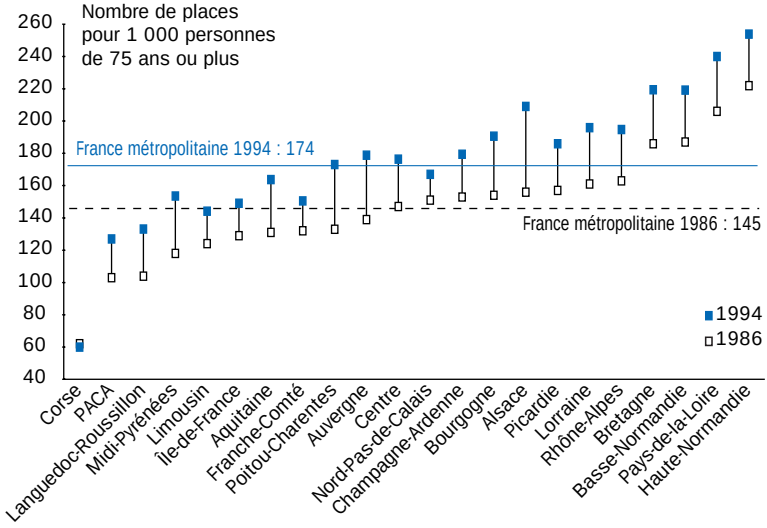
Figure 5 **Taux d'équipement en hébergement collectif au 31 décembre 1994**



Sources : Sesi, Insee (estimations au 1er janvier 1993). Exploitation : Fnors

75 ans tend à diminuer en raison de l'arrivée à cet âge des générations « creuses » nées pendant la première guerre mondiale. Aussi, les taux d'équipement, calculés sur cette population, sont-ils maintenant nettement plus élevés qu'à la fin des années quatre-vingts (figure 6).

Figure 6 **Évolution entre 1986 et 1994 du taux d'équipement en hébergement collectif pour personnes âgées**

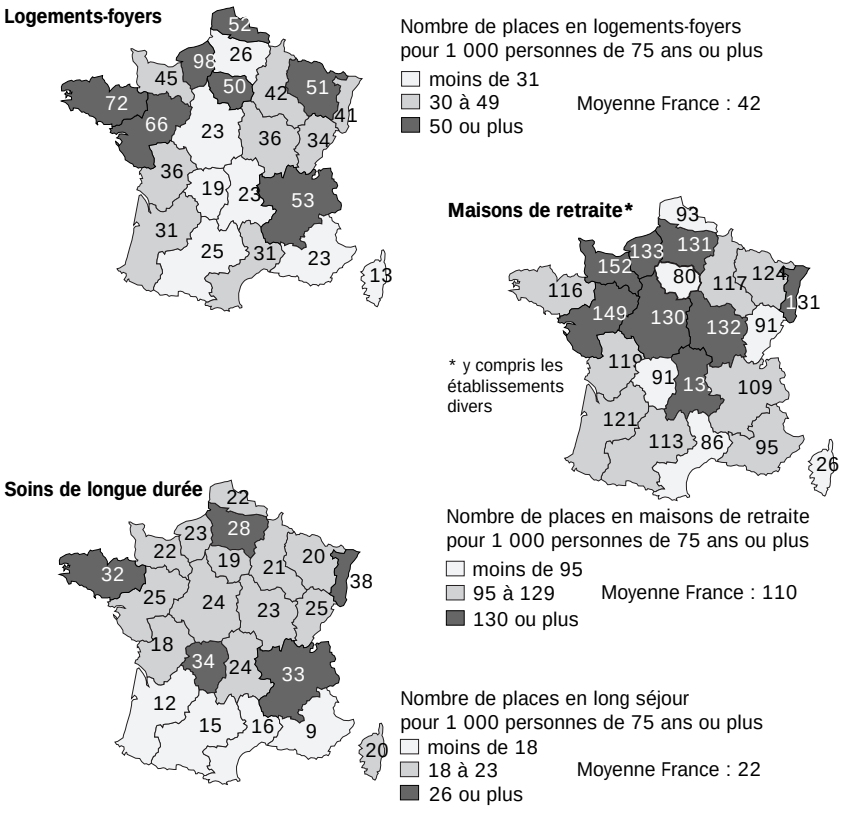


Sources : Sesi, Insee (estimations au 1er janvier 1987 et 1993). Exploitation : Fnors

Le taux global en France est passé de 145 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus à 174 pour 1 000 entre 1986 et 1994. Toutes les régions ont enregistré une hausse de ce taux, sans beaucoup modifier le classement des régions. Les quatre régions les plus équipées en 1986 le restent en 1994. L'Alsace a rejoint ce groupe grâce à une augmentation de 34 % de son taux d'équipement.

Trois grands types de structures existent : les logements-foyers, les maisons de retraite (y compris les structures diverses : appartements collectifs, établissements d'hébergement temporaire...). Leur répartition géographique diffère un peu mais laisse toujours apparaître une partie moins équipée au Sud de la France (figure 7).

Figure 7 **Taux d'équipement en hébergement collectif au 31 décembre 1994**



Sources : Sesi, Insee (estimations au 1er janvier 1993). Exploitation : Fnors

Depuis 1975, les logements-foyers sont considérés comme des institutions sociales et médico-sociales, au même titre que les maisons de retraite. Il s'agit d'immeubles regroupant des studios où les personnes vivent de façon indépendante. Ils offrent dans la plupart des cas des services tels que restaurant, salle de réunion, infirmerie, service de blanchissage, de surveillance... Les problèmes de dépendance des personnes accueillies y sont moins fréquents qu'en maison de retraite, mais ont tendance à s'accroître en raison du vieillissement de la clientèle.

En 1994, en France, il existe 2 900 logements-foyers offrant 153 000 places, soit 42 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus. Ce taux d'équipement varie de 13 en Corse à 98 en Haute-Normandie.

Les maisons de retraite sont les structures d'hébergement les plus répandues : en 1994, il existe en France 6 000 maisons de retraite offrant 293 000 places, soit 110 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus. Six régions ont un taux d'équipement inférieur à 95 pour 1000 : les régions du Sud-Est, ainsi que le Limousin, l'Île-de-France et la Franche-Comté. À l'opposé, huit régions ont un taux supérieur à 130.

Les services de soins de longue durée (anciennement appelés long séjour) sont destinés à prendre en charge, en milieu hospitalier, les personnes âgées les plus dépendantes. Ils disposent, en 1994 en France, de 78 000 places, soit 22 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus. Ce taux varie de 9 en PACA à 34 dans le Limousin.

L'évolution des capacités d'hébergement depuis une quinzaine d'années s'accompagne de quatre phénomènes :

- la transformation des hospices (prévue en 1975) en maisons de retraite ou services de soins de longue durée, s'accompagnant d'une diminution du nombre de places, en raison de la modernisation ;
- une médicalisation croissante des maisons de retraite publiques et privées à but non lucratif par la création de sections de cure médicale : il s'agit d'une participation financière de l'assurance maladie pour la prise en charge des soins des personnes hébergées ;
- une entrée des personnes âgées en maison de retraite, ou autre structure, à un âge de plus en plus avancé et un séjour plus court, de telle sorte que le taux de rotation dans ces établissements a augmenté ;
- la création de nouveaux types d'accueil qui viennent s'ajouter aux formes traditionnelles, permettant un début de

diversification des réponses à la prise en charge des personnes âgées dépendantes : appartements d'accueil, domiciles collectifs, petites unités pour déments séniles, établissements d'hébergement temporaire, structures d'accueil de jour, accueil familial…

Les problèmes actuellement posés par l'offre en hébergement collectif pour personnes âgées varient selon le type de structure.

Les logements-foyers se sont développés rapidement dans les années soixante-dix, permettant d'offrir à de nombreuses personnes âgées des logements plus confortables ou plus sécurisants. Ces structures ont été créées initialement pour répondre aux besoins des personnes âgées autonomes. Cependant, ces équipements doivent s'adapter au vieillissement de la population déjà hébergée ou à la demande d'hébergement qui émane de personnes en perte d'autonomie, auxquelles ces établissements ne sont pas toujours adaptés.

Les maisons de retraite constituent l'essentiel des structures d'accueil. De nombreux établissement relèvent du secteur public (213 000 places environ), les autres du secteur privé à but non lucratif ou privé lucratif. Depuis une douzaine d'années, le développement des structures privées lucratives a été relativement marqué dans certaines régions, mais commence à se heurter aux moyens financiers des personnes âgées, qui ne sont pas toujours suffisants pour accéder à ce type d'établissement dont les prix demeurent assez élevés. En parallèle, les structures publiques ont vu leur nombre de places diminuer, en raison des modernisations nécessaires.

La prise en charge médicale des personnes hébergées est assurée différemment selon le statut juridique des maisons de retraite. Les structures publiques ou privées à but non lucratif sont très souvent dotées d'une section de cure médicale qui héberge les personnes nécessitant des soins. Ceux-ci sont pris en charge par l'assurance maladie sous forme d'un forfait versé à l'établissement. Dans les structures privées lucratives, ce sont les professionnels libéraux qui interviennent à la demande des personnes hébergées et leur rémunération est faite à l'acte.

Les services hospitaliers de soins de longue durée prennent en charge les personnes les plus dépendantes (78 000 places en 1994). Ils sont pour l'essentiel issus de la transformation des hospices. La prise en charge financière est partagée entre un forfait pour les soins versé à l'établissement par l'assurance maladie et des frais d'hébergement pris en charge par la personnes âgée ou par l'aide sociale.

Enfin, les structures nouvelles qui se développent depuis quelques années sont encore assez peu nombreuses (une centaine en France) : elles sont le plus souvent de petite taille (20-25 personnes maximum), offrent un mode de vie plus convivial, respectant l'autonomie de la personne âgée, permettant la participation des familles, s'appuyant sur l'intervention des professionnels libéraux pour les soins... De telles structures sont un intermédiaire entre le domicile et l'institution. Elles sont proches du milieu de vie antérieur et de l'entourage et permettent notamment de prendre en charge des personnes dépendantes, y compris celles atteintes de démence.

D'une façon générale, les problèmes posés par la prise en charge des personnes âgées en hébergement collectif restent liés depuis trente ans à la rupture entre domaine social et domaine sanitaire : les financements varient dans leur montant et leur source selon le type d'établissement. Depuis de nombreuses années, beaucoup d'acteurs de la politique en faveur des personnes âgées ont souhaité que la prise en charge des personnes âgées, notamment des plus dépendantes, soit davantage attachée à leur état de santé qu'au type de structure qui les accueille.

Gestion et financement des services et établissements pour personnes âgées

L'attribution d'un certain nombre d'heures d'aide ménagère à domicile pour une personne âgée se fait sur prescription d'un travailleur social ou d'un médecin. Le financement est assuré par les caisses de retraite, avec participation de la personne âgée en fonction de ses revenus, ou par l'aide sociale départementale pour les personnes en dessous d'un certain plafond de ressources. La gestion des services est assurée par des associations ou par les centres communaux d'action sociale des communes.

La demande de service de soins infirmiers à domicile se fait sur prescription du médecin traitant. Le financement est pris en charge par l'assurance maladie. La gestion des services est assurée par des associations ou par les centres communaux d'action sociale des communes. Ces services assurent des soins infirmiers (pansements, perfusions...) et des soins d'hygiène (toilette).

Les autres services sociaux (portage de repas, télé-alarme, dépannage, club 3e âge…) sont développés par les municipalités. Les usagers financent plus ou moins leur fonctionnement selon leur niveau de ressources. Des subventions locales peuvent participer au financement de ces services. La gestion des services est

assurée par des associations ou par les centres communaux d'action sociale des communes.

La construction des logements-foyers est souvent financée par des fonds provenant des offices d'HLM, des caisses d'assurance vieillesse, des conseils généraux. La commune peut participer en léguant le terrain. Les gestionnaires sont des associations, des offices d'HLM ou des centres communaux d'action sociale. Les personnes âgées sont locataires. L'aide sociale peut prendre en charge le loyer pour les personnes ayant des ressources insuffisantes. C'est le président du conseil général qui autorise la création ou la modification des établissements.

Les maisons de retraite publiques peuvent être autonomes ou dépendantes d'un établissement hospitalier. Les maisons de retraite privées peuvent être créées et gérées soit par des associations (ou fondations, ou congrégations), soit par des personnes individuelles ou des sociétés.

L'hébergement est à la charge des pensionnaires, avec, si l'établissement est habilité, possibilité de prise en charge par l'aide sociale pour les personnes ayant des ressources insuffisantes. C'est le président du conseil général qui autorise la création ou la modification des établissements.

La création de sections de cure médicale dans les maisons de retraite (et dans une moindre mesure dans quelques logements-foyers) a eu pour objectif de fournir aux établissements des moyens financiers supplémentaires (versement d'un forfait soins par l'assurance maladie) pour assurer des soins aux personnes hébergées dépendantes. Cette création nécessite l'autorisation des services de l'État et de l'assurance maladie.

Les services de soins de longue durée sont des services hospitaliers consacrés à l'hébergement des personnes ayant perdu leur autonomie de vie. Les personnes accueillies prennent en charge (elles-mêmes ou l'aide sociale en cas de ressources insuffisantes) l'hébergement, et les soins sont pris en charge par l'assurance maladie (sous forme d'un forfait versé à l'établissement).

Les personnes handicapées

On distingue les enfants et les adultes.

Les enfants handicapés

Depuis le début des années quatre-vingts, les pouvoirs publics ont encouragé l'intégration des enfants handicapés dans le sys-

tème scolaire normal. Aujourd'hui 50 000 enfants fréquentent les classes spécialisées (CLIS) et 12 000 sont intégrés (individuellement) dans les écoles du premier degré.

C'est grâce au développement des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) que cette meilleure intégration des enfants a pu se faire. Créés à partir de 1970 comme alternative à l'orientation en établissement d'éducation spéciale, ces services n'ont connu un essor important que depuis le milieu des années quatre-vingts. Le nombre de jeunes pris en charge est passé de 4 800 en 1985 à 12 600 en 1993.

Ces services interviennent soit au domicile des parents avant l'admission dans une institution spécialisée, soit en assistance éducative auprès des jeunes admis dans des écoles ordinaires en intégration individuelle ou scolarisés dans des classes spécialisées (CLIS).

Malgré le développement de l'intégration scolaire, la majorité des enfants handicapés sont pris en charge par l'éducation spéciale, le plus souvent en établissements spécialisés.

Pour bénéficier d'une telle prise en charge, les enfants handicapés doivent passer devant la Commission départementale de l'éducation spéciale qui a deux missions : d'une part, déterminer le taux d'incapacité des enfants, taux qui conditionne l'accès à certaines prestations spécifiques (allocation, carte d'invalidité), et, d'autre part, déterminer la nécessité de la prise en charge spécialisée dans une structure ou à domicile.

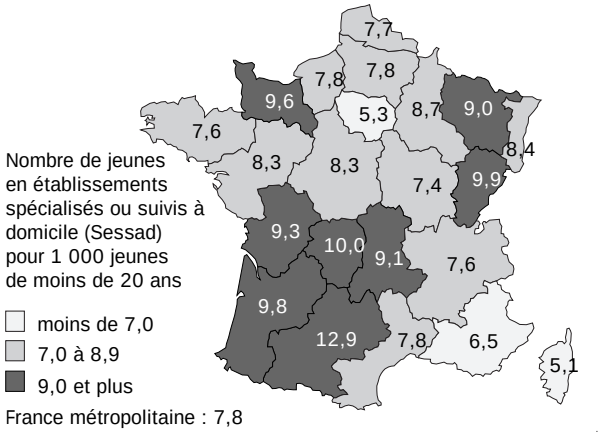
Fin 1993, près de 120 000 jeunes sont soit accueillis dans un établissement relevant du ministère des Affaires sociales, soit suivis par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile. En France, sur 1 000 jeunes de moins de 20 ans, 8 reçoivent donc une éducation spéciale. Le nombre de jeunes admis dans ces structures a progressé de 4 % entre 1985 et 1993.

Les équipements sont répartis de manière particulièrement inégalitaire sur le territoire : le taux varie de 5,1 pour 1 000 en Corse à 12,9 en Midi-Pyrénées. Le Limousin (10 pour 1 000) connaît une situation proche de Midi-Pyrénées, ces deux régions ayant une longue tradition d'accueil de jeunes handicapés originaires d'autres régions. À l'opposé, la Corse et l'Île-de-France sont les deux régions les moins équipées en structures d'éducation spéciale, avec respectivement 5,1 et 5,3 jeunes sur 1 000 qui sont ainsi pris en charge.

Pendant longtemps, la construction d'établissements pour enfants handicapés a surtout été le fruit des opportunités locales et du

dynamisme des associations porteuses de projets. Par ailleurs, il n'existe pas pour les établissements spécialisés de schéma d'organisation, à l'instar du Sros (schéma régional d'organisation sanitaire) qui régule la planification des établissements de santé (figure 8).

Figure 8 **Taux de jeunes en éducation spéciale au 31 décembre 1993**



Source : Sesi, Insee (estimations au 1er janvier 1993). Exploitation : Fnors

Plusieurs problèmes sont actuellement latents dans ce domaine des structures pour enfants handicapés, parmi lesquels on peut citer :

- les effets de l'amendement Creton (1989) qui permet de garder dans les structures pour enfants les jeunes adultes qui ne trouvent pas de places dans les structures pour adultes, ce qui réduit les possibilités d'accès aux établissements pour enfants ;
- le manque de structures destinées aux enfants polyhandicapés ;
- une intégration scolaire encore très insuffisante ;
- une diversité dans les décisions d'orientation proposées par les Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES), souvent fonction des structures existantes localement.

Les adultes handicapés

Afin de favoriser l'intégration des adultes handicapés dans le milieu ordinaire de travail, la loi de juillet 1987 a créé de nouvelles obligations pour les entreprises (de plus de 25 salariés) : elles

doivent respecter un taux de 6 % de travailleurs handicapés. Aujourd'hui une entreprise sur deux remplit ce contrat. Les autres versent une cotisation au Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Mais beaucoup d'adultes handicapés ne peuvent pas accéder, en raison de leur handicap, au marché du travail.

Ce sont les Cotorep (Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel) qui, dans chaque département, sont chargées d'examiner les demandes formulées par les adultes handicapés en ce qui concerne :

- d'une part, l'attribution de la qualité de travailleur handicapé et son orientation professionnelle,
- d'autre part, le taux d'invalidité du demandeur, son droit à recevoir une prestation sociale et l'orientation vers un établissement d'hébergement ou un service le plus adéquat possible.

Les adultes handicapés ne pouvant pas exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail sont orientés vers un centre d'aide par le travail (CAT) ou un atelier protégé. Les personnes plus lourdement handicapées sont orientées vers les foyers de vie ou les maisons d'accueil spécialisées.

Les décisions des Cotorep ne sont pas toujours suivies d'effet en ce qui concerne l'orientation vers une structure de travail protégé ou vers un établissement pour handicapés lourds, en raison du manque de structures d'accueil. Il est par ailleurs difficile de connaître le nombre de personnes en attente d'un tel placement, les Cotorep n'étant pas encore toutes équipées des systèmes informatiques permettant ce suivi.

En raison d'un manque notoire de possibilités d'accueil des handicapés adultes, les pouvoirs publics ont fait un effort important pour développer les structures, grâce à une programmation pluriannuelle de création de structures, mise en place depuis 1989-90, et dont un des objectifs était d'opérer un rééquilibrage de la répartition géographique des structures.

Les établissements de travail protégé rassemblent essentiellement les ateliers protégés et les centres d'aide par le travail qui, au 31 décembre 1993, comptent respectivement 11 000 et 78 000 personnes (il existe aussi, par exemple, des centres de distribution du travail à domicile). La répartition des établissements sur le territoire est très hétérogène pour les ateliers protégés et un peu moins pour les CAT, avec cependant des disparités. Le taux moyen de personnes travaillant en CAT est de 254 pour

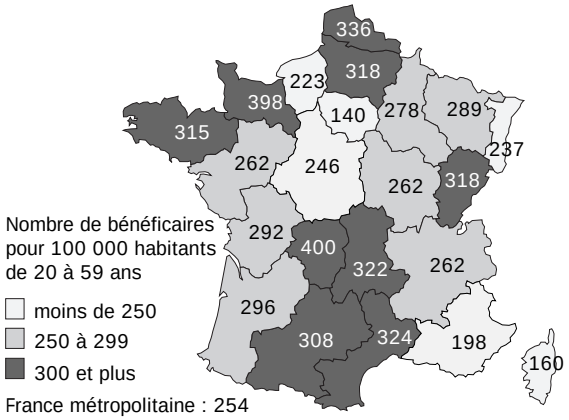
100 000 en France métropolitaine, variant de 400 dans le Limousin à 140 en Île-de-France, région de loin la moins équipée avec la Corse (160).

Entre 1989 et 1993, en raison de l'augmentation des capacités d'accueil, le nombre de présents dans les CAT est passé de 68 000 à 78 000. En terme de taux par rapport à la population adulte (20-59 ans), l'augmentation a été de 12 % : le taux de France métropolitaine est passé de 227 pour 100 000 à 254. Toutes les régions n'ont pas connu la même croissance. Celle-ci n'a été que de 4 % en Basse-Normandie, région la plus équipée en 1989, mais elle a atteint 84 % en Corse dont le taux était le plus faible en 1989.

D'autre part, il existe des foyers d'hébergement destinés aux personnes travaillant en structures de travail protégé, lorsque celles-ci ne vivent pas dans leur famille ou dans un logement personnel. Globalement, en France, un travailleur sur deux exerçant en structure de travail protégé vit dans un foyer d'hébergement. Cette possibilité d'accueil est peu développée en Corse, Nord–Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire, Lorraine, alors qu'elle l'est davantage en Poitou-Charentes et dans le Centre. Cependant, d'autres formules d'hébergement peuvent exister, telles que les familles d'accueil ou les appartements associatifs (figure 9).

Les adultes plus lourdement handicapés, qui ne peuvent exercer une activité en structure de travail protégé, sont admis, essentiellement, dans **les foyers de vie et les maisons d'accueil spéciali-**

Figure 9 **Taux de personnes dans les CAT au 31 décembre 1993**



Source : Sesi, Insee (estimations au 1er janvier 1993). Exploitation : Fnors

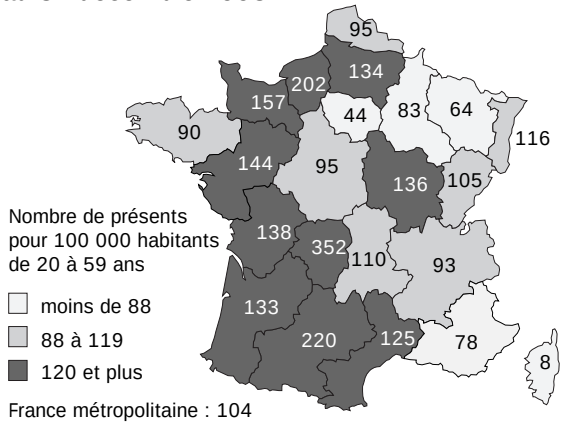
sées (MAS). Ces établissements accueillent, au 31 décembre 1993, environ 33 000 personnes, ce qui représente un taux de 104 pour 100 000 habitants de 20-59 ans.

Le quart sud-ouest de la France dispose de possibilités d'accueil très supérieures aux autres régions, et notamment le Limousin, Poitou-Charentes et le Languedoc-Roussillon où les structures accueillent des personnes handicapées venant d'autres régions. Les deux régions normandes et la Bourgogne présentent la même caractéristique mais à un degré moindre. La Corse et l'Île-de-France souffrent d'un sous-équipement très marqué (figure 9).

Le taux de personnes accueillies en foyers de vie ou en MAS s'est accru de 33 % entre 1989 et 1993. Les évolutions ont été moins rapides dans les régions déjà bien équipées, mais le classement des régions n'a pas été modifié et les écarts sont restés de la même ampleur. Certaines régions très mal équipées ont connu un accroissement leur permettant d'atteindre en 1993 la moyenne nationale (Nord–Pas-de-Calais, Centre). D'autres n'ont pas enregistré une hausse importante (Corse, Île-de-France, Lorraine), et leur taux reste très éloigné de la moyenne nationale (figure 10).

Dans ce domaine des structures pour adultes lourdement handicapés, la diversité des sources de financement et des centres de décision (État, assurance maladie, collectivités territoriales) est responsable de dysfonctionnements et freine la cohérence qui serait nécessaire dans le développement des moyens de prise en

Figure 10 **Taux de personnes dans les structures pour handicapés lourds au 31 décembre 1993**



Source : Sesi, Insee (estimations au 1er janvier 1993). Exploitation : Fnors

charge de ces personnes. Le manque global de structures et l'inégale répartition sur le territoire sont soulignés par tous les acteurs du domaine.

Gestion et financement des services et établissements pour personnes handicapées

Les établissements pour enfants relèvent tous du ministère des Affaires sociales, de même que les services d'éducation spéciale et de soins à domicile. Il existe un grand nombre de types d'établissements spécialisés dans la prise en charge d'un handicap particulier : établissements pour déficients mentaux, pour enfants polyhandicapés, pour déficients psychiques, pour déficients moteurs, pour déficients sensoriels.

Les ateliers protégés sont des unités de production créées par des organismes publics ou privés, bénéficiant de subventions d'investissement et parfois de fonctionnement. Les ateliers protégés relèvent du ministère du Travail. Ils fonctionnent comme des entreprises ordinaires et sont soumis aux mêmes contraintes économiques. Ils ont pour objectif de produire et de vendre selon des critères de rentabilité. Ils s'adressent à des adultes handicapés dont la capacité de travail est au moins égale au tiers de la capacité habituelle.

Les centres d'aide par le travail (CAT) sont des institutions médico-sociales, placées sous la tutelle du ministère des Affaires sociales. L'objectif est davantage de satisfaire les besoins occupationnels des personnes accueillies. Ils disposent d'un budget social avec une enveloppe annuelle fixée et financée par l'État et d'un budget de production financé par les ventes effectuées par l'établissement.

Les maisons d'accueil spécialisées sont financées par l'assurance maladie. Le prix de journée est fixé par le Préfet. Elles reçoivent des personnes qui n'ont pas d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Les foyers de vie sont financés par les conseils généraux qui en fixent le prix de journée. Ils accueillent des adultes lourdement handicapés qui disposent d'une autonomie ne justifiant pas une admission en maison d'accueil spécialisée.

Les foyers à double tarification sont des unités pour adultes lourdement handicapés ne relevant pas d'une prise en charge complète par l'assurance maladie, mais néanmoins d'une médicalisation. Ils sont financés conjointement par l'assurance maladie (pour les soins) et par l'aide sociale départementale (pour l'hébergement).

L'offre de santé pour les populations défavorisées

Dans le cadre de ce rapport, il n'est pas possible d'aborder avec toute la pertinence souhaitable ce sujet essentiel pour notre société.

On souhaite seulement attirer l'attention sur ce thème, camper les grandes lignes des types de questions qu'il soulève et prendre date pour des réflexions ultérieures, d'autant que, à la demande du secrétaire d'État à la Santé, un groupe de travail vient d'être constitué au sein du Haut Comité de la santé publique, en vue de faire des propositions pour l'amélioration de la santé des populations défavorisées.

Des carences dans l'appréhension du phénomène[20]

Tant l'approche des phénomènes d'exclusion que la nature des liens entre ces derniers et la santé souffrent de connaissances insuffisantes.

À propos des populations en difficulté socio-économique, on utilise les termes de pauvreté, d'extrême pauvreté, de précarité, d'exclusion. On manque de définitions précises et opérationnelles de ces notions. En terme populationnel, elles recouvrent des catégories très diverses : jeunes sans emploi ; familles monoparentales à faibles ressources ; chômeurs de longue durée ; familles du quart-monde ; titulaires du RMI ; personnes sans domicile fixe. Les spécialistes des questions de pauvreté insistent d'ailleurs sur le caractère multidimensionnel de cette notion et sur les interrelations causales qui en déclenchent la survenue et en approfondissent le cours.

On dispose également de peu d'études globales sur les liens entre les différents types de précarité ou de pauvreté et la santé. Cependant des études ponctuelles conduites auprès de populations spécifiques (chômeurs[21], RMIstes[22], habitants de villes[23], travailleurs[24]) ont mis en lumière des relations marquées entre

[20] Voir sur ce thème le dossier : « Santé et Précarité », *Actualité et dossier en santé publique*. n° 12, septembre 1995.

[21] Voir sur ce point les travaux de M. Bungener sur les chômeurs de Fougères, Actualités sociales hebdomadaires, n° 1929, 1995 ou ceux de A. Bocognano, Le recours aux soins médicaux des chômeurs en France, Credes, n° 1077, 1995.

[22] RMI et Santé. CFES, mai 1993.

[23] Une souffrance qu'on ne peut cacher. Rapport du groupe de travail Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale. Pr A. Lazarus (président), H. Strohl (rapporteur). Div, Dirmi, 1995.

[24] Souffrances et précarités au travail. A. Thébaud-Mony, Ch. Dejours (dir.). Syros, coll. Alternatives sociales, 1994.

problèmes de santé et précarité ou pauvreté : chez ces populations, on constate moins des maladies spécifiques à la pauvreté que le cumul et l'intrication des symptômes, des maladies et des facteurs de risque, le tout aggravé par des déficiences multiples liées aux mauvaises conditions de vie (logement peu confortable, voire insalubre, sous et malnutrition, hygiène, climat affectif, insécurité et dégradation de l'image de soi et du regard social). Les études analysant les itinéraires de vie de personnes en grande difficulté insistent sur le lien existant entre fragilisation sociale et dégradation de la santé.

D'autres études se sont intéressées au moindre accès aux soins des populations défavorisées. Elles mettent en lumière un recours tardif au système de soins, en cas de problème de santé, le délaissement de certaines filières de soins (dentistes, opticiens, hôpital et clinique, laboratoires d'analyses médicales, spécialistes), la difficulté de suivi du traitement conseillé. Les études de l'Insee et du Credes sur la santé et les soins médicaux soulignent les difficultés d'accès aux soins qu'éprouvent les personnes qui ne bénéficient ni de couverture complémentaire, ni de l'exonération du ticket modérateur (ce qui représente environ 14 % de la population).

Une nécessaire approche en terme de santé publique

La définition et la mise en œuvre d'une politique de santé adaptée aux populations défavorisées relève à l'évidence d'une démarche de santé publique. En premier lieu, les raisons influençant ou aggravant les problèmes de santé de ces populations relèvent essentiellement de déterminants autres que le système de soins. Toute action de promotion de la santé concernant ces personnes exige donc d'influer sur la totalité de ces déterminants. En second lieu, l'approche des problèmes de santé que rencontrent ces populations exige une prise en considération des différents aspects, y compris psychosociaux, de cette dernière. Enfin, la mise en place des dispositifs d'offre de soins exige que ces derniers associent plus étroitement structures, filières et compétences.

À cet égard, plusieurs problèmes doivent être examinés :

- celui de l'accès aux soins : des avancées importantes ont été réalisées en ce domaine, notamment avec l'instauration du RMI (ouvrant droit à l'assurance maladie et à la gratuité totale des soins) ; il convient d'achever la mise en place effective du processus ;
- celui de l'adaptation du système de santé aux conditions de vie des personnes défavorisées.

Sans doute serait-il souhaitable que le prochain rapport du Haut Comité de la santé publique traite de ces questions de façon approfondie.

Éléments de prévision et d'optimisation

Quelques réflexions en matière de projections démographiques médicales[25]

Dans la partie qui précède, on a présenté l'essentiel des éléments factuels concernant l'offre de soins et la répartition des ressources. Dans cette seconde partie, on souhaite s'orienter vers des aspects plus prospectifs et analyser les questions de l'optimisation de l'offre de soins. Dans un premier point, on s'interrogera sur l'évolution prévisible de la démographie médicale ; dans un second temps, on abordera le problème d'optimisation de l'offre en terme de réduction des inégalités géographiques mises en évidence précédemment.

Position du problème

Dans la section consacrée à l'analyse de l'offre de médecins, on a évoqué l'actuelle répartition de ces derniers en terme de spécialité exercée (généralistes / spécialistes ; chez ces derniers, spécialités médicales / spécialités chirurgicales / autres spécialités), de structure par âge, de féminisation, de densité selon les régions. Naturellement, cette répartition influe fortement sur le fonctionnement actuel du système de soins, sur le type de médecine qui est exercée par les praticiens, sur l'ampleur des dépenses de santé.

Or l'état présent de cette démographie médicale est en grande partie le fruit d'un certain nombre de décisions et de dispositions institutionnelles et réglementaires prises dans le passé (parfois un passé lointain). Parmi celles-ci figurent notamment l'instauration du *numerus clausus* en 1972 et les règles d'accès à l'internat — nombre de postes ouverts et répartition de ces derniers entre les différentes disciplines). On sait que le *numerus clausus*, fixé à 8 588 lors de son instauration, a diminué de plus de moitié pour

[25] Cette section s'inspire des travaux du groupe-projet consacré à la démographie médicale et constitué à la demande de la direction générale de la Santé. Elle reprend notamment une communication effectuée par Jacqueline Gottely, intitulée « Démographie médicale » à la Commission des Comptes de la Santé (1er juillet 1996). Voir aussi Gottely J., Vilain A. Les médecins de demain. Économie et Statistique, n° 274, 1994-4.

se stabiliser autour de 3 570 ; par ailleurs, la répartition du nombre de places en résidanat de médecine générale et du nombre de places en internat de spécialité a évolué pour se fixer actuellement à 50 %-50 % ; quant à la répartition des postes d'internes, elle a également évolué pour se fixer ainsi à la rentrée 1996 : 55,5 % des postes attribués à la discipline médicale, 21,5 % à la discipline chirurgicale, 10 % à la psychiatrie, 5,5 % à la biologie et 7,5 % aux disciplines non prescriptives (dont santé publique et médecine du travail).

Pour les décideurs nationaux et régionaux, se pose l'importante question de l'évolution, dans le futur proche et lointain, des différents éléments de cette démographie médicale.

Cette évolution dépend naturellement des décisions prises par le passé et des dispositions qui seront prises dans le futur. En raison des règles habituelles qui caractérisent les phénomènes démographiques, ces dispositions prises dans le futur ne pourront infléchir fortement la démographie médicale qu'à terme lointain, et ceci pour deux raisons principales : d'une part, le nombre de médecins en exercice (171 000) est important par rapport au flux des entrées (4 500 actuellement, soit 3 % du nombre) si bien que l'incidence du flux total ne devient perceptible qu'après un certain nombre d'années ; d'autre part, la durée des études en médecine est longue si bien qu'une décision prise aujourd'hui en matière de *numerus clausus* ne commence à faire sentir ses effets que dix années plus tard.

Aussi est-il essentiel d'essayer d'analyser l'évolution prévisible de la démographie médicale en fonction, d'une part, du poids des dispositions passées, d'autre part, des différents types de décisions pouvant être prises dans le futur.

C'est là l'objet d'un modèle de projection actuellement en cours d'élaboration au Sesi.

Présentation du modèle

Ce modèle a pour objet d'étudier la déformation, au cours du temps, de l'actuelle structure de la démographie médicale, en fonction de différentes hypothèses concernant :

- le *numerus clausus*, trois situations sont envisagées :
  - maintien définitif au niveau actuel (3 570) : hypothèse que nous appelerons « *statu quo* du NC (*numerus clausus*) » ;
  - maintien au niveau actuel jusque 1999 ; passage et maintien à 4 500 à partir de l'an 2000 : hypothèse « croissance faible du NC » ;

- élévation progressive du niveau actuel jusque 5 500 en 2002 ; puis stabilisation à 4 500 à partir de 2009 : hypothèse « croissance forte du NC ».

● le nombre de postes d'internat de spécialité : 3 hypothèses sont envisagées : 40 %, 50 %, 60 % du *numerus clausus* ;

● la répartition des postes affectés aux différentes disciplines[26] d'internat : dans la variante 1 : médecine : 60 % ; chirurgie : 23 % ; psychiatrie : 10 % ; biologie : 6 % ; dans la variante 2 : médecine : 58 % ; chirurgie : 26 %, les autres disciplines recevant le même nombre de postes ;

● l'âge moyen de départ à la retraite des médecins : 64 ans révolus (situation actuelle), 61 ans, 67 ans.

Compte tenu de ces différentes hypothèses et de leur combinaison, sont analysés, à différents moments, comment évoluent le nombre total de médecins et la répartition de ces derniers selon les spécialités, par tranche d'âge et par région.

Les résultats du modèle

Dans le cadre de ce rapport, il ne peut être question d'exposer finement l'ensemble des résultats obtenus : on se contentera de présenter les conclusions intéressantes.

L'évolution du nombre total de médecins

Quelles que soient les hypothèses retenues (*statu quo*, croissance faible ou forte du NC), l'évolution des effectifs connaîtra les mêmes tendances :

● poursuite de la croissance jusque 2006–2010 : on passerait alors de 171 000 actuellement à 187 000 médecins au cours de cette période ;

● décroissance des effectifs entre 2006–2010 et les environs de 2030 ; on passerait alors de 187 000 à 125 000 (*statu quo*), ou 148 000 (croissance faible), ou 160 000 (croissance forte).

Cette prévision s'explique, naturellement, par la structure par âges observée actuellement chez les médecins : beaucoup prendront leur retraite à partir de 2005 (le nombre de sortants sera alors multiplié par 2 par rapport à aujourd'hui).

[26] Dans le modèle, les postes d'internat relatifs aux disciplines non prescriptives ont été intégrés dans les disciplines médicales.

L'évolution de la répartition entre généralistes et spécialistes

On se situe ici dans la seule hypothèse de la croissance faible du NC. Si l'on maintient à 50 % le nombre de places d'internat, le nombre de généralistes passerait de 86 000 aujourd'hui à 98 000 en 2009, pour revenir à 86 000 en 2020 (mais avec un âge moyen de 50,1 ans contre 43,2 aujourd'hui).

Le nombre de spécialistes passerait de 85 000 aujourd'hui à 92 000 en 2005 puis diminuerait pour atteindre 75 000 en 2020.

Une élévation du pourcentage de places affectées à l'internat (60 % au lieu de 50 %) conduirait, en 2030, à 69 000 spécialistes et à un nombre de généralistes inférieur à 60 000.

L'adoption de 40 % de places affectées à l'internat conduirait à 78 000 généralistes et 50 000 spécialistes en 2030.

L'évolution de la répartition par spécialités

Au 1er janvier 1995, les spécialistes médicaux représentaient 55,1 % des spécialistes ; les spécialistes chirurgicaux, 25,3 % ; les psychiatres, 13,1 % et les biologistes, 2,5 %.

En se plaçant dans l'hypothèse « croissance faible du NC » et en maintenant constante, tout au long de la projection, la répartition par discipline observée ces dernières années, on voit décroître peu à peu la proportion de psychiatres et de spécialistes chirurgicaux parmi les actifs, au profit des spécialistes médicaux et surtout des biologistes.

Les effectifs de psychiatres et de spécialistes chirurgicaux commenceront à baisser dès 2001, tandis que le nombre de spécialistes médicaux diminuera à partir de 2005 si la répartition actuelle se maintient. Quant à la médecine non prescriptrice, la baisse des effectifs débutera en 2006.

Au niveau de chaque spécialité, les situations seront assez disparates, certaines spécialités commençant déjà à voir baisser leurs effectifs (ophtalmologie, stomatologie ou ORL), alors que d'autres verront leurs effectifs continuer de croître pendant encore près de vingt ans si les tendances se maintiennent (pneumologie, anatomie et cytologie pathologiques, maladies de l'appareil digestif, endocrinologie ou neurologie).

À titre indicatif, la part des spécialistes de 50 ans et plus, qui était de 27 % en 1994 doublera en 2005 et atteindra 61 % en 2010. Cette même part atteindra, en 2010, 68 % dans les spécialités non prescriptives, 69 % en anesthésie et en gynécologie obstétrique, 96 % en stomatologie et 100 % en gynécologie médicale.

L'impact de l'âge du départ à la retraite

Si les médecins prenaient leur retraite trois plus tôt dès à présent, on atteindrait deux ans plus tôt le maximum (plus faible) des effectifs (179 000 médecins en 2005, au lieu de 187 000 en 2007) et, en 2020, on dénombrerait 134 000 médecins au lieu de 153 000.

S'ils prenaient leur retraite trois ans plus tard, le maximum (plus élevé) serait atteint trois années plus tard (194 600 en 2010) et, en 2020, on aurait 172 000 médecins.

L'évolution de la démographie médicale au niveau régional

On raisonnera tout d'abord en nombre de médecins par région avant d'examiner l'évolution des densités (ce qui suppose que l'on fasse des hypothèses sur l'évolution de la population générale).

On suppose inchangé le comportement actuel d'installation des médecins dans les différentes régions.

Le nombre de médecins

Les effectifs de généralistes commenceront à décroître dès 2009, mais leur nombre en 2015 sera supérieur au chiffre actuel. Seules cinq régions compteront en 2015 un effectif inférieur ou égal à celui d'aujourd'hui : l'Île-de-France, l'Aquitaine, Midi-Pyrénées, le Languedoc-Roussillon et la Provence–Alpes–Côte-d'Azur. Il s'agit cependant de régions où le nombre important de spécialistes supplée la moindre part des généralistes.

Le nombre de médecins spécialistes va continuer sa progression jusqu'en 2004, avant de diminuer pour retrouver son effectif actuel en 2011 et atteindre en 2015 un effectif représentant 92 % de son niveau actuel. Aucune région ne se distingue par une évolution particulière, si ce n'est l'Île-de-France, dont les effectifs particulièrement âgés devraient commencer à décroître dès 1996. Les effectifs de spécialistes en Auvergne et en Aquitaine devraient également croître un peu moins longtemps que les autres (jusqu'en 2000), du fait d'un faible taux d'entrée en activité. En 2015, seuls les effectifs de sept régions seront vraisemblablement supérieurs ou égaux à leur chiffre actuel. Il s'agit des régions Nord–Pas-de-Calais, Lorraine, Alsace, Franche-Comté, Pays de Loire, Bretagne et Limousin. Dans ces régions, la baisse d'effectifs débutera un peu plus tardivement qu'ailleurs (pas avant 2008-2009) et sera de plus faible ampleur, du fait d'une structure jeune associée à un taux d'entrée assez important.

Les densités régionales

Selon les projections réalisées par l'Insee, en 2015, la population nationale aura progressé de 7,7 % depuis décembre 1995, mais, alors que dans le Languedoc-Roussillon et en Provence–Alpes–Côte-d'Azur, elle aura progressé très fortement (+23 % et +19 %), elle aura diminué dans cinq régions (le Nord–Pas-de-Calais, la Champagne-Ardenne, l'Auvergne, la Lorraine et le Limousin). Ces évolutions différentielles, qui sont à manipuler avec prudence, vont donc avoir tendance à réduire les écarts de densités existants.

Concernant les généralistes, on compte actuellement 148 médecins pour 100 000 habitants : cette densité devrait être de 145 en 2015. Outre les cinq régions qui verront diminuer leurs effectifs d'ici 2015, deux autres régions verront baisser leur densité médicale malgré un effectif médical plus élevé en 2015 qu'en 1995 : les régions Centre et Rhône-Alpes, du fait de l'accroissement de la population totale.

La densité des spécialistes, qui est de 146 pour 100 000 habitants, atteindrait 125 en 2015 avec le maintien des conditions actuelles (en termes de *numerus clausus* et de proportion d'internes). Seules, quatre régions connaîtront en 2015 une densité supérieure à celle d'aujourd'hui : le Nord–Pas-de-Calais, la Lorraine, le Limousin et la Franche-Comté. Les densités relevées dans le Nord–Pas-de-Calais et en Franche-Comté resteront toutefois, en 2015, inférieures à la moyenne nationale. La Picardie, la Corse, la Bourgogne et le Centre seront, en 2015, les régions les plus faiblement pourvues en spécialistes.

Conséquences du vieillissement et de la féminisation

Les médecins sont aujourd'hui âgés en moyenne de 44,1 ans. Les médecins de moins de 50 ans représentent moins du quart de l'ensemble. En 2010, cette dernière proportion atteindra 57 % et, en 2020, l'âge moyen oscillera entre 48 et 50 ans, selon les hypothèses. Ces modifications ne seront pas sans impact sur l'activité des médecins qui, en étant plus âgés, feront moins d'actes. Néanmoins, ayant affaire à une clientèle qui sera également plus âgée, ils prescriront davantage.

La répercussion au niveau des actifs du taux de féminisation observé au diplôme sera plus ou moins longue à se faire sentir d'une spécialité à l'autre, selon la part des nouveaux entrants par rapport au stock d'actifs. En moyenne, on retrouvera en 2020 au niveau de l'ensemble des actifs la proportion de femmes actuellement mesurée parmi les médecins de moins de 35 ans.

Aujourd'hui les spécialités qui concernent davantage les femmes que les hommes sont encore peu nombreuses (anatomie et cytologie pathologiques, dermatologie, endocrinologie, pédiatrie, biologie, médecine du travail et médecine de santé publique). Ces spécialités compteront vraisemblablement, en 2020, près de deux femmes pour un homme.

Les enseignements tirés de ces projections

Sur le plan méthodologique, le groupe de travail qui met au point ce modèle n'en est qu'à ses débuts ; de multiples avancées sont encore nécessaires pour envisager de nouvelles hypothèses (concernant, par exemple, l'évolution des comportements d'installation géographique des médecins) ou pour mieux étudier certains paramètres.

Il convient de garder en mémoire le cadre des hypothèses choisies, notamment le fait qu'une fois celles-ci arrêtées, on suppose que les comportements des acteurs ne se modifient pas au fur et à mesure que la situation se transforme.

Les premiers résultats obtenus mettent en lumière un certain nombre de tendances lourdes (toujours dans le cadre des hypothèses retenues) :

- baisse du nombre de médecins à partir de 2005-2010, mais cet effet était recherché par le *numerus clausus*, quels que soient les scénarios décrits,
- vieillissement de la population médicale et augmentation de la proportion de femmes,
- évolution marquée du poids respectif des différentes disciplines (avec l'effondrement de certaines d'entre elles),

... toutes évolutions qui devraient modifier profondément, à terme, le fonctionnement du système de soins.

Les résultats de ces projections suggèrent un certain nombre de réflexions en matière de politique de santé :

- le poids des décisions passées est très lourd et se fait sentir durablement dans le temps ;
- en partie pour cette raison, il est difficile d'infléchir significativement, par des mesures soudaines, le cours des événements ainsi engagé ; c'est particulièrement vérifié dans le cas de la fixation des *numerus clausus* ;
- ceci rend d'autant plus urgent et essentiel le travail de prévision des évolutions futures ;
- à cet égard, dans le problème qui nous occupe, de bonnes prévisions permettraient de connaître les évolutions à comportement actuel identique, de simuler les effets de diverses ac-

tions correctives possibles, et, connaissant le degré de correction apporté par ces mesures, de mettre en place dès maintenant les actions destinées à pallier les inconvénients auxquels il ne serait pas possible de remédier par ces mesures.

La réduction des inégalités géographiques en matière d'offre de soins

La lutte contre les inégalités constitue un des axes majeurs de toute politique de santé publique : la réduction des différences de densité d'offre représente un élément important de cette action. On a vu dans le premier chapitre combien les disparités étaient grandes en la matière, que ce soit en terme de démographie médicale ou d'équipements hospitaliers, et qu'elles avaient tendance à se cumuler. Une étude entreprise par le Credes[27] a mis en lumière l'ancienneté et la persistance de ces inégalités : lorsque, à 133 ans de distance, on compare la densité de médecins dans les départements français en 1866 et en 1989 (voir les deux cartes ci-dessous), on observe une grande similitude et une quasi-stabilité de l'éventail des densités alors que le nombre de médecins a été multiplié par plus de 10 (15 000 en 1866 ; 169 000 en 1990) et que la médecine et l'exercice du praticien ont été complètement bouleversés durant cette période. Ce rappel historique met en lumière la difficulté de la tâche ; il en renforce également l'importance et l'urgence (figure 11).

Dans une première partie, on exposera les principes et les méthodes de la mesure des disparités régionales. On présentera ensuite les résultats d'études tentant de les mesurer, voire de déterminer les évolutions susceptibles de les réduire.

Position du problème

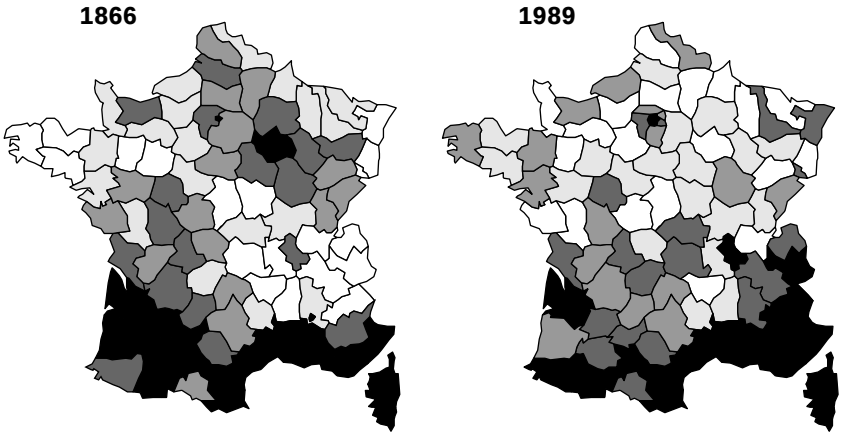
Trois points seront analysés : la définition des critères de répartition égalitaire, la détermination de la zone géographique à prendre en compte, enfin, les moyens permettant de réduire les inégalités constatées.

Quels peuvent être les critères d'une répartition égalitaire en matière d'offre ?

Jusqu'à présent, les indicateurs d'inégalité géographique qui ont été utilisés rapportaient un élément d'offre (nombre de médecins, de lits d'hôpital…) à la population. Tout au plus, retenait-on certaines catégories de la population pour mesurer des densités plus

[27] Tonnellier F. Inégalités géographiques et santé : évolution depuis le XIXe siècle en France, biblio n° 922, Credes, 1992.

Figure 11 **Densité de médecins en 1866 et en 1989**



Source : Cnamts, d'après Credes

spécifiques (les femmes en âge de procréer pour la densité de sages-femmes, les 75 ans et plus pour la densité de lits de long séjour). Cette seule référence populationnelle est insuffisante pour mesurer les inégalités et pour conduire une politique de répartition égalitaire. Aussi, convient-il de définir les critères de distribution égalitaire de l'offre[28].

Les besoins de santé

Un premier critère consiste à répartir l'offre en fonction des besoins de santé de la population concernée. Encore faut-il expliciter les critères et les indicateurs des besoins de santé, notion souvent ambiguë. Les niveaux de besoins peuvent être définis en fonction de différents critères :

- L'âge et le sexe : concernant l'âge, il est nécessaire de déterminer le nombre de tranches d'âge retenu (le programme québécois en retient 20).

[28] Voir sur ce point : L'équité dans l'allocation interrégionale des ressources du champ de la santé physique. Rapport final du comité tripartite. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux ; Conférence des régies régionales et de la santé et des Services sociaux du Québec ; Association des Hôpitaux du Québec, Bibliothèque Nationale du Québec, 1994.

- La mortalité : prend-on la mortalité globale ? Ou la mortalité prématurée (décès survenus avant 65 ans) ? Ou la mortalité évitable ? Ou encore la mortalité évitable en raison de lacunes du système de soins ? Utiliser la mortalité comme indicateur est intéressant car celle-ci résume assez bien les besoins de santé et est facilement disponible. Néanmoins, certains besoins de santé, tels ceux liés à certaines maladies chroniques, sont peu liés à la mortalité.
- La morbidité : a-t-on recours à la morbidité constatée ? À la morbidité ressentie ?
- L'accessibilité effective à l'offre : ce critère tient compte du degré d'urbanisation des zones considérées, des difficultés de communication, voire des aspects culturels (notion de distance sociale) relativisant l'accès à l'offre.

Les déterminants socio-économiques de la santé

Le précédent rapport du Haut Comité de la santé publique a insisté sur l'importance de ces déterminants sur la santé : on sait les liaisons négatives entre pauvreté, chômage, faible niveau culturel et santé. On pourrait concevoir que, dans une perspective rawlsienne (traitant « inégalement » les populations défavorisées), on dote davantage en offre de santé les zones les moins favorisées au niveau socio-économique, y compris pour développer une politique de prévention et d'éducation.

Les performances de l'offre

Si l'on considère deux ensembles géographiques caractérisés par des populations ayant les mêmes « besoins » socio-sanitaires et bénéficiant du même volume d'offre, on conçoit que la zone où l'offre aurait une moindre performance médico-économique (définie comme la capacité de fournir un service à un certain coût) serait défavorisée par rapport à l'autre. Aussi convient-il de prendre en considération les performances.

Quelle zone géographique retenir ?

Les développements des chapitres précédents ont montré l'importance de la question. Plus la zone retenue est vaste, plus les inégalités entre zones s'atténuent, plus également l'identification des besoins s'éloigne des réalités et des acteurs du terrain. D'un autre côté, si l'on souhaite aller vers des décisions d'allocations de ressources tenant compte de ces besoins, il convient que la zone choisie ait une certaine taille et soit pourvue des structures décisionnelles adéquates.

En France, la région a été choisie comme niveau politico-administratif dans la mise en place progressive de la déconcentration, puis de la décentralisation des pouvoirs publics[29]. Ceci pose deux difficultés au niveau de l'analyse des disparités.

La première a trait au caractère non étanche de la région au regard du recours aux soins, ce qui est d'autant plus vrai lorsque les logiques de découpage administratif ne recouvrent pas les pratiques des acteurs : c'est ainsi que Nantes appartient à la région Pays de la Loire, mais une grande partie de la population de la Bretagne-sud va s'y faire soigner. On voit donc l'importance des études d'attractivité sur la définition des besoins régionaux. En France, un système de mesure de cette attractivité des établissements hospitaliers, astucieusement appelé « Pampers », a été mis au point pour calculer, au niveau régional, les « fuites » (activités hospitalières générées par des malades affiliés dans la région et soignés dans une autre) et les « attractions » (activités générées par des malades soignés dans la région, mais affiliés dans une autre). Les services de la Cnamts[30] ont ainsi mesuré le poids de la fuite et de l'attraction par région pour un certain nombre de spécialités[31].

La seconde difficulté concerne la nécessaire liaison entre la définition de la zone géographique d'analyse et le type de besoins auquel on tente de répondre : la bonne unité géographique d'analyse est fonction de la question que l'on se pose.

Cela signifie que pour certains types d'offres de soins (notamment certains dispositifs concernant des populations spécifiques), il convient d'envisager des unités géographiques plus fines que la région.

Comment procéder pour diminuer les inégalités constatées ?

Une fois que l'on a mis en œuvre la méthodologie adéquate permettant de mesurer les inégalités, restent à examiner les moyens

[29] Voir sur cette question G. de Pouvourville *Des défis pour l'hôpital de demain*. *Gestions Hospitalières*, n° 333, 1994 : 108-114.

[30] Les établissements hospitaliers en budget global, aspects régionaux de l'activité pour les disciplines de spécialités coûteuses et de moyen séjour. Cnamts, Dossier Etudes et Statistiques, n° 30, juillet 1995.

[31] C'est ainsi que des calculs ont été effectués pour la médecine (taux de flux interrégionaux : 6,4 %), pour la chirurgie (7,8 %), pour les spécialités coûteuses (11,2 %), pour la psychiatrie (5,0 %), pour le moyen séjour (13,7 %) et pour l'ensemble des disciplines (6,9 %).
À titre d'exemple, pour l'ensemble des disciplines (6,9 %), la région de Montpellier a un taux de fuite de 8,5 % et un taux d'attraction de 14,1 % ; la région de Dijon a un taux de fuite de 10,5 % et un taux d'attraction de 5,2 %.

concrets de réduire celles que l'on a observées, s'il y a volonté politique de s'engager dans cette voie.

On peut par exemple se donner un horizon temporel pour arriver à la répartition équitable des moyens entre régions et moduler pour chacune d'entre elles les taux de croissance annuels l'amenant à cette distribution équitable.

On peut aussi appliquer la répartition équitable des taux à la seule croissance des budgets annuels (et non au budget total, comme précédemment).

Présentation de quelques simulations

On présentera ci-après trois travaux essayant de mesurer les inégalités régionales, en intégrant en partie des critères de besoin. Le premier prend en considération l'ensemble de l'offre de soins, le second, l'offre hospitalière, le troisième, l'offre de médecine ambulatoire.

Mesure des inégalités interrégionales de l'offre de soins

Il s'agit d'une étude publiée en 1992 par Jérôme Frenkiel et Philippe Hecketsweiler[32]. L'objet de l'étude est de mesurer les écarts entre l'offre observée dans chacune des régions françaises et l'offre théorique. Celle-ci se calcule ainsi : pour chaque région, pour chaque offre de soins, on pondère la moyenne nationale observée par un coefficient tenant compte de trois composantes du besoin (relativement à la moyenne française) :

- l'effectif de la population,
- la structure âge/sexe de cette population,
- l'état de santé mesuré par la mortalité relative, ajustée sur l'âge, de la région concernée.

Les calculs correspondants ont été effectués sur les éléments d'offre suivants : les structures de soins ou d'hébergement, les différents types de professionnels de santé, les scanners, les médecins hospitalo-universitaires ; les formations des personnels sanitaires ; enfin, l'offre globale regroupée en secteur public (personnels non libéraux, structures publiques) ou secteur privé (personnels libéraux, structures privées, laboratoires privés d'analyses).

Le tableau 21, qui reproduit l'essentiel des résultats fournis par cette étude, appelle les commentaires suivants :

- les degrés d'inégalité les plus élevés sont observés chez

[32] Frenkiel J., Hecketsweiler Ph., Les inégalités interrégionales de l'offre de soins en France. Solidarité Santé. Etudes Statistiques, n° 4, 1992.

Tableau 21 **Écarts observés (en pourcentage) de divers éléments de l'offre de soins (structures et personnels) par rapport à l'offre théorique (année 1990)**

	Lits court et moyen séjour	Hébergement personnes âgées médicalisé + CLS	Lits psychiatrie	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Infirmiers DE	Chirugiens dentiste	Pharmaciens
Île-de-France	+13,3	–16,5	–24,1	+32,3	+60,7	+36,0	+36,3	+35,4
Champagne-Ardenne	–11,5	+7,8	–20,7	–23,9	–30,9	–3,6	–29,3	–14,0
Picardie	–24,7	–10,8	+5,6	–23,8	–40,9	–31,8	–45,3	–23,9
Haute-Normandie	–17,6	–2,5	–51,2	–27,6	–21,0	–25,3	–38,2	–21,0
Centre	–19,5	+24,4	–4,2	–20,6	–20,4	–21,1	–19,6	–4,9
Basse-Normandie	–5,5	–1,1	–7,5	–17,3	–32,4	–12,4	–40,9	–24,2
Bourgogne	–6,2	+7,5	+7,6	–13,2	–27,3	–13,1	–20,0	–8,4
Nord-Pas-de-Calais	–31,1	–36,8	–27,2	–23,4	–43,3	–27,5	–51,7	–34,7
Lorraine	–2,4	–8,4	–2,6	–20,0	–27,5	–20,3	–25,6	–26,6
Alsace	+8,4	+17,5	–24,7	–12,9	+1,2	–0,3	–3,6	–28,7
Franche-Comté	–12,8	+7,5	+48,5	–8,8	–28,4	–10,9	–22,6	–9,5
Pays de Loire	–11,0	+38,7	–15,2	–11,0	–25,2	–17,0	–15,1	–16,2
Bretagne	–16,6	+31,2	+64,3	–26,5	–24,6	–15,8	–18,9	–30,2
Poitou-Charentes	–21,3	+2,9	+8,4	–3,4	–24,2	–21,8	–11,4	–1,3
Aquitaine	+7,9	–8,9	+34,4	–1,4	+9,8	+2,2	+23,8	+12,3
Midi-Pyrénées	+16,1	+9,7	+66,3	+29,5	+26,7	+25,4	+43,9	+15,9
Limousin	–2,4	+27,4	+38,5	–7,7	–16,6	+3,2	–14,8	+1,4
Rhône-Alpes	+9,5	+39,9	–7,3	+5,3	+1,5	+6,9	+7,9	+11,2
Auvergne	+0,3	+21,6	+24,7	–9,4	–29,6	–12,5	–6,2	–0,9
Languedoc-Roussillon	+31,3	–9,9	+22,7	+20,1	+14,9	+22,0	+36,0	+22,3
PACA	+36,1	–42,2	+0,7	+35,2	+43,7	+19,9	+59,8	+26,3
Corse	28,2	–48,4	+19,8	+4,3	+1,2	–0,4	+12,2	–10,0
Minimum	–31,1	–48,4	–51,2	–27,6	–43,3	–31,8	–51,7	–34,7
Maximum	+36,1	+39,9	+66,3	+35,2	+60,7	+36,0	+59,8	+35,4
Région mini	NPdC	Corse	Haute-N	Haute-N	NPdC	Picardie	NPdC	NPdC
Région Maxi	PACA	Rhône-A.	Midi-P.	PACA	Île-de-F.	Île-de-F.	PACA	Île-de-F.

Source : J. Frenkiel, Ph. Hecketsweiler

les chirurgiens-dentistes, les spécialistes, les lits de psychiatrie, mais ils oscillent le plus souvent entre –30 % et +30 % ou entre –40 % et +40 % ;

- quand on compare les résultats obtenus dans cette étude avec ceux issus des calculs de densité (nombre de personnels de la santé rapportée à la population, cf. p. 107), on observe que l'écart entre la région la mieux dotée et celle la moins dotée est un peu supérieur dans l'étude présente. Ainsi, pour les généralistes, cet écart varie de 1 à 1,8 dans le tableau ci-dessous, contre 1 à 1,5 au tableau 7. Ces mêmes écarts sont respectivement au tableau ci-dessus et au tableau 7 de 1 à 2,8 contre 1 à 2,2 pour les spécialistes, de 1 à 3,3 contre 1 à 1,7 pour les chirurgiens-dentistes ;
- en outre, ainsi qu'on le voit dans le tableau 22 où l'on compare les résultats des deux classements pour les généralistes

et les spécialistes, des différences de classement interviennent dans la position des régions défavorisées alors que l'ordre de rangement des régions favorisées est identique dans les deux études. Ainsi, dans le cas des généralistes, le Nord–Pas-de-Calais qui dans le calcul du Sesi se trouve dans la moyenne (d = 147) se retrouve très mal classé chez Frenkiel et Hecketsweiler (–26,5 %) ; il en va de même pour la Bretagne et la Lorraine. Les différences sont moins nettes dans le cas des spécialistes : on note quand même que le Nord–Pas-de-Calais, mal classé par le calcul du Sesi (d = 105,8), mais plus favorablement que la Picardie (d = 94,8) se retrouve plus mal classé que celle-ci chez Frenkiel et Hecketsweiler.

Au total, la prise en considération plus fine des besoins dans le calcul des disparités met en lumière un plus grand degré d'inégalité et modifie le classement des régions moins favorisées.

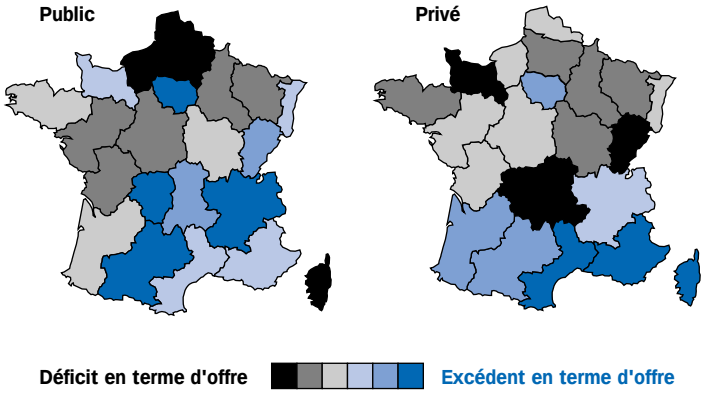
Tableau 22 **Comparaison du classement des régions, au regard des disparités concernant l'offre de médecins généralistes et de spécialistes selon deux études : étude du Sesi*** (critère utilisé : densité) **et celle de Frenkiel**** (critères utilisés : densité, âge, sexe et mortalité)

Médecins généralistes				**Médecins spécialistes**			
Calcul Sesi* moy = 148.4		Étude Frenkiel** moy = 0.0		Calcul Sesi* moy = 146.4		Étude Frenkiel** moy = 0.0	
Défavorisés				*Défavorisés*			
Centre	118,5	Haute-Norm.	–27,6	Picardie	94,8	Nord-PdC	–43,3
Haute-Norm.	118,7	Bretagne	–26,5	Bourgogne	103,6	Picardie	–40,9
Picardie	121,5	Nord-PdC	–23,4	Basse-Norm.	105,8	Basse-Norm.	–32,4
Champ.-Ard.	128,4	Centre	–20,6	Nord-PdC	109,9	Champ.-Ard.	–30,9
Basse-Norm.	128,6	Lorraine	–20,0	Pays de Loire	109,4	Auvergne	–29,6
Bretagne	135,5	Basse-Norm.	–17,3	Auvergne	110,2	Franche-Comté	–28,4
Lorraine	142,8	Bourgogne	–13,2	Champ.-Ard.	111,2	Lorraine	–27,5
Nord-PdC	147,0			Poitou-Char.	111,5	Pays de Loire	–27,2
				Centre	114,0	Bretagne	–24,6
				Franche-Comté	117,8	Poitou-Char.	–24,6
				Lorraine	125,7		
				Aquitaine	143,8		
Favorisés				*Favorisés*			
Limousin	156,9	Languedoc-R.	+20,1	Languedoc-R.	155,4	Alsace	+1,2
Languedoc-R.	166,4	Midi-Pyrénées	+29,5	Alsace	157,7	Aquitaine	+9,8
Midi-Pyrénées	167,3	Île-de-France	+32,3	Midi-Pyrénées	158,4	Languedoc-R.	+14,9
Île-de-France	187,8	PACA	+35,2	PACA	191,9	Midi-Pyrénées	+26,7
PACA	181,1			Île-de-France	206,0	PACA	+43,7
						Île-de-France	+60,7

Source : Sesi (données 1995)
Source : J. Frenkiel, Ph. Hecketsweiler (données 1990)

Une dernière illustration des résultats de l'étude de Frenkiel et Hecketsweiler est résumée dans les deux cartes ci-dessous qui renseignent, pour l'ensemble de l'offre dans le public (figure 12, carte de gauche), et pour l'ensemble de l'offre dans le privé (figure 12, carte de droite) (voir plus haut la définition des éléments analysés) sur les disparités interrégionales observées (régions en excédent et en déficit d'offre).

Figure 12 **Analyse des disparités interrégionales au regard de l'ensemble de l'offre de soins dans le public et dans le privé**



Source : J. Frenkiel, Ph. Hecketsweiler

Les essais de mise au point de nouvelles mesures des disparités interrégionales en matière hospitalière

On a présenté précédemment les taux de fréquentation hospitalière par région. Le Sesi a engagé des réflexions sur l'élaboration de critères plus fins de mesure des disparités.

Une première catégorie d'indicateurs est envisagée, qui s'appuie sur l'offre de soins ou sur la consommation de soins :

- le premier d'entre eux rapporte la fréquentation hospitalière régionale à la fréquentation moyenne nationale (appelée « théorique ») et ceci soit en terme d'entrées, soit en terme de journées. Une illustration en est donnée dans le tableau 23 qui établit, pour le court séjour, le rapport entre le nombre d'entrées réelles dans chaque région et le référent théorique national (les régions dont l'indice est supérieur à 100 ont une fréquentation inférieure à la moyenne) ;
- le second indicateur rapporte la fréquentation hospitalière

Tableau 23 **Mesure des disparités interrégionales par l'indicateur nombre théorique / nombre d'entrées observées dans les établissements de court séjour (hospitalisation complète) en 1991**

	Secteur privé conventionné avec Cram	Secteur public et PSPH	Total
Île-de-France	96,3	97,8	97,3
Champagne-Ardenne	81,1	90,5	87,0
Picardie	184,2	108,9	127,2
Haute-Normandie	106,8	111,6	109,9
Centre	94,6	106,7	102,1
Basse-Normandie	135,1	89,1	101,4
Bourgogne	93,0	95,8	94,8
Nord–Pas-de-Calais	145,4	124,2	130,9
Lorraine	126,1	74,5	87,0
Alsace	202,8	81,5	103,2
Franche- Comté	133,8	87,5	89,6
Pays de Loire	85,4	108,7	99,2
Bretagne	155,5	114,3	126,0
Poitou-Charentes	103,7	97,4	99,5
Aquitaine	71,4	104,1	89,7
Midi-Pyrénées	60,9	96,7	80,2
Limousin	93,3	90,0	91,1
Rhône-Alpes	113,9	91,3	98,2
Auvergne	117,1	110,3	112,6
Languedoc-Roussillon	67,0	108,9	89,3
Provence–Alpes–Côte-d'Azur	75,5	105,4	92,5
Corse	52,2	119,0	82,0
France	100,0	100,0	100,0
Ecarts entre extrêmes	3,9	1,7	1,6

Source : Sesi

par tranche d'âge de chaque région à la fréquentation hospitalière nationale par tranche d'âge ; des essais ont été faits avec 3 tranches d'âge et avec 11 tranches d'âge.

Une deuxième catégorie d'indicateurs (pouvant être combinée avec le second point ci-dessus) introduit la notion de mortalité différentielle régionale. Le calcul du facteur correcteur permettant de tenir compte de cette notion a été effectuée à partir des données de mortalité de l'Inserm. Pour l'année 1991, ce facteur varie de 1,19, en Bretagne, à 0,91 en Poitou-Charentes, ce qui traduit un différentiel de 30 % entre les deux régions.

Les travaux d'élaboration de ces indicateurs se poursuit.

Proposition d'indicateurs permettant de mesurer, voire de réduire les inégalités interrégionales en dépenses de médecine libérale

Cette étude, réalisée par le Credes[33], a deux objectifs : calculer, pour chaque région, le montant théorique optimal de dépenses en médecine libérale qui exclurait toute inégalité interrégionale ; examiner comment l'allocation des ressources au niveau régional pourrait rapprocher la consommation réelle de cette norme théorique.

Pour atteindre le premier objectif, les auteurs reconstituent, pour chaque région, le montant de dépenses théoriques qui permet à la population de cette région de consommer de la même manière que la moyenne nationale en fonction de ses caractéristiques démographiques (sexe et âge) et de ses besoins, ceux-ci étant estimés par l'indice comparatif de mortalité. Les résultats de deux modèles élaborés et qui concernent les seuls spécialistes sont reproduits dans le tableau 24.

Le ratio (répartition effective/répartition optimale) varie de 73 à 142 dans l'hypothèse A (prise en compte seulement de l'âge et du sexe), de 67 à 147 dans l'hypothèse B (prise en compte également de la mortalité). Un déficit relatif (sous dotation) supérieur à 20 % apparaît pour 3 régions : Picardie, Basse-Normandie, Poitou-Charentes, dans l'hypothèse A, pour 5 régions dans l'hypothèse B : Picardie, Haute-Normandie, Basse-Normandie, Bretagne et Nord–Pas-de-Calais. Un excédent relatif (surdotation) supérieur à 10 % apparaît pour 5 régions dans l'hypothèse A : Île-de-France, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, PACA, Corse, pour 6 régions dans l'hypothèse B : Île-de-France, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, PACA et Corse.

La prise en compte de l'indice de mortalité a pour effet d'accroître les inégalités (ainsi, la Picardie, le Nord–Pas-de-Calais et la Bretagne, déjà sous-dotés en raison de leur structure âge/sexe, le sont encore bien plus si l'on ajoute l'influence de la mortalité) et de modifier parfois l'ordre de classement de l'une ou l'autre région (c'est le cas de l'Alsace, surconsommatrice avec le seul critère âge/sexe, sous-consommatrice si l'on ajoute le critère de la mortalité).

Une fois obtenue la mesure de l'écart entre répartition effective et répartition optimale, les auteurs examinent comment pourrait évoluer la répartition effective de dépenses en consultations de spécialistes pour se rapprocher de la répartition optimale, voire

[33] Bournot M.C., Lucas V., Tonnellier F. Propositions d'objectifs régionaux de dépenses de médecine libérale, Credes, Biblio. n° 1099, 1995.

Tableau 24 **Répartition effective et répartition optimale selon deux hypothèses des ressources consacrées aux spécialistes dans les régions françaises**

		Hypothèse A*		Hypothèse B**	
	Répartition effective en %	Répartition optimale en %	Répartition effective/optimale	Répartition optimale en %	Répartition effective/optimale
Île-de-France	21,10	18,51	114,03	17,34	121,69
Champagne-Ardenne	2,18	2,36	92,46	2,41	90,62
Picardie	2,32	3,15	73,81	3,46	67,08
Haute-Normandie	2,45	3,03	81,08	3,10	79,25
Centre	3,67	4,22	86,99	3,94	93,14
Basse-Normandie	1,80	2,46	73,05	2,52	71,30
Bourgogne	2,58	2,88	89,71	2,83	91,19
Nord–Pas-de-Calais	5,60	6,89	81,25	8,20	68,25
Lorraine	3,82	4,03	94,59	4,37	87,37
Alsace	3,05	2,83	107,64	3,19	95,61
Franche-Comté	1,55	1,92	80,80	1,92	80,81
Pays de Loire	4,55	5,38	84,58	5,13	88,70
Bretagne	4,25	4,97	85,47	5,43	78,22
Poitou-Charentes	2,19	2,88	76,32	2,64	82,99
Aquitaine	5,54	5,04	109,91	4,92	112,63
Midi-Pyrénées	5,42	4,39	123,51	4,13	131,18
Limousin	1,12	1,33	83,81	1,33	83,56
Rhône-Alpes	8,56	9,39	91,19	9,07	94,41
Auvergne	2,18	2,38	91,58	2,44	89,33
Languedoc-Roussillon	4,54	3,84	118,40	3,71	122,40
PACA	10,95	7,68	142,46	7,45	147,02
Corse	0,57	0,45	127,26	0,46	124,07
Total	100,00	100,00		100,00	

* Hypothèse A : la répartition optimale tient compte des seuls critères âge et sexe de la population.

** Hypothèse B : la répartition optimale tient compte des critères âge, sexe et indice de mortalité de la population.

Source : Credes

l'atteindre. À cette fin, divers scénarios sont proposés. On présente deux d'entre eux dans le tableau 25. Ces deux scénarios s'appuient sur l'estimation de la consommation optimale obtenue avec les critères âge, sexe et indice de mortalité de la population. On se donne dix ans pour que la répartition effective rejoigne la répartition optimale (scénario 1) ou s'en rapproche (scénario 2) et on calcule les taux de croissance annuels de chacune des enveloppes régionales sur base d'une croissance nationale en volume de + 2 %.

Dans le scénario 1, l'enveloppe nationale est modulée régionalement dans sa totalité, ce qui permet d'atteindre, au bout de dix ans, la répartition optimale. Ceci entraîne, pour certaines

régions, un taux de croissance annuel négatif : PACA, Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, alors que pour d'autres le taux de croissance atteint ou dépasse 6 % : Nord–Pas-de-Calais, Picardie.

Dans le scénario 2, on joue non sur la totalité du budget, mais sur le seul taux de croissance annuel de l'enveloppe nationale. Le taux de croissance de 2 % en volume de l'enveloppe nationale est réparti entre les régions, selon la formule suivante : taux de la

Tableau 25 **Résultats de l'élaboration de deux scénarios permettant de supprimer (scénario 1) ou de réduire (scénario 2) en 10 ans les écarts de ressources consacrées aux spécialistes dans les régions françaises par rapport à la norme optimale (élaborée avec les critères âge, sexe et indice de mortalité de la population)*** Dépenses par habitant en francs 1990

	Situation actuelle (1990)			Situation dans 10 ans						
				Scénario 1 Modulation régionale de l'enveloppe nationale				Scénario 2 Modulation régionale du seul taux de croissance annuel de l'enveloppe nationale		
	CE	CO	CE/CO	CO	TAAM	CE	CE/CO	TAAM	CE	CE/CO
Île-de-France	595	489	1,22	596	0,02	596	1,0	1,64	701	1,18
Poitou-Charentes	413	498	0,83	607	3,92	607	1,0	2,41	525	0,86
Centre	465	500	0,93	609	2,73	609	1,0	2,15	575	0,94
Pays-de-Loire	447	504	0,89	615	3,23	615	1,0	2,25	559	0,91
Rhône-Alpes	481	509	0,94	621	2,59	621	1,0	2,12	593	0,96
Midi-Pyrénées	671	511	1,31	623	–0,73	623	1,0	1,52	781	1,25
PACA	773	526	1,47	641	–1,86	641	1,0	1,36	885	1,38
Franche-Comté	426	527	0,81	643	4,20	643	1,0	2,48	544	0,85
Languedoc-Roussillon	646	527	1,22	643	–0,04	643	1,0	1,63	759	1,18
Bourgogne	483	529	0,91	645	2,95	645	1,0	2,19	600	0,93
Aquitaine	596	529	1,13	645	0,79	645	1,0	1,78	711	1,10
Haute-Normandie	425	536	0,79	654	4,40	654	1,0	2,52	545	0,83
Champagne-Ardenne	487	537	0,91	655	3,01	655	1,0	2,21	605	0,92
Basse-Normandie	388	544	0,71	663	5,51	663	1,0	2,81	511	0,77
Corse	687	554	1,24	675	–0,18	675	1,0	1,61	807	1,19
Auvergne	495	555	0,89	676	3,16	676	1,0	2,24	618	0,91
Limousin	464	555	0,84	677	3,85	677	1,0	2,39	588	0,87
Lorraine	498	570	0,87	694	3,39	694	1,0	2,29	624	0,90
Picardie	386	575	0,67	701	6,16	701	1,0	2,98	517	0,74
Bretagne	457	585	0,78	713	4,54	713	1,0	2,56	589	0,83
Alsace	564	590	0,96	719	2,46	719	1,0	2,09	694	0,96
Nord–Pas-de-Calais	424	622	0,68	758	5,97	758	1,0	2,93	567	0,75

CE : consommation effective
CO : consommation optimale
CE/CO : rapport consommation effective sur consommation optimale
TAAM : taux d'accroissement annuel moyen en pourcentage

* En tenant compte d'un taux de croissance annuel de l'enveloppe nationale de 2 % en volume, de 3,4 % en valeur.

Source : Credes

région i = taux national x consommation optimale actuelle/consommation effective actuelle de la région i (ainsi, pour le Nord–Pas-de-Calais : 2,93 % = 2 % x 622,39/424,76). Le fait de ne moduler que le taux de croissance réduit d'autant la marge de manœuvre pour corriger les inégalités régionales. La répartition optimale n'est pas atteinte au bout de dix ans, même si les écarts les plus importants par rapport à la norme théorique passent d'un intervalle de [–30 %, +50 %] en début de période à [–20 %, + 40 %] en fin de période. Les taux de croissance ainsi obtenus sont, cette fois, toujours positifs et oscillent entre +2,98 % (Picardie) et +1,36 % (PACA). À titre d'exemple, la Picardie, qui part d'une consommation effective de 386,07, parvient, après dix ans, à une consommation de 517,92 (+34 %) ; à l'opposé, la région PACA, qui part d'une croissance effective de 773,61, arrive à une consommation de 885,53 (+14 %), supérieure de 71 % à celle de la Picardie alors que, dix ans auparavant, elle la dépassait de 100 %.

Naturellement, il ne s'agit là que d'une simulation et les auteurs insistent bien sur le caractère théorique de l'exercice, notamment sur les hypothèses fortes qui sous-tendent le calcul de la répartition optimale. Néanmoins, cette tentative permet, d'une part, de mieux apprécier le degré d'inégalité dans le recours à l'offre de soins et, d'autre part, d'identifier les évolutions qui permettraient à terme d'y remédier.

Les perspectives ouvertes par les ordonnances

Étant donné que la troisième partie de ce rapport est consacrée à l'analyse de quelques problèmes clef du fonctionnement du système de santé, et donc à des questions qui concernent l'offre de soins, on se contentera, dans ce troisième chapitre, de présenter les grandes lignes des textes législatifs de février et avril 1996 en insistant sur les aspects relatifs à l'offre de soins et en signalant au passage l'un ou l'autre point émergeant des analyses effectuées dans les deux chapitres précédents. Les aspects relevant davantage de la politique de santé publique et qui ont trait à l'offre ou l'utilisation des ressources seront abordés dans la troisième partie.

Dans un premier point, on rappellera les grands traits de la réforme, en particulier ceux qui concernent l'offre. On insistera en-

suite sur la nécessaire adaptation de l'offre aux besoins de la population. Les parties du texte notées en italique relèvent de commentaires ou de propositions.

Présentation des grandes lignes des ordonnances en lien avec les questions d'offre et de répartition des ressources

La loi constitutionnelle adoptée le 19 février 1996, le projet de loi organique et les trois ordonnances prises le 24 avril 1996 sur l'organisation de la sécurité sociale, la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et la réforme de l'hospitalisation publique et privée instaurent **une nouvelle architecture dans l'organisation de l'offre de soins**.

La conférence nationale et les conférences régionales de santé sont chargées désormais d'analyser les besoins de santé de la population et de déterminer des priorités de santé publique tant au niveau national que régional.

Les ordonnances insistent fortement sur cette notion de besoins. Sans doute est-il nécessaire qu'une réflexion nationale, relayée au niveau régional, s'engage sur le concept de besoins et, surtout sur les indicateurs permettant de les mesurer. Enfin, il importe de mettre sur pied le système d'information fournissant les données idoines sur l'état des besoins. Pourrait être mis rapidement en œuvre un certain nombre d'indicateurs clef, de « clignotants » susceptibles de constituer un premier tableau de bord en la matière.

Sur la base des travaux de la conférence nationale de santé, le Parlement fixe, dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie, ce qui permet un **encadrement *a priori* de l'offre globale de soins**.

L'instauration de ce nouveau processus apparaît particulièrement bienvenue dans une perspective de santé publique : d'abord, parce que la santé, entendue dans sa conception large, relève d'une vision politique ; ensuite parce que c'est au monde politique de déterminer l'ampleur des financements, en particulier collectifs, qui doivent aller au système de soins, qui n'est qu'un des déterminants de la santé ; enfin, parce que le vote par le Parlement s'inscrit dans un processus de réflexion où les acteurs de terrain, tant au niveau régional que national, sont invités à s'exprimer et à contribuer à la définition d'une politique de santé publique.

Ce vote par le parlement donne une plus grande légitimité à toute la politique de restructuration de l'offre.

Cet objectif d'évolution des dépenses est ensuite décliné entre le secteur hospitalier et la médecine ambulatoire.

Concernant le secteur hospitalier, sont déterminés un taux d'évolution national des dépenses hospitalières et, dans un accord spécifique avec l'assurance maladie et les fédérations de cliniques privées, un objectif quantifié national. Ensuite, chaque région se verra attribuer une dotation globale pour les établissements publics et privés participant au secteur public, et un objectif quantifié pour les cliniques privées. Ce mécanisme pourrait réduire les inégalités interrégionales de l'offre hospitalière et ainsi mieux répondre aux besoins de la population.

Concernant la médecine de ville, l'objectif d'évolution des dépenses remboursables est repris dans des avenants annuels aux conventions pluriannuelles conclues entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale. Sur cette base, les caisses nationales de sécurité sociale négocient alors, comme par le passé, la répartition de cet objectif d'évolution entre les différentes activités de soins de ville.

Cette fixation en cascade d'objectifs d'évolution de dépenses de soins vise donc à déterminer globalement l'offre de soins en fonction des besoins de santé de la population et des priorités de santé publique, puis à décliner cette offre par secteur d'activité, et, en ce qui concerne le secteur hospitalier, à fixer également les mécanismes de répartition des ressources entre les régions.

La régionalisation des enveloppes apparaît tout à fait positive car elle rend possible la réduction des inégalités entre régions (inégalités dont on a vu la grande importance et, surtout, la persistance au cours du temps), et qu'elle devrait favoriser le renforcement d'une politique régionale de santé, au plus près des réalités.

Cependant, on peut regretter fortement le partage effectué au niveau régional entre les aspects relevant de l'hospitalisation et ceux relevant de l'ambulatoire. On a souligné la forte liaison entre les différents éléments de l'offre. Sans doute eût-il été plus pertinent et plus fécond de créer une agence régionale ***de la santé****, ce qui eût inclus d'emblée les préoccupations de prévention.*

Concernant la construction d'indicateurs permettant de mesurer les disparités en fonction des besoins, on a vu la difficulté de la tâche. Si l'on prend conscience de l'importance politique et stratégique de cette tâche, on ne peut que souhaiter que soit augmenté le nombre d'experts pouvant conduire des travaux méthodologiquement assurés en ce domaine (qu'est-ce que cela par rapport au budget engagé dans la santé, 782 milliards de Francs, et par rapport aux 1,6 million d'emplois concernés ?!).

Ordonnance relative à l'organisation de la sécurité sociale

L'objectif est de réformer l'organisation de la sécurité sociale afin de relever les défis économiques, sociaux et sanitaires.

Il est prévu des « conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale ». Dans la branche maladie, ces conventions « fixent l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville, déterminé en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement ». Elles comportent également « les orientations pluriannuelles de l'action du gouvernement dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale et du médicament ». Cette disposition vise donc notamment à **mieux adapter l'offre de soins** et la répartition des ressources aux orientations définies par le gouvernement.

Les conventions d'objectifs et de gestion sont mises en œuvre au plan local grâce à des contrats pluriannuels passés entre les caisses nationales et les caisses locales, hormis dans le régime agricole ; on peut légitimement en attendre à terme des effets en matière de répartition des ressources et de l'offre de soins.

Les unions régionales des caisses d'assurance maladie définissent dans leur ressort territorial une politique commune de gestion du risque, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale et des conventions d'objectifs et de gestion, notamment dans le domaine des soins de ville. Elles mènent avec les unions de médecins exerçant à titre libéral des études, notamment en matière d'évaluation des besoins médicaux, d'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles et d'organisation et de régulation du système de santé.

L'ordonnance relative à l'organisation de la sécurité sociale vise notamment à mettre en place au niveau des organismes d'assurance maladie des dispositions permettant de mieux adapter l'offre de soins et la répartition des ressources — tant au niveau national que local — aux besoins de santé et aux orientations définies par le gouvernement.

Ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

L'objectif est de sauvegarder les principes de la sécurité sociale et d'assurer l'accès de tous à des soins de qualité.

La conférence nationale de santé et les conférences régionales de santé permettent désormais tant au niveau national que régional d'analyser les besoins de santé de la population et de déterminer des priorités de santé publique. À partir de cette connaissance, il convient ensuite d'adapter l'offre de soins aux besoins de santé de la population.

Les outils de la maîtrise médicalisée (codage des actes, des prestations et des pathologies, carnet de santé, références professionnelles opposables…) devraient permettre d'améliorer la qualité des soins en supprimant les actes inutiles ou dangereux, en améliorant **l'organisation des soins**.

L'avis donné par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé avant inscription sur la liste des actes, prestations ou fournitures admis au remboursement, ainsi que, pour le médicament, l'établissement d'une autre liste précisant les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à prise en charge ou remboursement, procèdent de cette même logique d'amélioration de la qualité des soins.

La réforme de la formation continue devrait permettre au corps médical de mieux prendre en compte l'évolution rapide des connaissances et des techniques médicales et, ainsi, améliorer la qualité des soins.

L'adaptation quantitative de l'offre devrait être assurée par une meilleure régulation des flux de formation des médecins, par une réorientation des praticiens vers d'autres modes d'exercice ou encore par de nouvelles formes d'organisation des soins (filières et réseaux expérimentaux).

Les orientations financières relèvent désormais du Parlement, qui fixe l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie ; l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville en découle, ce qui permet ensuite de fixer, dans l'annexe à la convention médicale, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales mais aussi les tarifs des honoraires et une provision éventuelle pour revalorisation des honoraires (en cas de non-dépassement de l'objectif). Ainsi, ce mécanisme de fixation en cascade d'objectifs d'évolution des dépenses permet de déterminer *a priori* les dépenses acceptées pour un secteur donné à partir de l'analyse des besoins et non plus de constater *a posteriori* les dépenses réalisées.

Cette ordonnance vise à fixer des objectifs sectoriels d'évolution des dépenses. L'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population passe notamment par les mécanismes de maîtrise médicalisée qui visent à améliorer la qualité des soins.

En fait, un des grands objectifs de cette ordonnance est de répondre, par une offre toujours mieux adaptée, aux besoins de santé, ***dans le respect*** *des quatre grands principes de la* ***médecine libérale*** *: liberté de prescription, d'installation, du choix du médecin, paiement à l'acte.*

Néanmoins, si, effectivement, ces principes ne sont pas remis en cause directement, ils sont modulés par l'ordonnance, et leurs dérives, sanctionnées. Ainsi, la liberté de prescription est encadrée par le concept de « juste soin » et par les divers outils mis en place (RMO notamment). Le paiement à l'acte peut être modulé dans le cadre d'expériences de filières et de réseaux.

Le carnet de santé a, parmi ses objectifs, d'éviter le nomadisme médical, ce qui restreint quelque peu la liberté de consultation du patient. Si la liberté d'installation reste entière, on peut penser que la détermination d'enveloppes budgétaires, le contrôle plus strict des pratiques, la mise en place de filières de soins sont de nature à modifier les conditions d'installation.

Ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

L'objectif est d'assurer l'accès de tous les malades à des soins hospitaliers de bonne qualité et de sécurité dans le respect des objectifs de dépenses remboursables fixés par le Parlement.

Les agences régionales de l'hospitalisation mettent en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers (autorisations, retraits d'autorisation, modifications de l'autorisation, limites des secteurs sanitaires, schéma régional d'organisation sanitaire...) ; ce sont également ces agences qui fixent les orientations en matière d'allocation de ressources aux établissements de santé.

Le contrat d'objectifs et de moyens désormais passé entre chaque établissement de santé et l'agence régionale de l'hospitalisation compétente doit notamment permettre à l'établissement de mieux répondre aux besoins de la population.

Afin d'améliorer la qualité des soins, une procédure d'accréditation est mise en place pour tous les établissements de santé ; elle s'appuie sur l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé qui est par ailleurs chargée de l'évaluation en santé concernant à la fois la ville et l'hôpital. Le fait que l'agence régionale soit destinataire du rapport d'accréditation doit permettre de faire le lien entre maîtrise des dépenses et amélioration de la qualité.

Par ailleurs, afin de renforcer la participation des établissements de santé à une réponse globale aux besoins de la population, les coopérations entre établissements de santé publics ou privés sont rendues obligatoires dans les trois ans à venir ; les établissements de santé sont incités à créer des réseaux de soins avec les professionnels de santé libéraux.

L'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée en unifiant les lieux de décision en matière d'organisation

de l'offre de soins et d'allocation de ressources, en favorisant l'ouverture des établissements sur leur environnement, en améliorant la qualité des soins (notamment par l'instauration de la procédure d'accréditation), devrait permettre au secteur hospitalier de mieux répondre aux besoins de la population.

Globalement, les trois ordonnances (organisation de la sécurité sociale, maîtrise médicalisée, réforme de l'hospitalisation publique et privée) forment un ensemble cohérent visant notamment à mieux adapter l'offre de soins (amélioration de la répartition de l'offre de soins et des ressources, délimitation de l'offre à ce qui est efficace et utile) aux besoins de la population pour permettre d'allier qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé. Leur mise en œuvre nécessite toutefois la collaboration des différents acteurs du domaine de la santé, qu'il s'agisse des institutionnels, des professionnels de santé et surtout des patients.

Retour sur quelques éléments traitant de la nécessaire adaptation de l'offre aux besoins de la population

La réforme actuelle de la protection sociale vise notamment à mieux adapter l'offre de soins aux besoins de santé de la population tant en termes quantitatifs, que qualitatifs ou organisationnels.

En préambule, il faut indiquer qu'il est nécessaire de repenser les outils de description de l'offre de soins, conçus pour certains, il y a une trentaine d'années et inadaptés du fait de l'évolution technique. C'est ainsi que la frontière entre la médecine et la chirurgie a volé en éclats avec l'apparition de l'endoscopie interventionnelle. L'hospitalisation en gastro-entérologie pour ablation de polypes est classée en médecine, alors que la même intervention sur la vessie pratiquée, elle, par les urologues est de ce fait considérée comme de la chirurgie. La neuroradiologie interventionnelle pose elle aussi des problèmes non résolus : les radiologues n'ayant pas, jusqu'à présent, de lits pour hospitaliser leurs patients, ceux-ci sont répartis, selon les situations locales, en neurologie (médecine) ou en neuroradiologie (soumise à un indice particulier).

En fait, la logique qui conduit à distinguer les disciplines est essentiellement calquée sur des considérations liées à la formation médicale et ne cherche pas à se rapprocher de la définition des besoins. Deux exemples parmi d'autres : la prise en charge de la naissance concerne à la fois la mère et l'enfant, or l'offre n'est appréhendée qu'au travers des lits d'obstétrique. Les pathologies coronariennes peuvent nécessiter au cours d'un même épisode aigu, un service d'accueil des urgences, une unité de soins intensifs cardiologiques (médecine), un plateau technique d'imagerie disposant d'une angiographie numérisée et de la chirurgie cardiaque sous CEC. Ces

quatre éléments d'une même filière sont comptabilisés séparément et relèvent de schémas d'organisation différents (certains relevant de la responsabilité régionale, d'autres dépendant du ministre). Ce morcellement ne permet pas de porter un jugement sur le degré réel d'adaptation de l'offre, qu'en l'espèce, les données de morbidité (permettant d'identifier les besoins) soient disponibles.

Outre ce problème de définition des différentes catégories de disciplines se pose également la question de la pertinence de la notion de lit comme élément de base. En chirurgie, le développement des procédures ambulatoires, la variabilité des durées de séjour selon les interventions et la gravité du cas font que le nombre de lits n'a plus beaucoup de sens pour estimer la capacité d'un établissement à prendre en charge les patients. La salle d'opération serait probablement une unité plus utile. La même remarque peut être faite pour l'obstétrique où le nombre de salles d'accouchement mesure plus fidèlement l'offre.

Enfin, il faut souligner la nécessité de mieux cibler la population à laquelle on s'adresse. Pour la capacité de prise en charge en obstétrique, sans doute vaut-il mieux la rapporter au nombre de femmes en âge de procréer plutôt qu'à la population générale comme c'est le cas actuellement.

C'est à ce prix que les outils de description de l'offre pourront garder leur utilité dans la comparaison interrégionale et pourront, le cas échéant, fournir la base d'un contingentement raisonné.

Une adaptation quantitative de l'offre

Elle sera réalisée dans le cadre des établissements hospitaliers par les agences régionales de l'hospitalisation. Pour ce qui est de la démographie libérale, deux mesures sont prévues.

Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale

La forte augmentation des effectifs médicaux s'est effectuée sans véritable analyse des besoins en terme de spécialités ou de secteurs d'activité. La situation globale de sureffectifs médicaux cache en fait de fortes inégalités voire, en certains cas, des pénuries. Ainsi, d'importantes disparités départementales et régionales existent dans le secteur libéral tant en ce qui concerne les généralistes que les spécialistes ; une pléthore de médecins libéraux coïncide avec une pénurie de médecins hospitaliers dans certaines disciplines (on manque par exemple de radiologues dans les hôpitaux) ; certaines disciplines sont globalement déficitaires (manque d'anesthésistes-réanimateurs et de gynécologues-obstétriciens).

Le fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale devrait donc permettre par le versement de primes modulées en fonction de critères d'âge, d'activité ou d'implantation géographique, de faciliter l'orientation, la réorientation, la reconversion ou la cessation anticipée d'activité des médecins exerçant à titre libéral.

On peut se poser la question de l'efficacité de ce fonds, si l'on n'aborde pas en vérité la différence de rémunération entre les différents secteurs d'exercice public, privé mais aussi à l'intérieur des secteurs relevant de l'État. On tente de décloisonner le secteur hospitalier, ne pourrait-on pas envisager une gestion des médecins moins sectorielle ? On peut espérer que l'expérimentation de filières et réseaux autorisant le financement d'un temps de santé publique préventif, d'un temps médico-social prenant en charge la dépendance, permettra à terme un décloisonnement financier de l'exercice médical.

Incitation à la cessation anticipée d'activité

La surdensité médicale globale a par ailleurs amené à élargir le mécanisme de préretraite des médecins en abaissant l'âge minimal d'accès et en accroissant son attractivité financière.

Dans les éléments de prévision concernant la démographie médicale, on a montré l'impact, sur cette dernière, d'un abaissement de l'âge de la retraite. Encore faut-il que le mouvement ait une certaine ampleur.

Plus globalement, à propos de la liberté d'installation et des problèmes de régulation de la démographie médicale, on peut s'étonner de la timidité des mesures d'incitation en faveur d'une répartition plus harmonieuse des médecins au niveau géographique (des règles de ce type existent bien pour les pharmaciens d'officine sans que ceci remette en cause le caractère libéral de l'installation) ainsi qu'en faveur d'un redéploiement vers des missions de santé publique ou vers l'hôpital (on sait qu'en 1993, le montant des dépenses déclenchées en moyenne était de 2,33 millions de francs pour un médecin généraliste, et de 1,38 million de Francs pour un spécialiste, source : Cnamts).

Une adaptation qualitative de l'offre

Formation initiale des médecins généralistes

L'instauration d'un stage de six mois en cabinet médical dans le cursus de la formation initiale du médecin généraliste devrait permettre au jeune diplômé d'être opérationnel plus rapidement.

Compte tenu des prévisions de la démographie médicale et du poids à accorder à la santé publique, sans doute faut-il revoir le *numerus clausus* et le partage des postes mis au concours d'internat.

Formation médicale continue

L'obligation de formation médicale continue pour tous les médecins exerçant à titre libéral devrait permettre une élévation du niveau des connaissances et des techniques dans un domaine en constante évolution et devrait participer à l'amélioration de la qualité des soins.

Références professionnelles opposables

Jusqu'à présent, les références opposables étaient limitées à quelques professions et effectivement mises en place pour les seuls médecins exerçant à titre libéral. Elles peuvent désormais être étendues, outre aux chirurgiens-dentistes et sages-femmes, à l'ensemble des auxiliaires médicaux. De plus, elles sont également mises en œuvre dans les consultations externes des établissements de santé publics ou privés participant au service public hospitalier. Elles visent à interdire les soins ou médicaments médicalement inutiles ou dangereux.

Par souci de rigueur scientifique, elles sont élaborées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, et, pour le domaine du médicament, par l'Agence du médicament. Par ailleurs, des recommandations de bonne pratique accompagnent systématiquement les thèmes des références opposables : elles définissent le champ de l'optimum de pratique et doivent donc permettre une amélioration de la qualité des soins. La diffusion à l'ensemble des professionnels concernés devrait permettre de maximiser l'impact auprès des professionnels.

D'autre part, l'obligation d'actualisation des références, en fonction des données de la science, participe aussi à cette volonté d'amélioration continue de la qualité des soins.

On peut s'étonner que l'extension des RMO à l'hôpital ne soit pas totale. Les RMO sont applicables aux médecins exerçant en clinique privée. L'extension à l'hospitalisation publique rencontre deux problèmes, le type de sanction à appliquer compte tenu du mode de rémunération des médecins à l'hôpital et le fait que le malade a affaire à une équipe soignante plutôt qu'à un médecin. Cette absence de parallélisme peut poser problème d'autant que le PMSI sera, semble-t-il, étendu aux cliniques privées. L'accréditation des activités et des services peut répondre pour partie au problème posé.

Admission au remboursement des actes, prestations, fournitures, et prescriptions

L'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée prévoit que la prise en charge par l'assurance maladie de tout acte, prestation ou fourniture, à l'exception des médicaments, est subordonnée à leur inscription sur une liste établie après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Il est à prévoir que l'agence devra d'abord se prononcer sur les aspects d'efficacité et d'utilité des actes, prestations ou fournitures avec un souci de qualité et de sécurité des soins.

Derrière ces dispositions est posée la question de la ***réforme de la nomenclature****.*

Celle-ci est abordée indirectement par l'article 16 qui confie à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé le rôle d'émettre un avis sur la liste des actes, prestations et fournitures admis au remboursement. Cette disposition législative permet de mieux identifier la phase scientifique initiale dans la procédure de nomenclature et ouvre la voie à la réforme de nature réglementaire de cette procédure.

La nomenclature actuelle des actes médicaux (NGAP) qui liste l'ensemble des actes soumis au paiement à l'acte et précise leur cotation, a été créée en 1945 ; Depuis sa dernière refonte en 1972, elle n'a fait l'objet d'aucune révision globale et synchrone de la hiérarchie des actes. La première conséquence est qu'en raison de la baisse du pouvoir d'achat des lettres-clés dites techniques — Z, K et la plus récente, KC —, les actes ayant les cotations les plus anciennes sont sous-cotés par rapport aux actes révisés ou nouvellement introduits dans la nomenclature. La deuxième conséquence est qu'un déséquilibre de la nomenclature a induit un déséquilibre de la démographie médicale en incitant les étudiants à privilégier les spécialités rémunératrices. Déséquilibres entre les spécialités, entre le public et le privé. Par exemple pénurie de radiologues et d'anesthésistes à l'hôpital, excès dans le privé. Cela n'est pas étranger (entre autres raisons) à la répartition de l'activité hospitalière entre public et privé : prédominance de la chirurgie orthopédique froide dans le privé, mais aussi présence de quelques spécialités médicales à fort coefficient technique : cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, radiologie interventionnelle, etc. Les actes invasifs rémunérateurs y sont fréquents, parfois excessifs, voire dangereux (risque d'hépatite C). D'où le rôle assigné à l'Anaes…

Une réforme de la nomenclature doit notamment avoir pour objectif de définir une hiérarchisation des actes qui soit neutre. L'avis de

l'Anaes doit notamment inciter les médecins à choisir les thérapeutiques les plus adaptées et pas forcément les plus rémunératrices.

Plus globalement, si la nomenclature doit refléter de façon correcte ***l'état actuel*** *de l'activité médicale, elle doit aussi avoir pour objectif d'orienter la pratique médicale dans le cadre d'une politique de santé.*

Limitation du remboursement des médicaments aux seules indications médicalement utiles

Concernant les médicaments, il est prévu que la liste des médicaments pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie précise les seules indications thérapeutiques concernées. Cette disposition permettra de ne pas rembourser les médicaments sur toutes les indications retenues par l'autorisation de mise sur le marché ; ceci nécessitera notamment une analyse du « service médical rendu » par indication.

Une adaptation organisationnelle de l'offre

Elle concerne essentiellement la « continuité des soins » et la « coordination des soins ».

Le carnet de santé et le « volet médical » de la carte de santé

Le constat d'une pratique médicale de plus en plus technique et parcellisée a conduit à envisager l'introduction dans le système de soins de mécanismes organisationnels permettant une meilleure continuité et une meilleure coordination des soins.

Le « carnet de santé » institué par l'ordonnance sur la maîtrise médicalisée a pour objectif de favoriser la continuité des soins. Il se substitue au « dossier de suivi médical » et au « carnet médical » précédemment en place. Ces dispositions prévoyaient qu'un médecin était chargé de la tenue du dossier de suivi médical et recevait des autres praticiens les informations nécessaires au suivi du patient. Toutefois, ce dispositif était limité pendant la période expérimentale aux personnes âgées de plus de 70 ans et présentant au moins deux affections nécessitant des soins continus.

Au contraire, le carnet de santé, instauré par les ordonnances d'avril 1996, est d'emblée généralisé à tous les bénéficiaires de l'assurance maladie. À terme, il est prévu qu'il soit porté sur le « volet médical » de la « carte électronique individuelle inter-régimes » qui sera délivrée à tout bénéficiaire de l'assurance maladie. Sur ce volet médical, devraient figurer les constatations perti-

nentes nécessaires à la continuité mais aussi à la coordination des soins ; les informations qui seront introduites dans ce « volet médical » pourraient être plus larges que celles du carnet de santé sur support papier. Le fait que certaines catégories d'informations du volet médical puissent être rendues accessibles, sous certaines réserves, à d'autres professionnels de santé que les médecins, va également dans le sens d'une meilleure coordination des soins, sans toutefois qu'il y ait explicitement de coordinateur désigné. Au titre de la continuité des soins, il convient également de rappeler les obligations déontologiques d'information réciproque entre médecins qui préexistaient aux ordonnances.

On remarquera que le « dossier de suivi médical », beaucoup plus ambitieux que le carnet de santé a disparu des ordonnances. On peut le regretter.

En revanche, on note avec intérêt que le carnet de santé peut être le support d'actions de santé publique (vaccinations, dépistages, coordination médico-sociale...).

Les expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins

L'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a prévu pendant une période de cinq ans que des actions soient menées dans le domaine médical ou médico-social en vue d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.

Le premier dispositif envisagé est celui de **filières de soins** organisées à partir des médecins généralistes. Ceux-ci seraient chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins. Le suivi médical nécessiterait que ces médecins soient notamment rendus destinataires des informations nécessaires à ce suivi. L'accès des patients au système de soins par l'intermédiaire du médecin généraliste peut être conçu de façon plus ou moins contraignante, mais ceci nécessitera, en tout état de cause, l'accord du bénéficiaire.

Le second dispositif prévu est celui des **réseaux de soins expérimentaux**. Ils ont pour objet la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques. Les réseaux peuvent être développés entre professionnels de santé libéraux mais aussi avec des institutions médico-sociales et, notamment, les services de soins infirmiers à domicile et les établissements de santé.

L'ordonnance prévoit également que peuvent être expérimentés **tous autres dispositifs** dans la mesure où ils ont pour objectifs

l'organisation d'un accès plus rationnel au système de soins et une meilleure coordination des soins.

Quels que soient les systèmes expérimentés, des dérogations peuvent être apportées notamment en matière de tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires, de paiement direct des médecins, de participation de l'assuré et de frais couverts par l'assurance maladie.

Les systèmes expérimentaux d'organisation des soins et notamment les filières et réseaux peuvent donc être très variables dans leur organisation. Leur évaluation est fondamentale afin d'en tirer les enseignements en vue de mise en place éventuelle de tels systèmes dans un cadre plus durable.

On peut mettre beaucoup d'espoir dans l'expérimentation de ces nouveaux modes d'organisation des soins. Ces derniers apparaissent tout à fait adaptés à certains modes de prise en charge : maladies chroniques, dépendance ; ils suscitent le décloisonnement entre disciplines, entre secteurs ; ils favorisent la réflexion et l'invention. Enfin, ils appellent l'évaluation.

Sans doute faut-il mettre l'accent sur l'accompagnement méthodologique nécessaire dont doivent bénéficier ces expérimentations si l'on veut que des évaluations rigoureuses puissent en être faites.

On peut noter que l'intercommission 6 de l'Inserm lance un appel d'offres sur le thème des filières de soins.

L'accréditation des établissements de santé publics et privés

L'accréditation est une procédure externe d'évaluation de l'établissement de santé. Elle vise à assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle se consacre aux conditions médicales et techniques de fonctionnement de l'hôpital mais aussi aux aspects organisationnels de la structure. Dans un délai de cinq ans, tous les établissements de santé, publics et privés, devront être entrés dans cette procédure.

L'accréditation, telle qu'elle est envisagée en France, vise, à partir d'indicateurs et référentiels élaborés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et d'une procédure d'accréditation standardisée, à mesurer au sein de l'établissement le niveau de réalisation de chacun de ces référentiels. Ensuite, un rapport d'accréditation, rédigé par l'équipe de visite, est présenté au collège de l'accréditation (organe interne de l'Anaes) qui accrédite l'établissement. Les recommandations introduites dans le rapport d'accréditation par l'équipe de visite doivent per-

mettre à l'établissement de connaître les modifications à apporter en ce qui concerne les aspects médicaux mais aussi organisationnels de l'établissement pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Cette accréditation « à la française » est encore mal définie pour beaucoup. Dans chaque discipline, qui va déterminer les critères ? Quel sera le rôle des sociétés savantes, des experts (et lesquels) ? Quel sera le statut exact de l'accréditation ? Quelles en seront les sanctions ?

Conclusion

Au terme de ce parcours rapide consacré à la description des grandes caractéristiques de l'offre de soins et de la répartition des ressources dans le système de santé français, un certain nombre de constats et de réflexions se font jour, ouvrant sur quelques préconisations.

● Même si l'on a introduit cette partie en insistant sur la notion d'offre en matière de **santé** (et non pas seulement de **soins**), même si des incursions ont été faites dans le domaine de la prise en charge du médico-social ou vers des questions débordant la question des soins, l'essentiel des développements qui précèdent a concerné l'**offre de soins**. Il convient néanmoins de garder en perspective la préoccupation de l'**offre de santé**.

● La répartition actuelle des ressources consacrées à la santé et l'état présent de l'offre de santé sont le **résultat** de la façon dont le système de santé français s'est constitué. Ils sont le fruit de tout un ensemble de conceptions culturelles, de règles juridiques et institutionnelles, de pratiques et comportements. On citera les éléments les plus importants qui ont structuré le système : la conception de la santé adoptée (le rapport du HCSP de 1994 parlait d'une conception pasteurienne et biomédicale de la santé) ; l'insistance sur le curatif ; la politique de formation des médecins (cursus de formation ; application d'un *numerus clausus*, nombre de places offertes au concours d'internat, répartition des postes d'internes par discipline) ; les règles de tarification et de financement édictées (différences dans la tarification hospitalière entre le public et le privé ; insuffisante évolution de la nomenclature ;

paiement à l'acte) ; les procédures d'autorisation concernant les établissements hospitaliers et les équipements lourds ; les règles présidant au fonctionnement de l'exercice libéral (liberté d'installation et liberté de choix du médecin par le malade, notamment) ; le comportement des médecins libéraux pour ce qui est du lieu de leur installation.

Si donc l'ensemble du système est le fruit de tous ces éléments conjugués et en interaction, si donc il constitue une **culture**, au sens sociologique du terme, on comprend qu'il soit difficile de le faire évoluer, si apparaissait la nécessité de transformations.

● Or, cette nécessité apparaît, soulignée et argumentée par les rapports d'experts ou de commissions, rendue plus urgente au fur et à mesure que le temps s'écoule et que les dysfonctionnements s'amplifient. Non pas que le bilan offert par le système ne soit pas positif. Le parcours effectué dans cette partie a notamment mis en lumière : l'ampleur des financements disponibles ; l'abondance, la qualité et la diversité des personnels, des établissements et des équipements dont on bénéficie ; des évolutions positives en terme de retentissement des dépenses, de reconversion de lits hospitaliers, de meilleure prise en charge des personnes âgées ou handicapées.

Néanmoins, de nombreux aspects négatifs ont aussi été mis en lumière : on résumera ceux qui transparaissent à la lecture de ces pages :

- une croissance des dépenses qui **excède** les capacités **contributives** des budgets sociaux ;
- une insuffisante adéquation entre l'offre de soins et les **besoins de santé** de la population ;
- une insuffisante cohérence dans la détermination et l'**organisation** de l'offre dans ses diverses composantes (ambulatoire et hospitalière, notamment) ;
- une répartition géographique très inégalitaire de l'offre de soins dans les différents secteurs analysés : le degré d'inégalité, déjà important si l'on utilise la notion de **densité** (nombre de lits ou de personnels rapporté à la population générale) s'accroît encore si l'on introduit dans le critère de jugement la répartition par âge et sexe et la mortalité (c'est-à-dire si l'on tient compte des **besoins**) ;
- une offre relativement faible en personnels et en ressources dans le domaine de la prévention, de la santé publique ;
- une offre peu adaptée aux besoins de certaines catégories défavorisées de la population.

● Il importait donc d'enclencher un processus permettant d'engager des évolutions rendues nécessaires par ces importants dysfonctionnements. Ce processus exige la réalisation de deux conditions.

Il convient tout d'abord que soit modifié le cadre institutionnel et réglementaire du fonctionnement de l'offre. C'est chose faite, désormais, avec les changements introduits par les textes de février et avril 1996. Les dispositifs adoptés paraissent aller dans le bon sens même si l'on peut regretter ce qui apparaît être des insuffisances au regard de considérations de santé publique (par exemple, l'absence, au niveau régional, d'une agence couvrant à la fois l'hôpital et le soin en ville ou encore la timidité des mesures en faveur de l'installation des personnels libéraux dans des zones à faible densité médicale ou en faveur de la reconversion de certains personnels).

Il importe, en second lieu, que se dessine une volonté **partagée** de modification des comportements. De ce point de vue, on peut espérer et souhaiter que :

- sous l'impulsion de **débats nationaux** (au Parlement, à la Conférence nationale de la santé, au Haut Comité de la santé publique) relayés au niveau **régional** (conférences régionales de santé),
- grâce à la nouvelle **légitimité démocratique** donnée à l'encadrement de l'offre de soins par le vote annuel du Parlement,
- dans une préoccupation grandissante et sans cesse réaffirmée d'intégration des questions dans une perspective de **santé publique**,

... l'application des nouvelles dispositions de la réforme (notamment l'élaboration et la signature de **contrats** d'objectifs, de **projets** d'établissements, d'**objectifs** nationaux quantifiés, toutes dispositions qui exigent une reformulation des buts et des priorités), jointe aux nécessités économiques, déclenche des réinterrogations salutaires, stimule la réflexion et l'invention, bref, engendre un climat de reconquête et de progrès.

Un des enjeux des mois qui viennent sera de créer et de favoriser ce climat positif, porteur d'ambition et constructif.

● Au vu des remarques faites tout au long de cette partie, plusieurs questions méritent une attention particulière :

- En premier lieu, va-t-on souhaiter s'attaquer efficacement à la réduction des inégalités en matière d'offre de soins ? Le fera-t-on pour l'offre hospitalière, ce qui exigerait une modulation des enveloppes régionales ? Le fera-t-on pour l'offre am-

bulatoire, ce qui exigerait aussi de revoir de façon suffisamment attractive la question des incitations à l'installation des médecins ?

- Il convient ensuite d'être attentif à la façon dont vont être coordonnées, au niveau régional, la planification hospitalière et la gestion des soins ambulatoires. Cette question mériterait d'être confiée à un groupe de travail qui aurait pour mission d'analyser et d'évaluer les processus mis en place.
- Il convient de réfléchir à l'évolution de la démographie médicale (nombre, répartition par secteur, par spécialité, par tranche d'âge) ainsi qu'aux mesures permettant d'adapter les perspectives d'évolution aux changements prévisibles des besoins des populations et de l'exercice de la médecine.
- Les formules expérimentales de nouveaux modes d'organisation des soins (filières et réseaux de soins, qui constituent une chance, d'autant qu'il sont prévus dans les ordonnances) devraient faire l'objet d'**incitations** particulièrement marquées et d'**évaluations** méthodologiquement assurées aux plans médical, économique et sociologique.
- La révision de la nomenclature (entreprise au regard de critères de conformité à l'activité **et** à la santé publique) est une priorité si l'on veut infléchir convenablement certains aspects de l'offre.
- Une meilleure adéquation du système d'offre à la situation des populations défavorisées devrait être un souci majeur des années à venir.

● Au regard des difficultés méthodologiques soulevées par ces réflexions, ces diverses préoccupations devraient se traduire par la constitution de divers groupes de travail, notamment sur les points suivants :

- la définition de nouveaux outils mesurant l'offre de soins ;
- la mesure des inégalités géographiques intégrant la référence aux besoins de santé ainsi que la simulation de ce qu'engendreraient diverses modulations des enveloppes (destinées à réduire ces écarts) ;
- la modélisation des projections de démographie médicale ;
- la mesure des ressources consacrées à la prévention (collective et individuelle) — groupe déjà en place à la commission des comptes de la santé ;
- l'étude des structures ou dispositifs permettant de mieux répondre aux besoins des populations défavorisées — groupe déjà en place au sein du Haut Comité de la santé publique.

Quelques problèmes clef du fonctionnement du système de santé

Médécine ambulatoire : prévention et formation continue

Dans la perspective de la recherche d'une meilleure réponse de l'offre de soins aux besoins sanitaires de la population, le Haut Comité de la santé publique a considéré qu'en médecine ambulatoire, la question de la prise en charge de la prévention et la réforme de la formation continue constituaient deux dossiers majeurs pour l'amélioration de la qualité des soins.

Place de la prévention en médecine ambulatoire

Pour appréhender la place qu'occupe la prévention dans la médecine ambulatoire, il conviendrait de définir au préalable ce que l'on met sous le vocable « d'activité de prévention ». Si elle recouvre sans doute ce qui concerne la diffusion d'une éducation sanitaire pour favoriser l'adoption volontaire de comportements propices à la santé, le conseil individualisé au patient venu consulter, l'acte de dépistage, elle peut aussi qualifier la prescription médicale ayant pour but d'éviter la complication de la pathologie, l'arrêt

de travail pour éviter la dépression liée au surmenage… etc. Le champ est vaste et il apparaît clairement que le souci préventif est omniprésent dans l'activité médicale, qu'il s'agisse de prévention primaire, secondaire ou tertiaire, et qu'elle est le fait de l'ensemble du corps médical, médecins généralistes comme spécialistes. Le devoir de prévention n'est-il pas expressément inscrit dans le code de déontologie ?

Si l'on se réfère cependant à l'approche courante de la question et aux données disponibles pour cerner le contenu de l'activité de prévention réalisée en médecine ambulatoire et les limites de son développement, c'est essentiellement celle conduite par les médecins généralistes, premiers recours au système de santé, qui est analysée. Les observations et réflexions qui suivent s'inspireront, en conséquence, des constats établis dans ce domaine.

La prévention : de la réalité d'une pratique à un désir d'engagement supérieur

La réalité d'une pratique

Des travaux récents conduits par le CFES, notamment dans le cadre de l'enquête périodique sur la santé des Français (*Baromètre Santé*), il ressort que la quasi-totalité des médecins disent avoir, souvent ou très souvent, une action de prévention dans leur exercice professionnel :

- 93 % des généralistes affirment prodiguer souvent des conseils individualisés de prévention à leurs patients,
- 92 % pratiquent des actions de dépistage,
- 69 % mettent à la disposition des malades en consultation de la documentation en salle d'attente.

Si l'on tient compte en outre des activités de vaccination, de l'information sur les facteurs de risque, des incitations aux dépistages, le rôle d'acteur de la prévention des généralistes est incontestable. Selon une étude réalisée en 1995 (SFMG, FISP), ces actes représenteraient 15 % des actes pratiqués en médecine générale.

Un désir d'engagement supérieur

Au-delà de cette activité quotidienne, les médecins s'engagent ponctuellement dans des actions de prévention à dimension plus collective :

- plus des trois quarts des médecins disent fréquenter des colloques sur la prévention,
- les deux tiers déclarent avoir été impliqués dans des actions locales de santé publique,

- près de 20 % ont des activités dans le cadre d'associations de prévention,
- 11 % interviennent dans des conférences sur la prévention destinées au grand public.

Interrogés sur leur motivation pour s'engager dans leur carrière professionnelle, les médecins généralistes citent d'ailleurs naturellement, dans les premiers motifs, leur action dans le domaine de la prévention. Conscients de leur rôle en matière d'éducation pour la santé (plus de 80 % le jugent important ou très important), et peut-être aussi, soucieux de répondre à des situations devant lesquelles ils estiment l'arsenal diagnostique ou thérapeutique insuffisant, ils désirent de plus en plus s'investir, dans le cadre d'activités associatives ou syndicales, dans des pratiques collectives de santé publique où la place de la prévention est reconnue.

Au-delà de la réalité de pratiques professionnelles de prévention qu'il conviendrait d'évaluer exactement, et d'une indéniable attitude d'ouverture à une approche plus globale de la santé, il paraît indispensable d'identifier les obstacles qui demeurent forts pour que la prise en charge de la prévention constitue véritablement une mission première et reconnue des médecins généralistes.

Des obstacles à surmonter pour « faire de la prévention »

Une culture professionnelle qui assure le primat de l'acte curatif

À l'origine Asclepios avait deux filles, Panacée et Hygie, et la médecine était à la fois l'art de guérir les maladies et de conserver la santé par l'hygiène de vie. Aujourd'hui, c'est seulement quand on est malade que l'on vient consulter le médecin.

Tout en affirmant depuis longtemps « qu'il vaut mieux prévenir que guérir », on a encore l'habitude de séparer le curatif du préventif. La faculté de médecine forme surtout des techniciens de la maladie. Le clivage s'accentue dans la pratique avec la création de structures médicales spécialisées dans l'un ou l'autre de ces domaines. De plus en plus, les progrès techniques sont réservés au seul bénéfice de l'action curative qui reste la tâche médicale valorisée, dans un système où l'utilité se mesure au nombre d'actes spécialisés qui sont réalisés.

Entre patient et médecin, rien ne va plus en raison des changements rapides des progrès médicaux et de la société :

- sur le plan médical, devant les problèmes pathologiques complexes, le risque est grand de multiplier des examens inutiles et coûteux et des traitements inefficaces et dangereux,

sans une stratégie de soins rigoureuse qui ne peut s'envisager dans un mode d'exercice trop isolé ;

- sur le plan général, là où il faudrait parfois un diagnostic de situation, le médecin va faire un diagnostic d'affection. Là où il faudrait une série de soutiens pour comprendre et résoudre des problèmes sociaux et familiaux, on ne va trouver qu'une ordonnance de médicaments et d'examens. On a si bien séparé le social du médical que les actions sur le terrain sont souvent inadaptées et que leur coût devient insupportable.

Il n'est pas sûr que les progrès de la médecine apportent une solution raisonnable aux problèmes que se pose la majorité des individus. Leurs problèmes de santé sont de plus en plus mêlés à des problèmes de vie et les médecins ne savent plus ou ne peuvent plus offrir ce qui serait nécessaire : le temps, la patience, la permanence, l'information, la liaison avec les autres soignants et… la prévention.

Des modes d'exercice peu propices

La prévention individuelle s'inscrit dans une dimension collective

Qui dit prévention, dit approche collective de la santé. La prévention s'exerce au bénéfice de chaque individu pris dans son environnement, dans la collectivité à laquelle il appartient, c'est par définition le lieu où se conjugue la santé de chacun et de tous ; en conséquence, cette dimension impose au médecin qui s'engage dans une démarche de prévention de porter un regard non seulement sur ses propres patients, mais sur toute la population d'un territoire. Le médecin prend ainsi une part de responsabilité dans la santé de ceux qui ne viennent pas le consulter.

Or, la spécificité de la médecine libérale en cabinet repose essentiellement sur le colloque singulier avec le patient. S'impliquer dans une démarche de santé publique suppose de modifier cette pratique et de renoncer, au moins partiellement, à certains des avantages d'indépendance qu'elle assure. C'est la raison pour laquelle le généraliste ne s'engagera dans cette voie que s'il trouve un relais à son désir de promotion de la santé dans un tissu associatif qui le stimule ou le soutient, comme on l'observe, par exemple, en matière de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

Cet appui extérieur est nécessaire à double titre :

- il est méthodologiquement indispensable dans la mesure où les actions de prévention sont bâties sur le partage d'informations et d'initiatives entre de multiples partenaires (ensem-

ble des généralistes et spécialistes, autres professionnels de la santé et du social, collectivités locales, CFES, RNSP, ministère de la Santé…) et elles requièrent la définition d'objectifs et de programmes communs,

- il constitue une réponse à la volonté du généraliste d'enrichir son approche des problèmes de santé de la population qu'il suit par la rencontre avec les autres acteurs du terrain sanitaire et social, et de promouvoir une prise en charge plus globale de ses patients.

Depuis un certain nombre d'années, on observe un développement certain de cette organisation collective des médecins généralistes, notamment pour prendre en charge les questions de prévention. Selon les résultats du *Baromètre Santé 1992*, 45 % des médecins exerceraient en cabinet de groupe. Les unions régionales de médecins libéraux ont, pour la plupart d'entre elles, inscrit des projets d'actions de prévention dans leurs programmes. Le développement des activités « en réseau », dont la recherche en épidémiologie, est un point d'appui pour une démarche commune…

Il demeure néanmoins que l'inscription des médecins généralistes dans un travail concerté de santé publique est encore aujourd'hui le fait d'une minorité, soucieuse de promouvoir, à côté de son activité traditionnelle, des approches nouvelles de santé. Favorables mais peu associés à la définition des campagnes d'éducation ou de prévention, les médecins demeurent en retrait ; l'exercice des pratiques de promotion de la santé reste le plus souvent isolé dans leur activité professionnelle.

Le développement des actions de prévention réclame un investissement fort dans des pratiques collectives qui n'ont pas eu encore raison d'une culture ancienne d'exercice solitaire, perçu comme garant de l'indépendance professionnelle.

L'absence d'un cadre reconnu

Pour faire de la prévention, le généraliste a besoin d'espace et de temps réservés. La prévention ne se fait pas uniquement à l'intérieur du cabinet, elle exige que le médecin sorte, dispose d'un lieu d'information, d'échanges, de rencontre… Elle suppose aussi un temps à consacrer à ces activités.

Or, il n'existe pas de cadre réglementaire et financier adapté à cette pratique :

- le mode de rémunération du médecin, le paiement à l'acte, ne valorise pas le temps nécessaire à la prévention et à des actions d'éducation sanitaire,

- il n'existe pas de financements spécifiques alloués à l'organisation du recueil des données, au contrôle de qualité, à l'évaluation, au suivi mais aussi à la formation médicale continue consacrée aux activités de prévention,
- l'absence de cadres réglementaires adéquats ne permet guère, aux niveaux local et régional, la coopération entre médecins du secteur ambulatoire et autres acteurs de la prévention, notamment du secteur médico-social.

Les initiatives visant à structurer ces démarches de coordination et d'action pour la prévention dépendent, pour aboutir, de l'obtention de financements *ad hoc* de la part des partenaires (collectivités locales, caisses de sécurité sociale…), avec une réelle incertitude quant à la pérennité des actions. Leur fragilité est encore renforcée par l'absence fréquente de procédures d'évaluation.

Une formation inadaptée

La santé publique est le parent pauvre de la formation médicale. Dans son cursus de formation initiale, le médecin n'en entend pratiquement jamais parler. Considéré comme un technicien de la pathologie, il n'est pas préparé à inscrire son action individuelle dans la perspective d'enjeux de santé publique.

La formation médicale continue institutionnelle ne constitue, hélas pas, une session de rattrapage en la matière : elle est relativement peu suivie et les thèmes relatifs aux questions de santé publique y sont rares.

Or, la pratique d'actions de prévention et d'éducation pour la santé ne s'improvise pas. Elle requiert des connaissances spécifiques, à la fois générales et techniques, et la capacité d'analyser et de prendre en compte les réalités comportementales individuelles, familiales et sociales dans une démarche de conseil et d'assistance. La formation est en outre précieuse pour aider le médecin à poser la question de sa propre attitude par rapport aux conduites de prévention (tabac, alcool, médicaments…) et à analyser les déterminants de son engagement dans des actions de promotion de la santé.

On notera enfin que cette formation à la prévention apparaît d'autant plus légitime que d'autres professionnels de la santé, les infirmières par exemple, bénéficient d'un enseignement de ce type bien plus conséquent que celui offert aux médecins.

Pour promouvoir une amélioration de la prise en charge de la prévention par les médecins généralistes

Faire de l'individu un acteur de la prévention

L'objectif de l'éducation pour la santé est de rendre autonome chaque individu par rapport à sa santé. Une politique de prévention bien comprise doit viser en premier lieu à donner à chacun, par une écoute attentive, par une diffusion large de l'information, les moyens de maîtriser la connaissance des effets de ses comportements sur sa santé.

Il existe aujourd'hui un contexte favorable pour promouvoir cette démarche. Alors qu'il adoptait souvent, autrefois, une attitude passive face ces problèmes, le patient exprime à présent un souhait réel de participer plus directement à son itinéraire de santé. Le succès des émissions télévisées et des revues de vulgarisation sur ces questions atteste d'une prise de conscience par chacun de l'importance des enjeux.

Dans ce contexte, la démarche de promotion de la santé et de la prévention doit s'appuyer fortement sur cette attitude nouvelle pour y associer le plus possible le patient lui-même. Le carnet de santé individuel, dont la mise en place est prévue par l'ordonnance d'avril 1996, pourrait ainsi utilement comporter un « espace prévention » où seraient consignés des informations, voire un suivi personnalisé des actes de prévention.

Pour que la médecine s'améliore et s'adapte à notre société, pour qu'elle soit de plus en plus une médecine préventive où le souci de la santé prenne le pas sur celui de la maladie, les médecins doivent rencontrer des patients de mieux en mieux informés et concernés par leur santé.

S'appuyer sur l'action du médecin généraliste

La santé d'un individu se conçoit dans son milieu de vie, par la connaissance de son histoire, de celle de sa famille. D'une consultation à l'autre, le généraliste est le témoin de cette histoire. Sa clientèle se construit autour de lui et regroupe des familles d'individus. Ce qui est dit à l'un est rapporté à l'autre, ce qui sert à l'un circule et bénéficie à un autre. Soigner quelqu'un, c'est, par osmose et délégation, intervenir chez un autre quelquefois inconnu. Les problèmes touchant à la maladie et les conseils de santé circulent dans le groupe et constituent une matière médicale, mélange du savoir universitaire du médecin, de son expérience et de la culture de ses patients. Pour être efficace, le traitement du médecin ne doit pas seulement être logique scientifiquement, il doit surtout être accepté par le patient comme bénéfique.

La prévention doit se mêler aux soins. Elle n'en est ni l'accessoire, ni le substitut. Elle fait partie intégrante d'une réponse globale à une trajectoire pathologique unique.

Le médecin généraliste est ainsi en situation d'assumer cette prise en charge individuelle, mais aussi d'appréhender sa dimension collective. Il est en matière de prévention celui qui peut coordonner les actions individuelles et collectives.

Il est en conséquence essentiel que ce rôle lui soit reconnu par tous les acteurs de la santé afin qu'il désire s'engager dans ces actions, qu'il en devienne un partenaire et non simplement un relais. Il doit être associé à la définition des campagnes d'éducation pour la santé et de prévention, notamment de dépistage, qu'elles soient nationales ou locales, et aux modalités de leur mise en œuvre. De la qualité de cette articulation dépend le succès des actions conduites. Le médecin généraliste peut s'assurer que la cible est atteinte, il peut, par la confiance et le crédit dont il dispose auprès de son patient, garantir que le message est entendu.

De la même façon, il convient de mieux définir les principes de la coordination entre les multiples acteurs locaux de la prévention : généralistes, spécialistes, unions professionnelles, médecine salariée (PMI, santé scolaire, médecine du travail), collectivités locales, CFES et comités régionaux et départementaux…

Notons que l'informatisation des cabinets médicaux constitue un outil nouveau qui ouvre des perspectives intéressantes. Elle peut permettre, en particulier, un recueil de données, donc une évaluation de l'intérêt de la prévention, qu'il s'agisse du niveau individuel ou du niveau collectif.

Expérimenter des formes nouvelles de prise en charge et de financement

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a prévu dans son article 6 la possibilité de réaliser pour une durée de cinq ans des actions expérimentales en vue de promouvoir des formes nouvelles de prise en charge des patients, d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, notamment en matière de prévention. Dans le cadre de ces actions, il pourra être dérogé aux dispositions du Code de la sécurité sociale relatives au modes de tarification et de paiement des honoraires dus aux médecins par les assurés sociaux et à leur prise en charge par la sécurité sociale.

Ce texte offre une opportunité pour expérimenter massivement, c'est-à-dire à une autre échelle qu'actuellement, des formes nouvelles de financement des activités de santé publique et notamment des actions de prévention. À l'heure où la mise en place du carnet de santé renforce le rôle du généraliste, garant de la continuité des soins, dans la coordination des prises en charge, et doit permettre le développement d'autres pratiques de médecine, la réflexion sur la diversification des modes de rémunération de la médecine libérale en France aujourd'hui mérite d'être posée.

Les médecins généralistes acceptent d'ailleurs cette idée : dans un sondage réalisé début 1994[1], 40 % seraient prêts à abandonner le paiement à l'acte, parmi lesquels 37 % accepteraient le principe d'une rémunération mixte, incluant un paiement à l'acte pour l'activité curative et une part forfaitaire pour la prévention. D'autres pistes, réservant une part de la rémunération à la capitation pourraient être explorées à l'instar de ce qui se pratique dans certains pays européens : coexistence par exemple entre un « forfait santé », forfait annuel pour la gestion du dossier médical de chaque patient, et le paiement à l'acte.

Il faut noter que ces cadres expérimentaux peuvent favoriser une restructuration de l'activité médicale en majorant la part consacrée aux actions de prévention, avec le nécessaire soutien d'une politique forte de formation.

Au-delà des expérimentations de réforme des modes de rémunération qui pourraient être envisagées en concertation avec les représentants de la profession, d'autres projets, telles la constitution de réseaux de prévention, la création « d'espaces-santé »…, pourraient voir le jour dans le cadre de ces expériences avec des recherches de financement original.

En tout état de cause, ces dispositions qui introduisent une brèche dans un système réglementaire et financier rigide, doivent être exploitées sur une échelle suffisante pour faire la démonstration qu'on peut promouvoir des formules réalistes et généralisables pour assurer une meilleure prise en charge de la prévention avec le concours de médecins libéraux. Il faudra cependant, si l'on veut véritablement que ce champ d'expérience soit ouvert, en faciliter l'accès aux promoteurs d'initiatives, et ne pas contraindre leur démarche dans un cadre administratif qui découragera les énergies.

[1] Sondage réalisé auprès d'un échantillon représentatif de 200 médecins généralistes pour *Impact Médecin Hebdo*. n° 222. 4 février 1994

Donner une priorité à l'enseignement de la prévention dans les modules de formation initiale et continue

Il s'agit là d'une action prioritaire. Elle ne concerne pas les seuls médecins généralistes mais l'ensemble du corps médical, spécialistes et hospitaliers compris.

S'il s'agit d'une nécessaire réforme du cursus de formation initiale, qui doit renforcer la part des enseignements ayant trait à la santé publique, il convient, à court terme, de pallier les carences actuelles et d'utiliser une formation médicale continue rénovée (cf. ci-dessous) comme le moyen de diffuser une culture non seulement de promotion de la santé et de prévention, mais aussi d'aider les médecins à répondre à des missions de communication, de coordination avec des partenaires, d'orientation des patients, à assumer, en somme, les fonctions d'acteurs de la santé publique, auxquelles leurs études ne les ont pas préparés.

Au terme de cette analyse, il convient de rappeler qu'une politique de prévention ne peut reposer sur l'action des seuls médecins généralistes, ni même sur l'action de l'ensemble des professionnels de santé. La prévention déborde largement les disciplines médicales et concerne tous les secteurs de la vie sociale et économique. L'action des acteurs du système de santé pour inciter à la modification des comportements et prévenir l'apparition de pathologies n'est, en ce sens, pas exclusive d'une politique de réglementation, y compris avec sa dimension répressive. À l'heure où d'aucuns ont tendance à considérer cette approche comme dépassée, le Haut Comité de la santé publique appelle les pouvoirs publics à maintenir un arsenal législatif et réglementaire qui contribue fortement à réduire le risque sanitaire.

Médecine ambulatoire et formation continue

Alors qu'une obligation de formation continue vient d'être instaurée par l'ordonnance du 24 avril 1996 pour tous les praticiens, libéraux et hospitaliers, avec validation des actions par le Conseil national de la formation médicale continue et délivrance d'une attestation quinquennale à chaque médecin, il paraît utile de faire le point sur l'état du dispositif actuel et d'envisager dans quelle mesure il peut être amélioré pour contribuer à une meilleure qualité des soins.

La formation médicale est inadaptée à la pratique actuelle de la médecine

Une formation initiale en décalage avec les pratiques médicales

Au terme de sa longue formation universitaire, le jeune médecin est-il capable de répondre à l'attente de ses patients ? La réponse ne peut, malheureusement, être que nuancée :

- le jeune spécialiste, appartenant à une discipline hautement scientifique, domine parfaitement les techniques auxquelles il a été formé et peut, sans délai, intégrer une équipe et participer utilement à la meilleure connaissance des pathologies les plus difficiles ou à la recherche dans tel ou tel secteur d'actualité. Cet étudiant a été bien formé ;
- pour les autres, c'est-à-dire la majorité d'entre eux, spécialistes ou généralistes ayant parfois choisi la qualification en médecine générale à l'issue d'un échec au concours de l'internat, confrontés aux pathologies courantes où dominent les troubles fonctionnels qui réclament avant tout un bon bagage d'humanisme, la réponse est négative. Si l'on se trouve dans une spécialité qui s'y prête, on assiste alors à une dérive pseudo-scientifique vers la multiplication des examens complémentaires prescrits avant même que le patient ait été véritablement entendu ; pour les autres, c'est la difficulté pour répondre à des situations où la technique apprise est d'un faible secours et qui requièrent une approche autant médicale que psychologique ou sociale. On mesure le décalage si l'on songe que la psychologie médicale ne comprend que 22 à 30 heures d'enseignement selon les facultés pour toute la durée des études médicales, alors que la dimension psychologique est essentielle dans toute relation de soins, et en particulier dans celle du médecin de ville et de son patient.

L'enseignement de la médecine « toujours plus scientifique, de moins en moins clinique et relationnel », comme le qualifie le Pr Barrier, qu'illustrent en particulier les modes de sélection à l'entrée de l'Université, n'est à l'évidence plus adapté à la réalité des pratiques médicales, en particulier en médecine ambulatoire. Si elle confère une bonne compétence technique aux étudiants, elle n'est pas en mesure de les former à la prise en compte globale du patient, dans son environnement familial, social et professionnel. Que dire en outre de sa formation en santé publique ? Comme on l'a noté ci-dessus, elle est désespérément réduite.

La formation médicale continue peut-elle constituer une « session de rattrapage ? le médecin peut-il y trouver les ressources que la formation initiale ne lui à pas données ?

Une formation continue qui ne constitue pas un point d'appui suffisant

Le « devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances » est inscrit dans le Code de déontologie médicale. De fait, dans un contexte où la science médicale évolue à grande vitesse, où

apparaissent régulièrement de nouvelles techniques de diagnostic ou de protocoles thérapeutiques, où de nouveaux produits et médicaments sont quotidiennement mis sur le marché, la nécessité d'une actualisation des connaissances est incontestable.

Dans la réalité, comment les médecins satisfont-ils cette obligation déontologique ?

En l'absence d'une évaluation systématique des pratiques en la matière, c'est un point difficile à préciser. D'après une enquête réalisée en 1993 par le Centre de sociologie et de démographie médicale, les médecins recourent simultanément à plusieurs moyens pour assurer leur formation permanente. Le mode le plus fréquemment utilisé est la lecture de la presse médicale pour les spécialistes comme pour les généralistes, viennent ensuite, pour les premiers : la participation à des congrès, la lecture de manuels, les séances de FMC organisées par les services hospitaliers, la fréquentation de l'hôpital et enfin, pour 37 % d'entre eux, la FMC indemnisée ; pour les généralistes : la lecture des manuels, la visite des délégués médicaux et enfin la FMC organisée sous toutes ses formes, à laquelle 63 % des médecins interrogés disent participer.

Ces données livrent déjà une indication sur les défauts majeurs des modes de formation continue actuels :

- Si la lecture de la presse ou des manuels, qui constitue pour certains médecins l'unique source de formation, peut apporter les connaissances scientifiques nécessaires, elle n'amène pas le praticien à sortir de son isolement et à confronter ses pratiques à celles de ses confrères.
- La place importante occupée par la participation aux congrès (auxquels les laboratoires pharmaceutiques consacrent des sommes supérieures à celle des crédits de la FMC institutionnelle) et la visite des délégués médicaux révèlent combien la formation continue n'offre pas toujours les garanties d'indépendance souhaitables.
- La FMC organisée est, elle, assurée à la fois :
  - dans le cadre d'un dispositif conventionnel, dont un rapport de l'Igas a dénoncé en 1993 le caractère « complexe et incohérent tant dans son organisation, sa procédure de choix des actions que dans son financement » et qui a donné lieu à des luttes syndicales sévères, et auquel n'ont recours que 15 à 20 % des praticiens,
  - par un réseau dense d'associations locales (nombre évalué entre 1 200 et 1 500) qui réalisent périodiquement des soirées ou des demi-journées de formation, activité

mal connue, non répertoriée, parfois suspecte de privilégier les aspects conviviaux, mais qui représente la base la plus solide et la plus proche des médecins.

Les formations ainsi organisées se distinguent cependant peu par leurs thèmes et leurs modes de diffusion de l'enseignement universitaire.

Au total, on n'est pas en mesure de savoir si ce dispositif apporte, hors la remise à niveau de connaissances techniques, avec une orientation parfois discutable liée à l'implication d'intérêts industriels dans ce domaine, une véritable approche complémentaire au contenu de la formation initiale. Il ne permet pas, en l'état actuel, de corriger les insuffisances de cette dernière en matière de santé publique et d'approche psycho-sociale de la pratique médicale. Souvent très pointue dans ses thèmes et organisée par spécialité, la formation continue n'est pas suffisamment un lieu de confrontation des pratiques et d'échange entre professionnels de la santé.

Réformer la formation continue pour améliorer la qualité des soins

Toute réforme de la formation initiale pour l'adapter aux exigences de la pratique actuelle de la médecine sera longue à mettre en œuvre et ne concernera que les futures générations de médecins.

La formation médicale continue, dont il conviendra demain de valider le contenu afin de délivrer au praticien l'attestation prévue par les textes, est en revanche l'outil à réformer d'urgence pour qu'il constitue véritablement un moyen pour aider le médecin à mieux répondre à la demande à laquelle il est quotidiennement confronté, et pour contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité des soins.

Dans cette perspective, une telle réforme doit retenir les principes suivants.

Définir dans la transparence des objectifs et des priorités

Il est indispensable que les thèmes retenus dans le cadre des actions de formation continue, et pouvant donner lieu à validation pour les médecins qui y participent, fasse l'objet d'une sélection en fonction d'objectifs clairs, débattus par les représentants du corps médical et de l'Université. Quant à l'organisation et la définition des actions, elles doivent être strictement indépendantes des financeurs.

Promouvoir l'enseignement de santé publique

La formation continue doit être le lieu d'information et d'enseignement des pratiques de santé publique (éducation sanitaire, épidémiologie, prévention individuelle et collective…) qui sont aujourd'hui indispensables à une meilleure prise en charge sanitaire de la population.

Fournir aux médecins les outils pour une approche globale du patient

Si la fonction de la FMC demeure de mettre à niveau les compétences techniques des médecins, elle peut aussi être un lieu d'apprentissage pour la prise en compte des autres dimensions de la demande de soins, à savoir ses aspects médico-sociaux, socio-économiques, psychologiques et culturels, particulièrement utiles pour permettre une adaptation du comportement du médecin dans sa relation avec le patient.

Adopter des démarches de formation fondées sur la réalité des pratiques professionnelles

L'approche universitaire est trop souvent « décalée » par rapport aux conditions d'exercice. Il convient d'innover en la matière. Il est souhaitable que soit privilégiées en FMC des méthodes construites à partir des expériences réelles vécues par les médecins dans leur pratique quotidienne, en mobilisant les données, et les enquêtes disponibles, et que soient développés, comme cela se pratique dans d'autres secteurs professionnels, les modes interactifs de formation (de type « formation action ») qui connaissent leur prolongement dans une évaluation systématique des actions conduites.

Faire de la formation continue un lieu de confrontation et d'échange des pratiques entre les professionnels du secteur de la santé, voire du secteur social

Les dispositifs actuels de la FMC sont excessivement cloisonnés, garantissant un peu plus l'étanchéité des frontières entre spécialistes, entre généralistes et spécialistes, entre médecins libéraux et hospitaliers… L'un des objectifs de la FMC doit être de faire « bouger » ces frontières, de partager des connaissances et des savoir-faire qui sont mobilisés au bénéfice des mêmes patients. La FMC doit être le lieu de cet échange entre médecins, mais aussi avec d'autres acteurs de la santé et du secteur social avec lesquels les praticiens sont amenés à avoir des relations quotidiennes et doivent, dans l'intérêt d'une meilleure prise en charge

de la population, établir des coordinations de terrain. Cette fonction assumée dans le cadre de la FMC constituerait un atout important pour le développement de réseaux et de filières de soins.

Promouvoir l'évaluation

Dans tous les secteurs d'activité, la fonction d'évaluation est considérée comme essentielle pour assurer l'adaptation permanente des actions conduites. Elle s'impose aujourd'hui dans le domaine de la santé. La FMC doit contribuer à diffuser une culture d'évaluation en médecine libérale, en délivrant à la fois les principes et les méthodes de cette pratique évaluative. Elle doit, par ailleurs, faire elle-même l'objet d'une évaluation qui contribuera à garantir sa capacité d'adaptation aux évolutions de l'exercice médical.

Décentraliser la formation

Actuellement, la moitié des actions réalisées dans le cadre de la FMC institutionnelle sont organisées au niveau national. Il convient, dans le souci d'en améliorer l'accès, de rapprocher la formation des médecins en réduisant sensiblement la proportion des formations dispensées au niveau national.

Faire évoluer le système hospitalier

L'hôpital est un monde complexe. Ces vingt dernières années, il a été l'objet d'analyses, d'études, de rapports, il a été affecté par de nombreuses réformes touchant tant à son fonctionnement qu'à son financement. Il est, aujourd'hui encore, au centre de débats aussi importants que passionnés.

L'ambition du Haut Comité de la santé publique n'est pas, dans ce contexte, d'évoquer l'ensemble des questions qui le concernent, mais d'envisager un certain nombre de problèmes importants qui conditionnent l'évolution des établissements de santé. Dans cette perspective, il a tout d'abord choisi d'analyser les effets à attendre de l'application de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à « la réforme de l'hospitalisation publique et privée », et l'opportunité qu'elle représente pour améliorer concrètement le dispositif sanitaire hospitalier et mieux répondre à l'exigence d'une plus grande qualité des soins. En second lieu, il a repéré des initiatives prioritaires à promouvoir afin de favoriser la coordination entre hôpital et médecine ambulatoire.

Des insuffisances connues

Un système figé

On peut décrire l'inadaptation de l'offre de soins hospitaliers, connue de l'ensemble des partenaires du monde hospitalier, en citant :

- la grande dispersion du tissu hospitalier qui compte plus de 3 000 établissements, publics et privés : les deux tiers des structures publiques comptent moins de 300 lits et les deux tiers des structures privées moins de 100 lits ;
- les fortes disparités d'offre et de ressources entre régions, largement évoquées dans la partie descriptive de l'offre de soins du présent rapport ;
- l'existence de lacunes dans l'organisation de la sécurité des soins révélée par la publication d'un certain nombre de rapports spécifiques, mais aussi par les constats établis à l'occasion des travaux conduits dans le cadre de la définition des premiers « schémas régionaux d'organisation sanitaire » (Sros) ;
- l'absence de coordination entre les différents types et niveaux de soins, notamment entre établissements publics et privés, à la fois complémentaires et concurrents, mais aussi entre le monde hospitalier et la médecine de ville, où le fossé est profond, ancien, culturel.

Dans le même temps, et malgré les mesures adoptées en matière de maîtrise des dépenses de santé depuis une quinzaine d'années, la dépense en soins hospitaliers demeure en forte croissance, dans des proportions supérieures à l'augmentation d'activité enregistrée, et, en tout cas, jugées insupportables pour l'assurance maladie.

La nature de ces problèmes appelle une remise en cause importante à la fois du fonctionnement de l'hôpital et de son positionnement dans le système de santé.

Or, on constate une incapacité à faire évoluer la situation de façon significative, essentiellement dans le secteur hospitalier public. Même si des efforts de restructuration ont été entrepris, même si des initiatives sont venues corriger ici ou là certains dysfonctionnements, leurs résultats apparaissent modestes au regard des enjeux. Les problèmes évoqués demeurent et traduisent une situation de blocage.

Plusieurs facteurs viennent expliquer cette difficulté à évoluer :

- Le pilotage de la structure hospitalière est difficile. La coexistence d'un pouvoir administratif et d'un pouvoir médical impose, pour opérer des choix ayant des incidences sur la définition des

activités, une négociation toujours délicate dans la mesure où elle recouvre, pour les médecins, des enjeux personnels en termes de reconnaissance et de carrière. Par ailleurs, le contexte de gel des effectifs lié aux difficultés budgétaires pèse sur le climat social des établissements et ne favorise pas la mise en œuvre des restructurations souhaitables.

- L'hôpital est au centre d'enjeux économiques et politiques parfois en contradiction avec les enjeux sanitaires. L'évolution des missions d'un hôpital public, quasiment partout le premier employeur local, et dont le maire assure la présidence du conseil d'administration, dépend aujourd'hui autant des exigences de la qualité des soins, qui suppose notamment qu'il atteigne un certain niveau d'activité, que de considérations sur les nécessités de l'aménagement du territoire et du maintien des activités et des emplois. Par ailleurs, le secteur hospitalo-universitaire jouit d'une forte autonomie et une part importante des décisions structurantes le concernant, comme la création et l'orientation des postes de professeurs, simultanément praticiens hospitaliers, sont prises dans d'autres sphères et sur d'autres critères que ceux de la santé. Cela ne favorise ni la prise en compte par les CHU des besoins sanitaires, ni leur insertion dans les réseaux locaux de soins.
- La tutelle n'est pas en mesure d'impulser les mutations nécessaires. Une multiplicité d'acteurs (Ddass, Drass, Cram, ministère) coordonnent insuffisamment leurs actions, et ne disposent pas de réels instruments d'analyse de la performance économique des établissements de santé et d'évaluation de la qualité de soins qu'ils assurent. Malgré leur caractère ambitieux les Sros n'ont été, jusqu'à présent, que faiblement restructurants. En outre, le cloisonnement entre les secteurs sanitaire et social, qui ressortent d'un double dispositif législatif, aggravé par les effets des lois de décentralisation, ne favorise pas les reconversions nécessaires, génératrices d'économies globales, mais impliquant des financeurs différents.

Dans cette situation qui semble bloquée, on assiste à certaines dérives dans la façon dont le service public hospitalier accomplit ses missions de soins.

Une mission de soins qui n'est pas toujours remplie dans des conditions satisfaisantes

La loi du 31 juillet 1991, en précisant les missions générales de tous les établissements de santé, publics et privés, a placé en tête de celles-ci la mission de diagnostic et de traitement. Or, force est de constater que les hôpitaux publics ne sont pas toujours en situation d'assurer dans des conditions satisfaisantes la priorité de cette mission. Deux situations illustrent ce constat.

On considérera, tout d'abord, le cas des **centres hospitaliers universitaires (CHU)**. Le Code de la santé publique prévoit que les CHU qui ont « une vocation régionale liée à leur haute spécialisation » passent des conventions avec l'université pour assurer des missions de « formation et de recherche médicales » ; il spécifie également qu'il « assure en outre les soins courants de la population proche ». Ainsi, à la différence de nombreux pays étrangers, la France n'a pas défini de système de régulation de type « référent » qui ferait du CHU, établissement de soins hautement spécialisés, une structure d'appel, de recours, ne recevant que certains malades, adressés sur avis d'un niveau de soins « inférieur ». Il appartient donc au CHU d'assumer des fonctions de soins de proximité, ne relevant pas de leur « haute spécialisation ».

Or l'on constate qu'aujourd'hui, les CHU privilégient de fait largement la spécialisation et la recherche au détriment de la prise en charge des pathologies courantes. À cela, plusieurs causes :

- la formation des médecins telle qu'elle est actuellement organisée favorise la spécialisation ; elle est fragmentée par spécialité dans le cadre des DES, et oblige, en outre, les internes à opérer leur choix de spécialité de façon prématurée, renforçant encore une approche pointue mais étroite de la discipline médicale, les préparant mal, notamment, à la prise en charge des malades qui quotidiennement se présentent dans les services d'urgences ;
- la logique universitaire domine dans la création et l'orientation des postes de professeurs-praticiens hospitaliers des CHU. Elle pérennise la hiérarchie des disciplines, au point de conduire à en délaisser certaines dont le besoin est pourtant grandissant — telles la gériatrie, la médecine générale, la santé publique ou l'hygiène hospitalière — et aboutit à une multiplication excessive des spécialités sans rapport avec les besoins sanitaires de la population locale, voire régionale ;
- les modes de gestion de la carrière des médecins hospitalo-universitaires, fortement marqués par les cooptations successives, favorisent la permanence d'une structuration des services sur la base de la spécialisation des soins et de la recherche au détriment de la fonction de soins courants. Les critères de sélection donnent par ailleurs la priorité aux travaux de recherche et non à la capacité de diriger une équipe de soignants.

Face à leur triple mission, les CHU, souvent voisins et concurrents, privilégient celles qui vont assurer leur reconnaissance et leur prestige, voire leur hégémonie sur les centres hospitaliers généraux de leur zone d'attraction.

Dans ce contexte, médecine et chirurgie générales constituent des disciplines peu attractives que les CHU abandonnent, bien qu'elle répondent à l'essentiel de la demande de soins hospitaliers de proximité. On assiste à une véritable démotivation et démobilisation pour ces activités, ce qui est regrettable dans la mesure où, tant au plan de la prise en charge « globale » du patient hospitalisé qu'au plan économique, elles apportent une réponse adaptée aux besoins. La multiplicité des astreintes de spécialité, par ailleurs indispensables mais trop souvent sollicitées, illustre, dans la prise en charge de l'urgence, cette dérive de la spécialisation excessive du soins en CHU (une simple fracture du poignet devrait concerner le chirurgien de garde et non le chirurgien d'astreinte en orthopédie-traumatologie).

Il apparaît indispensable que les pouvoirs publics s'attaquent à cette question de l'ambiguïté de la mission des CHU, responsable de cette inadaptation, et envisage un mode de partition des fonctions.

Une autre illustration du caractère insatisfaisant des soins dispensés à l'hôpital public est d'ailleurs fournie par la réponse que ce dernier apporte à **l'urgence**.

Comme l'a mis en évidence le rapport Steg en 1993, l'hôpital, dans la majorité des cas, n'offre pas aux véritables urgences médicales qui sont reçues à l'hôpital un accueil que l'on puisse qualifier de satisfaisant, et ce pour plusieurs raisons :

- les services d'accueil d'urgence de l'hôpital sont « encombrés » par des urgences qui ne relèvent pas d'une situation mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel. Les deux tiers des passages aux urgences concernent des patients qui, soit « ressentent », du fait d'un état morbide, une nécessité de prise en charge urgente non justifiée médicalement, soit nécessitent des soins ambulatoires pouvant n'être que paramédicaux, soit relèvent d'activités de consultations externes, voire d'une prise en charge sociale. Cet afflux de « fausses urgences » ne peut qu'handicaper la prise en charge des urgences véritables ;
- les services d'accueil d'urgence se caractérisent encore trop souvent par une médicalisation insuffisante et mal adaptée de leur moyens, et notamment en matière de personnel médical. C'est la plupart du temps l'étudiant — interne, résidant ou faisant fonction d'interne — qui assure le premier niveau d'accueil médical aux urgences et qui est amené à prendre des décisions qui excèdent ses compétences. D'où des effets négatifs sur plusieurs plans :
    - au plan économique, la prescription abusive d'examens complémentaires qu'un praticien confirmé aurait su éviter,

- au plan économique et surtout humain, des hospitalisations excessives qui traduisent l'incertitude de l'étudiant face à son diagnostic,
- au plan médical, des erreurs possibles de diagnostic, des traitements inadaptés, voire des accidents thérapeutiques.

Ces défaillances du premier niveau d'accueil ne représentent, comme le souligne le rapport Steg, que « l'une des manifestations de la sous-médicalisation des structures d'urgence », qui ne disposent pas de moyens médicaux ni techniques adaptés et apportent une « fausse sécurité » pour la prise charge des urgences.

S'il convient de noter qu'à la suite de ce rapport, les pouvoirs publics ont redéfini les conditions de fonctionnement des services autorisés à recevoir les urgences, les mesures concrètes n'ont pas à ce jour été prises et les constats effectués en 1993 traduisent toujours la difficulté rencontrée actuellement par l'hôpital public pour répondre à sa mission de soins.

L'amélioration de la qualité des soins passe par la mobilisation de nouveaux outils

Un dispositif rénové…

Les apports de la loi de 1991

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a constitué une étape pour favoriser l'adaptation du monde hospitalier.

C'est essentiellement par la définition d'une approche nouvelle de la planification relative à l'organisation et l'équipement sanitaires, et par l'affirmation d'une nécessité d'évaluation des pratiques professionnelles et des modalités d'organisation des soins, que ce texte contribue à la définition de nouveaux outils pour faire évoluer les établissements de santé.

En matière de planification, la rénovation de la carte sanitaire, par la révision du découpage des zones sanitaires, et la prise en compte du développement des alternatives à l'hospitalisation tendent à améliorer le cadre d'appréciation des besoins et à favoriser une évolution du dispositif, rendant possible des restructurations gênées jusqu'alors par des définitions rigides de l'équipement.

La réalisation des premiers Schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros), marquée par un effort sans précédent de concertation entre tous les acteurs de l'hospitalisation, établissements de santé publics et privés, tutelles administratives et médicales, a constitué un exercice essentiel de connaissance de l'offre hospitalière. Elle a permis, entre autres, de mieux identifier leur zone d'attraction et d'appréhender de façon globale, sur une aire géographique donnée, les complémentarités entre structures. Elle a, en outre, été l'occasion de réfléchir à la nécessaire coordination à promouvoir entre établissements et de préciser les axes d'une politique concertée de restructuration et de regroupement de l'équipement hospitalier.

Enfin, en affirmant l'obligation pour les établissements de santé de mettre en place les moyens de l'évaluation et de l'analyse de leur activité, « afin de dispenser des soins de qualité », et en confiant à l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale une mission d'élaboration, de validation, de mise en œuvre des méthodes et de formation et conseil des professionnels, la loi de 1991 a introduit les éléments d'une approche qualitative de l'offre de soins hospitaliers.

Des insuffisances subsistent

La mise en œuvre de la loi de 1991 n'a cependant pas, à ce jour, apporté la totalité des réponses attendues et elle a révélé un certain nombre d'imperfections des outils.

Dans la plupart des cas, la redéfinition de la carte sanitaire n'a pas fait appel à des indicateurs de besoins en santé (mortalité, morbidité, facteurs de risque…) du fait de l'insuffisance de données épidémiologiques. Elle s'est le plus souvent fondée sur les caractéristiques de l'offre de soins existante et sur la notion de bassin de clientèle hospitalière.

La carte sanitaire demeure un outil lacunaire dans la mesure où certaines activités ou équipements ne font l'objet d'aucun encadrement, et notamment le long séjour, pourtant marqué par de fortes disparités inter et infra-régionales, et dont on sait l'importance dans le cadre des actions de redéploiement et de conversion du court séjour en réponse aux besoins sanitaires des personnes âgées.

La construction des Sros de « première génération » s'est révélée pour sa part très hétérogène selon les régions. Ces schémas traduisent encore le poids des contraintes locales qu'illustrent à la fois le caractère volontairement consensuel, donc dénué

d'ambitions restructurantes de certains d'entre eux et la difficulté pour d'autres de peser sur l'évolution de l'équipement des plus importants CHU. On notera que l'absence quasi générale de volet financier sur le coût des restructurations a souvent permis de garantir ce caractère consensuel, dans la mesure où l'origine du financement des surcoûts induits n'a pas été ainsi identifiée.

L'absence d'opposabilité juridique de « l'annexe », dans laquelle sont déclinées les incidences du schéma sur l'évolution propre de chaque établissement, a pu apparaître comme un frein pour imposer les restructurations jugées nécessaires dans le cadre de la planification régionale.

Enfin, en ce qui concerne l'évaluation et l'analyse de l'activité, leurs modalités de mise en œuvre n'ont pas été précisées, et leurs résultats ne peuvent encore être mobilisés pour apprécier la qualité du dispositif hospitalier. Seul le PMSI, enfin généralisé dans les établissements publics, constitue désormais un outil de connaissance des pathologies traitées et a pu, dès 1996, être un élément d'appréciation dans l'allocation des ressources à ces établissements.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée renforce le dispositif

Sur plusieurs points, les dispositions contenues dans le texte d'avril 1996 viennent consolider les acquis de la loi de 1991 dans le sens du renforcement de l'action des tutelles pour promouvoir une adaptation de l'offre de soins hospitaliers.

En premier lieu, l'affirmation d'une logique de réseaux de soins entre établissements en vue « d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité » constitue une incitation à un mode de prise en charge globale du malade conforme tant à l'intérêt du patient que du financeur. Notons que ces réseaux peuvent en outre associer des médecins libéraux. Restent à éclairer, cependant, les conditions de tarification applicables dans le cadre des conventions constitutives du réseau de soins…

Dans le même ordre d'idée, sont renforcés les modes de coopération, tant entre établissements publics que privés (communautés d'établissements, groupements de coopération…), et surtout sont donnés à l'agence régionale de l'hospitalisation, nouvelle instance de régulation, les moyens d'imposer aux établissements publics

de santé la mise en place des coopérations indispensables, celles-ci pouvant aller jusqu'à la fusion de ces établissements.

Le texte prévoit en outre la possibilité de retrait d'autorisations « lorsque les installations ou l'activité de soins sont manifestement sous-occupées ou sous-utilisées ». Il rend, par ailleurs, l'annexe du schéma opposable ; si cette disposition constitue un moyen d'action nouveau pour imposer à chaque établissement les ajustements prescrits par la planification régionale, il conviendra cependant de veiller à ce qu'elle ne conduise pas à figer le paysage en assurant, aux services reconnus, un statut protecteur qui interdirait la prise en compte de nouvelles offres apportant une réponse éventuellement plus satisfaisante. Seules des modalités de révision fréquente de l'annexe au schéma, établies sur l'observation des modifications de l'état de l'offre et des flux de patients, peuvent permettre de faire de cet outil de contrainte un véritable instrument d'ajustement pertinent.

Cette dernière réserve illustre les limites de la planification pour impulser seule les restructurations de l'offre de soins hospitaliers. Au-delà d'un système d'analyse et de prescriptions, orienter et adapter l'offre passe aussi par la prise en compte, dans l'allocation budgétaire aux établissements, de la réalité de leur activité médicale et de leur performance économique. La critique majeure que l'on peut adresser au mode actuel de financement par budget global des établissements publics est d'assurer un montant quasi invariable de ressources, sans lien avec la quantité et la qualité du service rendu. Il s'agit là d'un système qui n'incite pas à adapter l'offre de soins. Il est essentiel que les démarches de planification et d'allocation de ressources soient articulées.

À ce titre, le dispositif prévu par l'ordonnance établit entre elles un lien fort.

Au plan national, tout d'abord, est affirmé l'objectif de réduction des inégalités entre régions, pris en compte dans la définition des dotations régionales limitatives.

Au niveau régional, les modes de contractualisation pluriannuelle entre établissements publics et agence régionale font expressément référence à un financement des structures sur la base d'une définition de leur activité médicale et de leur adaptation aux prescriptions du Sros. La fongibilité prévue entre les enveloppes financières publique et privée est également un gage que, malgré la différence persistante des modes d'allocation budgétaire, c'est une approche harmonisée qui doit prévaloir. On notera également que le comité régional d'organisation sanitaire est appelé à donner

un avis sur les orientations relatives à l'allocation des ressources aux établissements de santé.

Avec, enfin, la mise en place de procédures d'évaluation de la qualité des soins et d'accréditation (cf. ci-dessous) dans lesquelles les établissements sont tenus de s'engager dans le délai de cinq ans, et que les agences régionales sont à même de suivre, l'ordonnance du 24 avril 1996 rénove considérablement le dispositif et offre à l'ensemble des acteurs les outils pour améliorer l'offre de soins hospitaliers.

…pour permettre d'engager le processus de l'amélioration de la qualité des soins…

Comme on l'a indiqué ci-dessus, un certain nombre de rapports ont, ces dernières années, mis en évidence les carences du système hospitalier relatives à la qualité des soins dispensés dans certaines disciplines.

On citera, outre le rapport Steg déjà mentionné qui s'est intéressé aux conditions de la prise en charge de l'urgence, le rapport Barrier sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences et les rapports publiés par le Haut Comité de la santé publique de novembre 1993 sur « la sécurité anesthésique » et de janvier 1994 sur « la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance ». Plus récemment, le rapport Guidicelli a dressé le bilan de la situation de « la chirurgie en France ». L'Inspection générale des affaires sociales a également été amenée à formuler des constats sur ce thème de la qualité des soins à l'occasion de plusieurs de ses travaux, notamment dans le cadre de la mission conjointe sur les hôpitaux avec l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale de l'administration en juillet 1994, et plus récemment, dans un rapport sur la situation de la réanimation en décembre 1995, et il faut enfin mentionner l'enquête Gain réalisée par le contrôle médical de la CnamTS qui constitue une source d'information particulièrement riche.

La plupart de ces travaux débouchent sur une série de propositions pour réformer le fonctionnement des établissements de santé. Dans tous les cas, ces prescriptions visent à améliorer la sécurité et la qualité des soins à l'hôpital. Il apparaît en conséquence urgent que soient aujourd'hui mobilisés les nouveaux outils dont disposent désormais les tutelles hospitalières pour mettre en œuvre ces recommandations.

Une place importante y est faite à l'amélioration d'une formation médicale jugée inadaptée aux besoins et à la pratique actuels et, parfois, à une réforme de l'organisation des soins. Mais la recommandation première est souvent d'amener l'ensemble des services à satisfaire un niveau de sécurité minimale, tant en termes

d'équipement que de personnel, dont les rapports précisent le contenu. Dans la plupart des cas, cette exigence a pour corollaire la prise en compte d'un seuil critique d'activité en deça duquel, notamment pour les actes techniques et répétitifs, les équipes ne peuvent maintenir leur niveau de compétence.

C'est en conséquence à **des stratégies de regroupement et de redistribution de moyens** entre établissements qu'incitent, quelle que soit la discipline considérée, les travaux en cause.

Le Haut Comité de la santé publique estime qu'il convient désormais, sur la base de ces analyses, en considérant comme prioritaire la réduction des inégalités au plan national, de s'engager dans une politique volontariste de réaffectation des moyens entre structures sanitaires afin d'assurer les conditions d'une prise en charge hospitalière offrant partout les mêmes garanties de qualité et de sécurité. Cette redéfinition passe par une répartition nouvelle des missions entre établissements, et la mise en place d'un dispositif formalisé de coordination qui doit permettre aux structures affectées par une restructuration le maintien d'activités de relais avec le niveau supérieur (exemple : consultations avancées réalisées par les établissements d'accouchement sur les sites des maternités restructurées en milieu rural). Le PMSI constituera un outil essentiel pour apprécier les anomalies de répartition des moyens budgétaires rapportée à la nature de l'activité médicale, et pour autoriser, sur une base d'analyse objective, la remise en cause des dotations budgétaires et des missions de structures de soins.

Une telle démarche, pour laquelle les pouvoirs publics semblent désormais disposer à la fois d'objectifs clairs, des moyens de connaissance, de la légitimité et des outils juridiques, ne manquera cependant pas de se heurter aux mêmes résistances que celles qui se sont manifestées jusqu'à présent. Ainsi, si l'on considère par exemple que la réduction des inégalités entre régions au niveau national en matière d'offre de soins ne peut que signifier, dans un contexte de redéploiement des moyens entre structures — dont 70 % des charges sont relatives à la rémunération du personnel — qu'un déplacement de l'emploi, on mesure la difficulté de mise en œuvre de telles mesures pourtant justifiées.

Face aux problèmes que ne manquera pas de soulever la poursuite d'une démarche aussi ambitieuse, seule une volonté politique forte du gouvernement pour soutenir le travail des administrations et agences chargées de la mise en œuvre de cette politique est de nature à permettre de progresser véritablement dans la voie tracée.

Un autre point d'appui fort, à terme, pour conduire une politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé, réside dans la mise en place par l'ordonnance d'une procédure d'évaluation et d'accréditation des activités. Même si sa définition n'apparaît pas aujourd'hui exempte d'ambiguïtés, elle représente incontestablement un atout majeur pour faire évoluer l'offre de soins.

…auquel les modes d'évaluation et d'accréditation doivent largement contribuer…

Précisant en cela les principes posés par la loi de 1991, l'ordonnance d'avril 1996 fixe les conditions de l'évaluation des établissements de santé en créant une procédure d'accréditation, procédure externe d'évaluation dont l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) assure la conduite, dans laquelle doivent s'engager dans les cinq ans tous les établissements de santé. Assurées par des professionnels de santé, les expertises réalisées dans le cadre de l'accréditation viseront à définir, sur une échelle de qualité, le positionnement « d'un service ou de plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères ou de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats obtenus ».

Un domaine encore peu exploré

L'instauration et la généralisation d'une telle procédure constituent un fait nouveau.

La loi de 1991 avait fait de l'évaluation une orientation forte mais les textes d'application n'avaient pas suivi. Si l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale s'était vu reconnaître une compétence générale en matière d'évaluation hospitalière, force est de reconnaître que ne lui ont pas été donnés ni les moyens ni la commande explicite pour s'investir dans ce secteur.

On a pu relever depuis quelques années la mise en œuvre de pratiques d'évaluation concernant l'hôpital, qu'elles émanent des établissements eux-mêmes ou d'organismes extérieurs (DGS, DH, CnamTS, MSA…) mais elles avaient le plus souvent le caractère de démarches limitées, voire expérimentales, cloisonnées, sans coordination entre elles et très diverses quant à leurs finalités.

Une procédure dont tous les effets n'ont pas été envisagés

Un certain nombre d'interrogations sont liées à la mise en place de cette procédure.

La première interrogation ressort du choix du niveau qui doit concerner la procédure d'accréditation : accréditer l'entité établisse-

ment ou le service ? Se situer au niveau de l'établissement ne permet pas d'apprécier la performance respective des équipes médicales de la structure, mais à l'inverse, retenir le service comme lieu d'accréditation c'est favoriser une approche parcellaire de l'établissement qui peut ignorer des caractéristiques déterminantes pour la qualité des soins, liées à l'organisation de son activité dans un ensemble plus large comportant un certain nombre de tâches transversales. La prise en compte de grandes disciplines (du type de la cancérologie par exemple) pourrait constituer une réponse adaptée.

D'autres questions sont relatives à l'éventuelle interaction de l'accréditation avec les procédures de planification et d'allocation budgétaire. La nouvelle démarche vise à fournir un élément de connaissance nouveau sur l'établissement de santé. Comment l'agence régionale de l'hospitalisation, destinataire du rapport d'accréditation, doit-elle appréhender cette nouvelle donnée ? Quels effets attendre des relations entre ces approches différentes ?

En ce qui concerne les relations entre accréditation et planification, il convient de noter qu'il n'existe pas de lien juridique entre les deux procédures qui n'ont en principe pas les mêmes finalités. Ainsi l'autorisation de fonctionnement est donnée à un établissement dans le cadre de la procédure de planification en fonction de la couverture qu'il assure des besoins sanitaires, tandis que l'accréditation ne vise qu'à préciser le niveau de qualité des soins dispensés. Réponse binaire dans le premier cas, graduée dans le second. Par ailleurs, il est essentiel que l'accréditation relève bien d'une expertise indépendante des autorités de planification et qu'il n'y ait aucune confusion dans ses modes de mise en œuvre.

Peut-on cependant imaginer que la planification, procédure faisant l'objet de révisions permanentes, puisse ignorer les différences de qualité de prise en charge médicale entre établissements, même si, par définition, le niveau minimal de qualité et de sécurité est partout satisfait dans la mesure où sont respectées les normes techniques de l'autorisation ?

On peut, à ce propos, imaginer que dans les cinq ans qui viennent, à l'occasion de la première démarche d'accréditation, un certain nombre d'établissements ou de services ne répondront pas aux normes minimales de l'accréditation alors même que leur mission est reconnue dans le cadre du Sros. Que conviendra-t-il de prescrire en ce cas ? N'y a-t-il pas un risque d'accréditation systématique, ce qui reviendrait à instaurer la confusion évoquée plus

haut, à fausser l'appréciation portée, et ôter sa crédibilité au dispositif ? Sinon, la question du maintien de l'autorisation ne pourra manquer de se poser, avec ses corollaires : délais de mise en conformité, information des usagers.

À l'inverse, une accréditation de haut niveau régulièrement reconnue à un établissement ou un service dont la mission peut être contestée dans la cadre de la planification risque de constituer un facteur de rigidité dans l'évolution du schéma régional.

En tout état de cause, si l'on considère que les résultats de l'accréditation seront publics, la procédure en cause aura sans doute un impact fort sur l'orientation des malades hospitalisés et constituera un facteur essentiel de restructuration de l'offre de soins que la planification aura à prendre en compte.

En ce qui concerne les modes d'allocation budgétaire, il est tout aussi évident que, même si les textes n'envisagent pas de liaison avec les résultats de l'accréditation, ceux-ci constitueront une donnée essentielle de référence pour le financement des établissements. Avec les données du PMSI, qui offrent déjà un éclairage sur la réalité des pathologies prises en charge dans l'établissement, l'accréditation contribuera à mesurer la performance médicale et économique des structures hospitalières.

Il apparaît en outre souhaitable qu'existe cette articulation. L'absence de qualité est sanctionnée dans l'entreprise par un surcoût qui incite cette dernière à mettre en place des procédures d'amélioration de la qualité. Les établissements de santé ne sont pas, eux, aujourd'hui, de par leur mode de financement, intéressés à cette démarche. Prendre en compte les résultats de l'accréditation dans l'allocation des moyens peut constituer le véritable moteur de l'amélioration de la qualité des soins.

On notera, en outre, que ce lien sera vite incontournable : l'accréditation aura des effets en retour sur les conditions de l'allocation de ressources : certains établissements « mal accrédités » pourront faire valoir qu'une augmentation de leurs moyens est une condition de leur progression dans l'échelle de qualité.

Ainsi au terme de cette analyse rapide, il apparaît que l'accréditation, si on clarifie son statut et sa portée, constitue une démarche dont les effets peuvent être déterminants pour faire évoluer l'offre hospitalière et, qu'à ce titre, il convient de promouvoir sa mise en œuvre dans les meilleurs délais, si l'on veut agir concrètement pour améliorer la qualité des soins hospitaliers.

Faire de la mise en œuvre de l'accréditation un chantier prioritaire

Un délai de cinq ans est prévu pour que l'ensemble des établissements prennent l'initiative de s'inscrire dans la procédure d'accréditation. Pour espérer disposer de résultats à cette échéance, il est indispensable de construire dès maintenant les référentiels et méthodes de l'accréditation qu'utiliseront les experts indépendants chargés de réaliser ces missions. Cela doit constituer le travail prioritaire de l'agence nationale.

Comme on l'a indiqué plus haut, il est certain que cette procédure d'accréditation devra être articulée tant avec les règles de la planification sanitaire qu'avec les modes d'allocation budgétaire. Là encore, il est souhaitable que, dès à présent, soient envisagés les principes qui détermineront la prise en compte des données de l'évaluation dans ces deux domaines, avant même de disposer de résultats.

En matière de planification, il convient de clarifier la portée de l'accréditation et de définir à quel niveau de cette procédure se situeront les autorisations données dans le cadre du schéma régional en fonction de l'appréciation de la réponse aux besoins sanitaires de la population.

En ce qui concerne l'allocation de ressources, il s'agira, comme cela commence à se pratiquer déjà avec les données issues du PMSI, de définir sur quels critères et dans quelle mesure les modalités de financement des établissements intégreront les enseignements de l'accréditation.

Par ailleurs, le Haut Comité, considérant qu'il est essentiel que les établissements s'approprient la démarche d'évaluation externe que constitue l'accréditation, lui conférant un caractère incontestable — ce qui apparaît nécessaire si l'on considère le rôle qu'elle peut être amenée à jouer — recommande, à ce titre, que le financement de cette procédure ne soit pas, comme pour l'ensemble des démarche d'évaluation, assuré par l'État ou la sécurité sociale, mais par les établissements de santé eux-mêmes par le biais d'une cotisation spécifique à l'Anaes, et du paiement des travaux réalisés à leur profit.

En tout état de cause, il estime que l'évaluation à l'hôpital, qui ne se résume pas à la démarche d'accréditation, constitue le moyen privilégié pour promouvoir les adaptations qui s'imposent. Elle constitue une exigence pour chaque structure sanitaire et la condition au développement d'une politique de réseaux de soins qui prenne en compte la réalité des complémentarités, voire qui permette de mieux gérer les liaisons avec le secteur médico-social.

Coordonner médecine hospitalière et médecine de ville

Une coordination aujourd'hui problématique

Dans un contexte de financeur unique où coexistent deux systèmes de financement, la nécessité d'une approche et d'un traitement d'ensemble des dépenses de santé est affirmée depuis plusieurs années. On constate cependant que les mesures applicables d'une part à l'hospitalisation publique et privée, d'autre part à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins apparaissent dans deux ordonnances distinctes.

À y regarder de près cependant, la réforme adoptée a jeté un certain nombre de ponts dans les modes de régulation entre les deux types d'offre de soins :

- les conférences de santé, chargées de définir tant au niveau régional que national les priorités en matière de santé, réunissent à la fois, notamment, des représentants des professions de santé, libéraux et salariés ;
- l'Anaes constitue une instance d'évaluation commune aux deux secteurs puisqu'elle est chargée d'émettre des avis sur la liste des actes, prestations et fournitures admises au remboursement dans le cadre de la définition de la nomenclature, d'élaborer et valider les recommandations de bonnes pratiques cliniques et les références médicales, mais aussi de mettre en œuvre les procédures d'accréditation des établissements de santé ;
- les réseaux de soins, dont la mise en place est préconisée par les ordonnances pour garantir la coordination de la prise en charge des patients entre établissements, peuvent associer des médecins libéraux ;
- l'obligation de la formation continue s'impose de la même façon aux praticiens libéraux et hospitaliers.

Au-delà de ces avancées une difficulté persiste dans la coordination entre médecine hospitalière et médecine de ville. Elle s'alimente à la fois de résistances culturelles, d'incompatibilité entre les systèmes de tarification, d'absence de mesures incitatives pour promouvoir la coordination et se traduit dans la rareté des initiatives en la matière.

Le cas de la prise en charge de l'urgence constitue, dans ce domaine encore, une illustration des insuffisances de cette coordination.

Un des points forts du rapport Steg a été de mettre en évidence que, l'hôpital ayant pris la place du médecin de famille dans la

gestion de l'urgence, c'est lui qui est amené à recevoir une demande dont les deux tiers, comme indiqué plus haut, ne relèvent pas d'une prise en charge par un service hospitalier et pourraient, en revanche, au bénéfice tant du malade que de l'institution hospitalière, être reçus en ville.

Cette polarisation de l'urgence sur l'hôpital est liée à deux facteurs : d'une part l'accueil des urgences demeure pour l'hôpital, dont c'est l'une des missions statutaires, une voie essentielle de recrutement des services d'hospitalisation et il est donc naturellement conduit à occuper ce créneau de l'offre de soins, et, d'autre part, cet accueil, où la demande d'écoute est souvent aussi importante que la demande de soins, intervient la plupart du temps en-dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Or, les généralistes, comme les spécialistes, rechignent à organiser cette prise en charge supplémentaire qui suppose l'adoption de contraintes fortes dans leur mode de vie, sans rémunération adaptée, et alors même qu'ils n'ont pas véritablement été formés pour répondre à cette urgence courante — et c'est également vrai pour les médecins hospitaliers.

La participation des médecins libéraux au fonctionnement des urgences hospitalières, qui est effective dans de nombreux sites, que ce soit dans le cadre de « Centre 15 » ou pour la prise de garde à l'hôpital, se heurte néanmoins à la difficulté de trouver un système de rémunération convenable. Quant à la coordination entre les organisations de médecins généralistes qui sont à même de répondre à l'urgence, et les autres acteurs (hôpital, Centre 15, Samu, Smur, médecins des sapeurs-pompiers…), elle est, dans la plupart des cas, inexistante (problèmes de délais, de continuité des soins…).

Cette situation montre que le défaut de coordination entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière aboutit à une insuffisance grave du système de santé français et des surcoût importants. Cette carence est illustrée pas l'absence d'outils informatiques communs, outils qui sont, dans le domaine de la santé en France, sous-développés et non coordonnés.

Deux domaines prioritaires pour promouvoir cette coordination, et une réflexion à conduire

Si la coordination entre la médecine hospitalière et la médecine de ville doit être développée à tous les niveaux de la prise en charge médicale, le Haut Comité de la santé publique souhaite appeler l'attention sur deux domaines qu'il juge prioritaire pour assurer la promotion de cette coordination : la prise en charge de l'urgence et les alternatives à l'hospitalisation. Il estime, par ailleurs, qu'il convient d'entreprendre une réflexion sur le devenir

des consultations hospitalières dans le cadre de leurs relations avec la médecine de ville.

Associer la médecine libérale à la prise en charge de l'urgence

Déjà souvent présents, on l'a dit, dans les instances de régulation — 63 % des Samu bénéficient d'une participation des médecins libéraux —, localement organisés pour répondre aux appels d'urgence dans le cadre d'associations d'urgentistes (type SOS médecins), impliqués dans le fonctionnement de consultations d'urgence de certains établissements privés, les médecins libéraux n'ignorent pas l'urgence. Néanmoins leur participation à la prise en charge de l'urgence doit être renforcée par la création de véritables relations partenariales avec le monde hospitalier.

À l'exemple de ce qui a été réalisé pour le traitement des malades atteints du sida en terme de mise en place de réseaux de prise en charge sanitaire et sociale « ville-hôpital », on pourrait concevoir un dispositif de ce type pour l'urgence.

La pertinence d'un tel réseau repose sur :

- la polyvalence des médecins généralistes, leur connaissance des malades et de leur environnement, ainsi que la possibilité d'assurer un suivi de l'évolution de la pathologie,
- l'intérêt des cadres hospitaliers qui y voient la possibilité de dégager l'hôpital des « urgences ressenties » et donc de faire des économies.

Sa mise en place ne peut cependant déboucher sur une collaboration efficace que si un certain nombre de conditions sont réunies.

La première concerne la méthode d'élaboration. Un réseau ville-hôpital nécessite une redéfinition des missions respectives de la médecine hospitalière et de la médecine de ville, et demande des concessions de part et d'autre. Il ne peut en conséquence qu'être organisé à l'échelon local. Si sa mise en place doit être promue et facilitée par les pouvoirs publics, elle ne peut ressortir que d'une démarche volontaire des parties. Il apparaît souhaitable, dans le même esprit, pour que le réseau fonctionne effectivement, qu'il n'impose pas de façon uniforme à l'ensemble des médecins libéraux, quel que soit leur âge et leur spécialité, la même contribution au dispositif.

Favoriser la collaboration des médecins libéraux au sein même des services d'urgence hospitaliers implique le dépassement du statut de vacataire et le développement des formules, prévues par la loi, permettant la nomination pour une durée déterminée de contractuels à mi-temps, et de praticiens à temps partiel ayant

déjà une expérience de terrain. Dans les Samu et Smur, il serait souhaitable que les généralistes, aujourd'hui impliqués avec un statut d'attaché vacataire dans la régulation de l'urgence, puissent accéder, s'ils le souhaitent, à une carrière hospitalière, permettant ainsi le recrutement de médecins expérimentés assurant la liaison entre généralistes et hospitaliers.

La juste rémunération des soins d'urgence constitue un autre préalable à l'implication des médecins libéraux dans de véritables réseaux. La fixation d'une rémunération double, comprenant d'une part la prise en charge de la « visite d'urgence » (dont le montant serait fortement majoré par rapport à l'actuel tarif de la visite) et d'autre part d'un « forfait technique » pour permettre aux praticiens d'acquérir les matériels et médicaments nécessaires aux premiers soins, pourrait constituer une réponse adaptée à la difficulté actuelle.

Enfin, l'amélioration de l'enseignement de la médecine d'urgence constitue une autre priorité pour favoriser ce mouvement, dans la mesure où la réticence des praticiens libéraux s'alimente d'un défaut de formation, responsable d'une hétérogénéité de la compétence et de la crainte du risque. L'enseignement de la médecine d'urgence dans le cursus initial n'est actuellement pas obligatoire dans toutes les facultés de médecine, et, dans les programmes de la formation continue conventionnelle, suivie par 20 % seulement des médecins, elle n'a qu'une place très réduite.

Il est essentiel que cet enseignement soit, dès le premier cycle, inscrit dans le cursus de formation du médecin, et que, généraliste ou spécialiste, l'étudiant effectue au cours de ce cursus un stage en service d'urgence qui doit, au-delà des éléments de formation théoriques, lui permettre d'apprendre à réagir de façon à s'adapter à toutes les situations d'urgence réelle ou ressentie. Assurer, en outre, la place de la formation à l'urgence dans une formation médicale continue contrôlée, constitue aujourd'hui un point d'appui fort à la démarche proposée.

Développer les alternatives à l'hospitalisation

Favoriser la coordination entre médecine hospitalière et médecine de ville passe également par l'engagement des établissements de santé dans des modes de prise en charge médicale qui, parce que hors hospitalisation, voire même hors établissement, sont proches des pratiques libérales.

L'hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire constituent deux illustrations de ces alternatives à l'hospitalisation dont le

Haut Comité de la santé publique estime qu'il convient d'assurer la promotion.

L'hospitalisation à domicile

Après un développement continu du début des années 60 jusqu'en 1980, l'hospitalisation à domicile connaît depuis lors une phase de stagnation malgré sa reconnaissance en 1992 et la prise en compte des places d'HAD dans la carte sanitaire : elle ne représente encore que 0,8 % de la capacité totale en hospitalisation complète, 0,9 % des journées et 0,3 % des admissions. Elle se concentre sur l'activité de 41 structures, dont 24 ont un statut privé. Ces dernières disposent aujourd'hui de 63 % de la capacité d'accueil et ont bénéficié d'une réorientation de la clientèle hospitalière suite à l'instauration du budget global qui a entraîné une diminution de l'activité dans le secteur public.

Elle constitue pourtant un mode de prise en charge qui présente de nombreux points forts : adaptée au désir des patients d'être maintenus dans leur environnement, elle emporte la satisfaction du corps médical pour qui la situation de confort et de soutien psychologique qu'elle garantit est essentielle dans la lutte contre la maladie — elle est particulièrement bien adaptée au traitement des cancers qui représentent plus de la moitié des motifs de recours à l'HAD —. On notera par ailleurs qu'elle diminue de façon spectaculaire les risques d'infections nosocomiales qui existent à l'hôpital, et qu'enfin, il s'agit là d'un mode de soins très efficient puisqu'il permet de réaliser des économies sensibles pour l'assurance maladie — estimées entre 40 et 400 MF en 1991 selon la base de référence.

Une solution aussi avantageuse à tout point de vue, n'a cependant pas connu le développement auquel on pouvait s'attendre du fait d'un certain nombre de difficultés :

- au niveau de la demande, à la fois une aspiration vague mais une grande méconnaissance de ce mode de prise en charge dans le public et un réflexe de préférence pour l'hôpital considéré par certains comme synonyme de sécurité et de qualité des soins ;
- au niveau des prescripteurs, parfois une égale méconnaissance de cette modalité chez le médecin traitant — qui jusqu'en 1992 ne pouvait prescrire l'HAD —, mais aussi une difficulté de positionnement au sein de l'équipe ; quant au prescripteur hospitalier, il éprouve quelquefois une réticence à favoriser un mode d'hospitalisation qui implique juridiquement la réduction des capacités de lits hospitaliers ;

- au niveau de la gestion de l'offre, enfin, d'une part la difficulté technique d'organiser et de faire vivre un réseau, et, d'autre part, le caractère encore expérimental que l'on attribue à ces structures, illustré par la diversité des modes de tarification existants.

À tous égards, il est souhaitable de favoriser le développement de ce mode de prise en charge en incitant les acteurs de l'offre de soins à s'engager dans cette voie.

Il est recommandé, dans cette perspective, de faire du développement de l'HAD un des objectifs prioritaires des agences régionales de l'hospitalisation qui devront mobiliser les partenaires des structures publiques et privées pour obtenir des résultats significatifs de développement de l'offre en la matière. Elles pourront, par exemple, réserver les gains de productivité dégagés par les services d'hospitalisation performants au financement de la création de places d'HAD.

Une harmonisation des modes de prise en charge des dépenses de ces structures constitue un autre impératif pour assurer le développement de l'offre.

Formaliser les modalités de la coordination avec la médecine de ville, afin de préciser le rôle et la responsabilité de chacun serait, enfin, un moyen de favoriser l'intégration des praticiens libéraux dans ces réseaux de soins.

La chirurgie ambulatoire

Comme pour l'hospitalisation à domicile, le développement de la chirurgie ambulatoire, fondé sur les extraordinaires progrès des techniques anesthésiques et chirurgicales, intéresse tout le monde : les patients qui peuvent bénéficier des soins les plus performants tout en subissant un moindre désagrément dans leur vie personnelle, l'assurance maladie qui réalise des économies substantielles par le raccourcissement des durées de séjour dans les structures privées, et les établissements qui peuvent ainsi redéployer leur capacité de prise en charge des soins.

Comme l'hospitalisation à domicile, cette activité a obtenu sa reconnaissance juridique dans des textes de 1992, qui ont, par ailleurs, défini les normes de qualité de son exercice. Un fort développement de la chirurgie ambulatoire s'en est suivi : si en 1990, elle représentait 8 % des actes réalisés, ce taux se situe en 1994 à près de 36 %. Essentiellement le fait du secteur privé qui concentre 77 % des places, cette progression d'activité a eu un effet

substitutif par rapport au mode traditionnel d'intervention, attesté par le ralentissement de la croissance des dépenses de chirurgie en 1994. Les conditions de création et de conversion des places de chirurgie ambulatoire ont eu par ailleurs un effet restructurant important sur les établissements privés dont un tiers a été affecté par des opérations de conversion et de regroupement.

La situation actuelle n'apparaît pas cependant pleinement satisfaisante et mérite des mesures de soutien pour développer encore cette activité qui n'occupe pas la place qui devrait être la sienne. Dans les pays plus avancés que la France dans cette pratique, comme les États-Unis, les interventions réalisées en chirurgie ambulatoire représentent plus de 50 % des actes.

Les établissements privés estiment que les modes de gage des créations de places en chirurgie ambulatoire, deux lits pour une place, sont dissuasifs du fait de la confusion entre les places relevant strictement de la chirurgie ambulatoire et celles réservées aux actes d'investigation (endoscopie, fibroscopie…). Une clarification sur ce point semble en effet souhaitable ainsi que, plus globalement, la recherche d'une approche de la planification qui, au-delà des règles rigides d'équipement, soit en mesure de suivre les évolutions réelles des modes de prise en charge, encadrées par le développement des références médicales, et une analyse de leur efficience comparée.

La quasi-absence du secteur public en matière de chirurgie ambulatoire est un autre sujet majeur d'inquiétude. Avec 16 % du nombre de places autorisées, il est en situation de connaître une véritable marginalisation sur ce créneau d'avenir de la chirurgie, ce qui pose notamment le problème de sa capacité à assumer sa mission de formation des praticiens. À l'origine de cette situation, on trouve à la fois la position statutaire des médecins hospitaliers, attachée à l'activité d'hospitalisation qui ne les incite pas à reconvertir leur activité, et la difficulté de mettre en place à l'hôpital des circuits dédiés à la chirurgie ambulatoire avec une organisation nécessairement serrée du temps et des moyens. Ces rigidités du fonctionnement de l'hôpital public sont encore aggravées par les problèmes liés à l'insuffisance de médecins anesthésistes et à celle des infirmières anesthésistes, qui pèsent d'ailleurs sur le fonctionnement médical de l'ensemble des établissements de santé, et qui renvoient à une gestion défaillante de la démographie médicale et para-médicale, dont il est urgent de corriger les effets.

Il s'agit là d'un sujet prioritaire pour le secteur hospitalier public et il est urgent qu'il mobilise toutes les énergies.

Entamer une réflexion sur le devenir des consultations hospitalières

À l'heure où la coordination entre médecine de ville et médecine hospitalière est à l'ordre du jour, il est naturel que soit posée la question de la place des consultations hospitalières dans l'offre de soins, et de ses missions spécifiques au regard de l'activité de ville.

Le vieux débat sur la question de la concurrence déloyale que subirait la médecine de ville du fait des consultations hospitalières doit faire l'objet d'une analyse serrée. Quelles sont les clientèles respectives, les motifs de recours à chacune de ces offres ? Quel rôle les services de consultations hospitalières jouent-ils dans le maintien d'un lien (parfois en terme de recours) entre la médecine libérale et l'hôpital ? Les consultations hospitalières ne sont-elles pas à même d'assumer une fonction essentielle en matière de formation médicale, notamment des généralistes ?

Le Haut Comité de la santé publique souhaite que ces thèmes fassent l'objet d'une étude et d'une réflexion approfondie que pourrait conduire un groupe de travail constitué en son sein.

Bibliographie

Association des médecins généralistes à l'action d'éducation sanitaire. *Étude psycho-sociologique*. CFES. Octobre 1982.

Audit de la formation médicale continue des médecins libéraux. Rapport Igas. Juin 1993.

Adolphe Steg. *Rapport sur la médicalisation des urgences*. Commission nationale de restructuration des urgences. Septembre 1993.

Danièle Levy, Bui Dang Ha Doan. *Une décennie de formation médicale permanente en France*. Centre de sociologie et de démographie médicales. Septembre 1993.

Rapport Hennigan. *La prévention et l'éducation pour la santé dans l'Union européenne : rôle de la profession médicale*. Novembre 1993.

La sécurité anesthésique. Rapport du Haut Comité de la santé publique, novembre 1993.

Baromètre Santé 92, Baromètre Santé 93/94, premiers résultats du Baromètre Santé 94/95, édité par le CFES avec le concours du HCSP

La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité. Rapport du Haut Comité de la santé publique, janvier 1994.

Mission interministérielle sur les hôpitaux. Rapport conjoint Igas–IGA–IGF, juillet 1994.

Geneviève Barrier. *Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences*. Septembre 1994.

J.-R. Bitaud. *Les consultations externes à l'hôpital public : de l'accessoire à l'essentiel ?* Mémoire d'assistanat. Septembre 1984.

Sous la direction de **Martin Hirsch**. Rapport de séminaire de Questions sociales ENA. *Le rôle du généraliste en santé publique*. Avril 1995.

Médecine générale et santé publique. Actes du colloque d'Hammamet. Juin 1995.

Étude et bilan de la situation de la réanimation. Rapport Igas. Décembre 1995.

Édouard Zarifian. *Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France*. Mars 1996.

Sous la direction de **D. Joly**. *La juste place des hôpitaux universitaires dans les systèmes de santé*. Avril 1996.

H. Guidicelli, M.F. Veyran-Peyret. *La chirurgie en France*. juin 1996.

L'établissement de priorités nationales et régionales de santé

Si l'on définit le **système de santé** comme l'ensemble des éléments qui concourent à l'état de santé de la population, pris dans son sens le plus large, il est bien clair que le **système de soins** en est un élément important mais qu'il n'est pas le seul.

Le public a bien intégré cette notion lorsqu'il demande au système de santé « **d'assurer à chaque individu d'être dans le meilleur état de santé possible »** : il s'attend non seulement à être guéri s'il devient malade, mais également être protégé de la maladie (en amont des soins) ou de récupérer son état antérieur après une maladie invalidante (en aval des soins).

Les progrès scientifiques dans les cinquante dernières années ont permis d'importants progrès médicaux qui, dans l'ensemble, ont pu profiter à une grande partie de la population grâce aux systèmes de protection sociale en vigueur dans la plupart des pays. Ces progrès considérables n'ont pas été sans conséquence sur les représentations individuelles de la santé et en particulier ils ont contribué à nourrir la croyance, si répandue, en un progrès scientifique proche de son achèvement. Cette croyance pousse par exemple à considérer comme acquise la possibilité de bénéficier pour telle ou telle affection d'un risque individuel qui serait nul. Ce mythe du « **risque zéro** » illustre l'une des difficultés conceptuelles les plus grandes qui sépare la population de la réalité du système de santé et sans doute les scientifiques, dans leur communication avec le public, ont-ils une part de responsabilité dans cet état de fait !

En réalité, « assurer à chaque individu d'être dans le meilleur état de santé possible » est bien l'objectif théorique que l'on peut assigner au système de santé mais le terme même de « possible » montre qu'il ne peut s'agir au mieux que d'une optimisation tenant compte de contraintes propres aux individus concernés. Certaines contraintes peuvent être partagées par l'ensemble de la population, celle du niveau total des ressources pouvant être consacrées au système de santé par exemple.

La politique de santé doit donc permettre au système de santé de se rapprocher au mieux de cet idéal théorique. La complexité du champ des responsabilités dans ce système est cependant telle que la seule possibilité envisageable est de le découper en secteurs et de définir pour chacun de ces secteurs des critères de choix de priorités et pour chacune des priorités, les objectifs à atteindre. La cohérence des objectifs, priorités et choix ainsi établis, représente une difficulté majeure dans l'élaboration d'une politique de santé.

Il apparaît que les responsabilités du système de santé s'exercent au moins dans quatre secteurs :

- **la protection de la santé (sécurité).** Les objectifs dans ce secteur sont de diminuer les risques associés à l'environnement physique (pollution atmosphérique…) ou lors des soins (sécurité des soins, des médicaments…). Il s'agit donc de risques évitables dont la responsabilité n'appartient pas directement aux individus eux-mêmes mais au système de santé.

- **l'amélioration de la santé.** Les objectifs dans ce secteur sont de réduire l'incidence et la prévalence de problèmes de santé évitables en agissant collectivement ou individuellement sur les facteurs qui les déterminent mais aussi par des actes de prévention médicale primaire (vaccinations…) et secondaire (dépistage des cancers…).

  Ces deux secteurs relèvent classiquement de la **santé publique** et leurs objectifs sont dits de santé publique. Il sont d'ailleurs souvent impliqués ensemble, comme par exemple la sécurité routière qui dépend à la fois de l'aménagement du réseau routier et du comportement des individus. Se fixer des objectifs dans ces secteurs correspond à une attitude volontariste d'améliorer l'état de santé de la population.

- **la prise en charge des soins en fonction des besoins**. Les objectifs dans ce secteur sont de fournir des soins de qualité (préventifs, curatifs…) adaptés aux besoins de santé de la population.

  Les questions d'organisation des établissements sanitaires

et sociaux, de la maîtrise de la démographie médicale, et parallèlement du maintien (ou de l'amélioration) de la qualité des soins, non seulement contribuent à l'objectif général du système de santé, mais sont au coeur des gains de productivité que l'on peut en attendre.

- **la répartition des ressources disponibles**. Les objectifs dans ce secteur sont de répartir équitablement les ressources attribuées au système de santé. Les arbitrages sont nécessaires entre tous les domaines susceptibles de participer à l'état de santé de la population, entre les différentes régions qui peuvent en bénéficier. Ces arbitrages devraient être réalisés selon des critères clairement identifiés.

Afin de limiter l'écart croissant entre l'accroissement des dépenses de santé et les ressources disponibles, différentes possibilités existent *a priori* : augmenter l'efficience du système actuel, augmenter les ressources, définir des priorités, réduire la qualité. Si, comme il a été dit plus haut, certaines possibilités existent d'augmenter la productivité du système de prise en charge, l'augmentation des ressources ne peut être envisagée comme solution à long terme. La réduction de la qualité n'est évidemment pas acceptable et le recours à une hiérarchisation des objectifs apparaît alors inéluctable.

De la même façon, le financement en majorité collectif du système de soins par la sécurité sociale impose que des priorités soient fixées concernant la part prise en charge par la collectivité dans chaque dépense de santé. L'effort d'établissement de priorités est un élément essentiel de la politique de santé du pays et les choix qui en résultent ne peuvent être fondés que par un large débat reposant sur des principes éthiques reconnus par tous. Ce point sera évoqué dans le dernier chapitre.

L'état de la démarche en France

La planification des établissements sanitaires et sociaux

La loi hospitalière de 1970 a instauré le principe de la carte sanitaire pour réguler et redistribuer le parc hospitalier qui s'était jusqu'alors développé très anarchiquement, et présentait des inégalités géographiques considérables. L'objectif principal de la carte sanitaire était de fournir un modèle d'iso-répartition de l'offre de soins, matérialisé par les indices de lits ou d'équipement matériel lourd. Ces indices, appliqués au volume de population de chaque

secteur sanitaire, permettaient alors de calculer les niveaux d'offre théoriques devant être atteints, mais pas dépassés, pour chaque secteur.

Par principe, la carte sanitaire ne pouvait remplir qu'un objectif de planification assez fruste, fondé sur une définition nationale des priorités d'équipement, que traduisent les différents indices (par exemple le nombre de lits de médecine, de chirurgie et d'obstétrique pour 1 000 habitants). La valeur des indices étant fixée nationalement, leur adaptation régionale était *a priori* exclue.

Le mécanisme d'application de la carte sanitaire, qui ne s'imposait que lors des demandes nouvelles d'autorisation, en a considérablement limité l'effet. Aussi, en 1990, vingt ans après sa mise en œuvre, les inégalités géographiques de répartition de l'offre en matière d'équipement hospitalier persistaient à un niveau encore remarquable.

Le premier élément de renouveau a été constitué par l'instauration du plan gérontologique en 1982. En 1986, la décentralisation donna naissance au schéma départemental des équipements sociaux et médico-sociaux, qui étendit ce principe de planification aux handicapés et à l'enfance. Toutefois, 14 ans après la parution du texte sur les plans gérontologiques, 40 % des départements ne les avaient toujours pas élaborés.

La véritable innovation est apportée par la loi hospitalière de 1991, qui crée le Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), et confère au niveau régional le pouvoir de mettre en œuvre une planification adaptée au contexte local, et pour laquelle la loi fait référence aux besoins de la population. Les grandes lignes du système antérieur, et la carte sanitaire en particulier, sont maintenues, mais le champ d'application en est considérablement étendu. En effet, sont dorénavant concernés les créations, extensions, conversions ou regroupements d'établissements, d'équipements matériels lourds, de structures alternatives à l'hospitalisation et même plus largement, *d'activités de soins d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique*.

Une innovation particulièrement importante de la loi de 1991 réside dans le caractère limité des autorisations, qui ne sont maintenant accordées que pour une période de 5 à 10 ans. Les renouvellements d'autorisation dépendent alors de la conformité de la demande avec les prescriptions du Sros pour le domaine concerné.

Ainsi, contrairement à ce qui se passait pour la loi de 1970, qui limitait l'application des indices de la carte sanitaire au seul cas

des autorisations nouvelles, les Sros s'appliquent réellement par le jeu des renouvellements d'autorisation.

Pour l'élaboration des premiers Sros, les régions ont bénéficié d'une grande liberté, et les méthodes utilisées ont montré, d'une région à l'autre, une grande diversité. Les services déconcentrés du ministère en charge de la Santé ont travaillé le plus souvent en collaboration avec le service médical de l'assurance maladie, et en s'appuyant sur la réflexion de comités techniques d'experts.

Les différentes étapes ont conduit à proposer des découpages spécifiques en zones et secteurs sanitaires, à réaliser des études de l'existant en matière d'offre et de besoins, et à élaborer des objectifs de planification conduisant au schéma lui-même.

Même si quelques régions ont procédé à une approche fondée sur l'étude de l'état de santé de la population, l'analyse des besoins s'est généralement limitée à une étude de l'utilisation constatée du système de soins, sur la base des données statistiques disponibles : séjours, durées moyennes de séjour, taux d'occupation, origine géographique des patients. Les flux de patients entre secteurs géographiques, les écarts constatés entre les taux d'occupation observés et les taux théoriques, ont fourni pour chaque secteur une estimation des besoins non couverts, ou, *a contrario*, des offres excédentaires. Dans certains domaines (urgences, réanimation, dialyse,…), l'analyse des besoins a pu se fonder sur des données plus qualitatives recueillies par des enquêtes spécifiques.

En fait, les objectifs de santé sous-jacents à la réalisation des Sros de première génération sont rarement énoncés et encore moins ordonnés par priorités. L'élaboration des schémas régionaux repose le plus souvent sur le principe d'une diminution de l'offre, souvent sur la base de normes élaborées par les groupes d'experts, avec la volonté de se rapprocher au mieux des indices prescrits par la carte sanitaire tout en conservant une cohérence d'ensemble au niveau régional.

L'étape réglementaire de concertation avec les conférences sanitaires de secteur a été généralement à l'origine de débats sur le contenu du Sros, amenant à confronter un idéal théorique avec la réalité des contingences politiques et des intérêts locaux.

Il apparaît cependant que la démarche d'élaboration d'un Sros peut tout à fait concrétiser, pour le domaine de planification couvert, des objectifs traduisant des priorités régionales et nationales. Toutefois, un certain nombre de limites doit être souligné.

Jusqu'à présent, la portée juridique des schémas a pu paraître limitée, en particulier concernant la confrontation entre le Sros et les projets d'établissement, ces derniers devant être « compatibles » avec le Sros. Par ailleurs, les annexes des Sros n'étaient qu'incitatives, et ne pouvaient être opposables.

La loi de 1991 a fait de l'*établissement de santé* le point d'impact de la planification. Cette notion permet de regrouper les établissements hospitaliers publics et privés, les alternatives à l'hospitalisation, et s'étend à toutes les structures comportant un élément soumis à planification. Les cabinets de ville en sont cependant *a priori* exclus, et, même si le champ de la planification ainsi défini est très élargi par rapport à celui de la loi de 1970, il ne couvre pas l'ensemble de l'offre de soins.

L'analyse qualitative a été, faute d'information disponible, relativement peu développée pour l'élaboration des premiers Sros, et l'estimation des besoins devrait dans l'avenir reposer plus largement sur une analyse de la demande.

La division en secteurs géographiques pose des problèmes méthodologiques mal résolus pour choisir la taille des secteurs et leur mode de découpage. Les échanges entre régions sont mal pris en compte dans les Sros, et aucun dispositif n'est directement prévu pour réduire les disparités entre les régions : il n'existe pas de 'schéma national' dans la loi de 1991.

Enfin, les liens entre le sanitaire, le médico-social et le social, sont indispensables, aussi bien pour le développement des actions de prévention, que pour l'articulation entre les différents types d'hospitalisation : court séjour, soins de suite ou alternatives. Dans cette perspective, la mise en place d'un véritable **schéma régional d'organisation sanitaire… et sociale** intégrant ces différents aspects pourrait devenir un outil privilégié de planification en fonction des priorités de santé.

La programmation des actions de santé

Les démarches de programmation connaissent depuis les années quatre-vingt-dix un nouvel essor. Elles prolongent une expérience plus ancienne menée en France dans les années soixante-dix : la rationalisation des choix budgétaires.

La rationalisation des choix budgétaires (RCB)

Inspirée du Planning programming budgeting system américain (PPBS), la démarche RCB a été introduite en France en 1967. Elle vise à utiliser dans le domaine de la dépense publique un processus de rationalisation des décisions et de l'action, dans un cadre

pluriannuel, en intégrant à la pratique budgétaire le recours aux techniques de l'analyse de système.

La démarche RCB comporte une analyse de système puis une phase d'action et d'évaluation.

L'analyse de système s'effectue en trois temps :

- Diagnostic préliminaire (exemple : niveau de la mortalité infantile) ;
- Analyse des actions existantes et de leurs résultats ; définition d'un système d'objectifs et sous-objectifs ; appréciation des contraintes et des options d'action possibles ;
- Mise au point : élaboration des solutions alternatives dont on essaie d'apprécier les résultats par rapport aux objectifs grâce à différentes techniques (bilan actualisé, analyse coût/avantages, analyse coût/efficacité, méthode Delphi).

La phase d'action et d'évaluation consiste en la mise en œuvre des décisions issues de l'étape précédente ; ces décisions se traduisent à travers un plan stratégique, des programmes d'actions pluriannuels et les budgets annuels correspondants.

L'évaluation accompagne les actions et apprécie leur déroulement (à travers des indicateurs de résultats et d'objectifs).

La démarche RCB dans le domaine de la santé a connu un développement marqué en France, dans les années soixante-dix. De nombreux programmes ou études s'en sont directement recommandés. Le plus connu est le programme Périnatalité. Mais des applications ont été développées en santé scolaire (1970-1972), pour la psychiatrie de secteur, pour la vaccination anti-grippale (1972-1975), pour l'aide sociale aux personnes âgées, l'aide sociale à l'enfance (1979).

Ces développements se sont taris depuis quinze ans, en raison, notamment, de la complexité de la méthode et de l'hétérogénéité de l'action administrative. On remarque par ailleurs que son introduction dans les pays en voie de développement n'a pas produit les résultats escomptés.

La programmation stratégique des actions de santé

La programmation stratégique des actions de santé vise à développer progressivement, avec l'ensemble des acteurs concernés, les actions les mieux adaptées en vue d'apporter des solutions à moyen terme à un problème de santé identifié comme prioritaire pour une population.

Son cadre de développement est lié à celui de la santé communautaire. Il a été particulièrement exposé au début des

années quatre-vingts par deux auteurs québécois, R. Pinault et C. Daveluy.

La démarche repose là aussi sur plusieurs étapes, une analyse préalable des conditions de santé dans la population comprenant l'identification des problèmes et la définition des priorités, une phase de programmation et une phase d'action et d'évaluation.

Clairement inspirée de la méthode RCB, cette démarche s'en distingue par sa volonté de rassembler l'ensemble des acteurs concernés autour des mêmes finalités et objectifs opérationnels ; en ce sens, il n'y a de bonnes solutions que partagées. Cette orientation conduit les acteurs d'une logique d'application de directives à celle d'une gestion participative.

La démarche se veut surtout très pragmatique car ancrée dans une réalité régionale et portée par la réflexion des acteurs locaux ; elle ne prétend pas apporter d'emblée les réponses les plus rationnelles mais revendique par le jeu des essais / erreurs de parvenir à une meilleure cohérence des stratégies de chacun à moyen terme.

Elle a été expérimentée en 1994 dans trois régions « pilote » : sur la périnatalité en Auvergne, le cancer en Alsace et les conduites d'alcoolisation à risque dans les Pays de Loire. L'expérience a été étendue en 1995 à neuf autres régions.

Programmation sida

Amorcé en France depuis 1990, le développement des programmations sida constitue une application du modèle général de programmation stratégique des actions de santé décrit ci-dessus.

Entre 1990 et 1994, vingt-sept départements se sont engagés dans une démarche de programmation triennale. Depuis, la majorité des départements a adopté cette démarche.

Il a bénéficié d'un financement additionnel considérable et en ce sens il constitue probablement un contre-exemple par rapport aux projets régionaux de santé (voir plus loin) qui prônent d'abord une meilleure utilisation des ressources existantes avant de rechercher des moyens nouveaux.

À moyen terme, la programmation sida devrait s'établir au niveau régional et s'intégrer dans le dispositif des projets régionaux de santé.

De nombreuses autres démarches de programmation se sont développées sur des bases territoriales *infra*-départementales. On pense ici particulièrement aux actions des contrats de ville ou aux projets de certains comités départementaux d'éducation pour

la santé. Elles pourraient être utilement citées comme témoignage de l'émergence des concepts et méthodes de la santé communautaire en France.

L'identification de priorités pour les programmes de santé

Les rapports du Haut Comité de la santé publique

Stratégie pour une politique de santé

Dès 1992, dans son rapport *Stratégie pour une politique de santé*, le Haut comité de la santé publique se proposait d'établir un ensemble cohérent d'objectifs et d'actions à entreprendre dans le cadre d'une politique de santé. Il était nécessaire pour cela de poser clairement les principes et les valeurs auxquels on se référait et tout particulièrement la conception de la santé qui était retenue. Il semble que la définition élargie qu'en donne classiquement l'OMS, et qui a été retenue par le HCSP, fasse l'objet d'un important consensus national et international, même si ça et là certaines nuances peuvent apparaître. Par ailleurs, la référence aux valeurs de liberté, d'égalité et de fraternité permettait de positionner la réflexion sur la santé dans le cadre du débat politique habituel dans les pays démocratiques.

Une longue liste d'objectifs, soit généraux (par exemple « favoriser l'égalité des chances en matière de santé ») soit spécifiques (par exemple « diminuer la fréquence des cancers liés au tabac et à l'alcool »), chacun accompagné de plusieurs directions d'actions possibles, constitue l'essentiel du rapport. Il montre de manière convaincante l'extraordinaire diversité des actions de santé qui peuvent être envisagées pour atteindre un objectif donné. C'est en particulier le cas de la mobilisation nécessaire de catégories variées d'acteurs allant, selon les cas, des professionnels de santé aux usagers, des professionnels de l'action sociale aux administrateurs de la santé… Le rapport, cependant, ne propose aucune priorité parmi les nombreux objectifs et en cela il ne constitue pas la proposition d'une politique de santé mais plutôt un manuel méthodologique.

Il indique clairement certaines conditions qui apparaissent aujourd'hui nécessaires afin qu'une telle politique puisse se dégager : l'organisation de débats publics impliquant les usagers et

la population elle-même ou ses représentants (Parlement…), l'importance de la dimension régionale comme niveau privilégié de la programmation et de l'évaluation des actions, la nécessité de poursuivre parallèlement des objectifs de soutien à la politique de santé, dont chacun mériterait de longs développements (formation, recherche, modernisation administrative, partenariat, système d'information, réflexions éthiques… ce dernier domaine apparait particulièrement important).

L'approfondissement des questions éthiques d'une manière indépendante des pouvoirs publics et des intérêts catégoriels ainsi que la publicité donnée à ses recommandations devraient permettre d'édicter des règles déontologiques qui puissent protéger efficacement les usagers, indépendamment de leurs caractéristiques individuelles, d'âge, de revenus…

La Santé en France

Le rapport du Haut comité de la santé publique ***La Santé en France***, paru en 1994, représente une première tentative d'associer à un bilan sur l'état de santé de la population un ensemble de propositions d'objectifs d'amélioration de la santé utilisant des indicateurs souvent quantifiés. La sélection des problèmes de santé et des déterminants prioritaires a été effectuée par l'interrogatoire d'experts de santé publique selon une enquête de type Delphi.

Les problèmes prioritaires ont été sélectionnés en fonction des critères suivants : gravité, fréquence, impact socio-économique, faisabilité, perception sociale, mêlant à la fois des critères d'importance sur le plan individuel (gravité) et collectif (impact socio-économique) et des critères permettant de s'assurer de la possibilité d'actions efficaces et leur acceptation par la population.

Les quatorze priorités proposées peuvent être réunies en quatre catégories correspondant aux quatre grands buts pour une politique de santé à moyen terme :

- réduire les décès évitables et tout particulièrement les décès prématurés (avant 65 ans) chez l'homme,
- réduire les incapacités évitables,
- améliorer la qualité de vie des handicapés et des malades,
- réduire les inégalités face à la santé.

Parallèlement, quatre déterminants prioritaires ont été sélectionnés selon la même méthode à partir des critères suivants : impact sur la santé, fréquence, faisabilité.

Des objectifs quantifiés sur la base d'indicateurs ont été proposés (horizon 2000 ou 2010) dans le cas où ces indicateurs sont

Tableau 1 **Problèmes de santé et déterminants prioritaires en France** (HCSP 1994)

Les problèmes de santé prioritaires		
Mortalité évitable	**Incapacités évitables**	**Qualité de vie des handicapés et des malades**
Les accidents	Les toxicomanies	Les handicaps
Les cancers	Les mauvais traitements à enfants	La dépendance des personnes âgées
Le sida et les MST	Les maladies iatrogènes et nosocomiales	Les maladies mentales
Les maladies cardio-vasculaires	Le mal de dos	La douleur
Les suicides		
Les affections périnatales		

Les déterminants prioritaires	
Les consommations d'alcool	Précarité, insertion et santé
L'usage du tabac	Difficultés d'accès aux soins et à la prévention

régulièrement mesurés (essentiellement données de mortalité). Un autre exemple d'objectif est « d'ici l'an 2000, diminuer de 30 % la quantité de tabac vendue ».

Si les priorités identifiées parmi les problèmes de santé et leurs déterminants n'ont pas été contestées, les objectifs correspondant à chacune de ces priorités ont fait l'objet de plusieurs critiques.

En effet, ces objectifs n'ont pas été fixés par des simulations portant sur des scénarios pour l'avenir et même si des mesures essentielles pour atteindre l'objectif ont été listées, aucun programme concret d'action n'a été placé en face de l'objectif de santé au plan national. Fixés par des experts, ces objectifs ressemblent plus aux niveaux qu'il serait souhaitable d'observer en 2000 ou 2010 parce qu'ils témoigneraient soit d'un renversement d'une tendance défavorable (cas du cancer du poumon, du cancer du sein par exemple), soit de la poursuite d'une tendance favorable (cas du cancer VADS, des maladies cardio-vasculaires par exemple).

Si au plan national des réserves peuvent être faites sur les objectifs prioritaires définis dans le rapport de 1994 du HCSP, leur déclinaison au niveau des régions apparaît plus intéressante. Les **conférences régionales sur l'état de santé de la population** et les priorités de santé publique qui se déroulent sur la période 1995-96 le montrent clairement.

Les conférences sur l'état de santé et les projets régionaux de santé

Organisées à la suite du rapport 1994 du Haut Comité de la santé publique, les conférences régionales de santé ont pour but de mieux faire connaître les grandes lignes de ce rapport, de permettre à la région et aux départements qui la composent de se positionner par rapport aux objectifs nationaux de santé, d'identifier les priorités régionales et de sensibiliser les différents acteurs du système de santé à la démarche de santé publique en leur permettant de « s'approprier » ces priorités.

Les conférences prennent la forme d'une réunion de type « conférence de consensus » réunissant de 200 à 500 participants selon l'importance de la région. Au-delà des décideurs (services déconcentrés de l'état, collectivités locales, caisses d'assurance maladie et mutuelles…), les participants sont des professionnels sanitaires et sociaux ou représentent des institutions du domaine, des associations thématiques, des associations d'usagers… Elles sont précédées de la consultation d'une quarantaine « d'experts » par département. Au cours de la conférence, les résultats de cette consultation sont comparés à une analyse « objective » de l'état de santé dans la région préparée par l'Observatoire régional de la santé. En fonction de ces présentations et du débat auxquelles elles donnent lieu, un jury de 6 à 10 personnes a pour tâche, en fin de conférence, de définir dans la liste des priorités nationales celles qui ont pour la région une importance particulière et qui justifieraient une mobilisation spécifique.

Actuellement des conférences se sont tenues dans 20 régions et 6 sont en cours de préparation. Parmi les priorités nationales le plus souvent reprises on peut citer les thèmes : « suicide et dépression », « accidents de la voie publique », « cancers », « toxicomanies », « handicap et dépendance », ainsi que pour les déterminants prioritaires « la consommation d'alcool » et « la pauvreté et la précarité des conditions de vie ».

À la suite de ces conférences régionales, des projets régionaux de santé vont être progressivement élaborés sur les thèmes reconnus comme prioritaires. Les projets se veulent l'instrument d'une politique volontariste d'amélioration de la santé de la population. Leur but est de favoriser la mobilisation, la concertation et la coordination des pouvoirs publics, des institutions, des associations et des professionnels. Ils structurent, dans une approche globale, les activités de promotion de la santé, d'éducation, de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion. Dans ce sens, ils sont le complément des Sros.

L'apport des réformes en cours : réaliser la jonction entre l'attribution des moyens et les priorités de santé

À la fin des années quatre-vingts et au début des années quatre-vingt-dix, il est devenu de plus en plus évident que la France manquait d'une politique de santé qui ne repose pas uniquement sur des considérations budgétaires mais qui prenne également en compte les besoins de santé de la population. Cette prise de conscience a conduit à un double mouvement. Les gestionnaires ont cherché dans leurs procédures à faire référence à une démarche de santé publique. La loi de 1991 portant réforme hospitalière prévoyait ainsi que les schémas régionaux d'organisation sanitaire prennent en compte les besoins de santé de la population. Pour leur part, les professionnels de santé publique ont voulu dépasser le simple constat sur l'état de santé de la population en formulant des priorités ou des propositions d'actions. Le rapport sur « La santé en France » constitue l'un des exemples les plus complets de cette volonté.

Il s'avère cependant que, chacune dans leur genre, ces deux démarches ont souffert d'un déséquilibre certain. La référence à la santé publique en matière de planification ou de gestion est restée en effet très symbolique dans les textes et très peu appliquée dans les faits. Par ailleurs, le lien entre les priorités proposées par les professionnels de santé publique et leur traduction en terme de moyens a été inexistant. Les projets régionaux de santé expérimentés dans certaines régions à l'initiative de la direction générale de la Santé ont bien pour vocation de réunifier ces deux démarches, de santé publique et d'allocation des ressources. Cependant, par nature, ces projets sont limités à quelques priorités essentielles, ils n'orientent donc qu'une faible partie des ressources du système de santé.

Toutefois, au fil des ans, l'ensemble de ces réflexions, de ces tentatives ou de ces expérimentations a porté ses fruits. En effet, pour la première fois dans notre pays, des textes législatifs établissent désormais un lien direct entre financement et priorités de santé, qu'il s'agisse de la loi du 23 février 1996 modifiant la Constitution ou des ordonnances du 24 avril 1996. Ce qui apparaissait utopique, il y a seulement deux ans, est devenu la réalité d'aujourd'hui.

Au **niveau national**, c'est le Parlement qui détient la compétence de fixer chaque année les objectifs de dépenses en adoptant les lois de financement de la sécurité sociale (article premier de la loi du 22 février 1996). Chaque année, le projet de loi de financement soumis au Parlement par le gouvernement doit tenir compte des priorités de la politique de santé et des orientations pour la prise en charge des soins proposées par la Conférence nationale de santé (article premier de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins). La transmission du projet de loi de financement au Parlement s'accompagnera de celle de deux rapports, celui de la Conférence nationale et celui du Haut comité de la santé publique.

Les conventions d'objectifs et de gestion conclues ensuite entre le gouvernement et les caisses nationales de la branche maladie, dans le respect des lois de financement, devront mentionner les orientations pluriannuelles de l'action du gouvernement dans le domaine de la santé publique comme elles devront préciser les objectifs d'amélioration de la qualité du service aux usagers et les objectifs liés à la politique d'action sociale et de prévention (article premier de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à l'organisation de la sécurité sociale). Les conditions de mise en œuvre de ces conventions sont examinées régulièrement par un conseil de surveillance indépendant qui formule un avis transmis au Parlement.

Au **niveau régional**, la réforme du système de santé prévoit plusieurs dispositions pour permettre l'émergence de priorités de santé régionales et assurer leur prise en compte effective.

Il est tout d'abord instauré une conférence régionale de santé qui a pour rôle d'établir les priorités de santé publique de la région et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population au regard de l'ensemble des moyens sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Le rapport de la conférence régionale est transmis à la Conférence nationale, à l'agence régionale de l'hospitalisation, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie et à l'union des médecins exerçant à titre libéral (article premier de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins).

Les agences régionales de l'hospitalisation concluent avec les établissements de santé des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Ces contrats définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé (article 8 de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospi-

talisation publique et privée). Par ailleurs, l'agence régionale de l'hospitalisation transmet chaque année à la conférence régionale de santé un rapport d'activité présentant les actions des établissements de santé correspondant aux priorités de santé retenues par la conférence (article 10 de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée).

Les unions régionales des caisses d'assurance maladie contribuent à la mise en œuvre par chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional (article 22 de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à l'organisation de la sécurité sociale).

L'ensemble de ces dispositions qui concernent aussi bien le niveau national que régional, le secteur public que le secteur privé, l'hospitalisation que les soins ambulatoires, établit ainsi dans tous les secteurs le lien entre l'élaboration des priorités de santé et l'allocation des ressources. Les méthodes et les instruments qui devront permettre d'appliquer ces mesures sont encore, pour une bonne partie d'entre eux, à développer.

Il s'agit en effet :

- de mieux préparer, par la formation initiale et continue, mais aussi par un dialogue constant, les professionnels de santé,
- de développer un système d'information adapté,
- de permettre la prise en compte, pour les engagements budgétaires, de la dimension pluriannuelle des actions,
- de mieux articuler les priorités nationales et régionales,
- de compléter de manière cohérente la planification des établissements (Sros) et la programmation des actions de santé (projets régionaux de santé) notamment par l'établissement de priorités dans la prise en charge des soins et l'élaboration de critères équitables de répartition des ressources.

La prise en compte de priorités de santé dans la politique de santé, explicitement prévue par les ordonnances d'avril 1996, relève donc d'un processus par étapes qui suppose la mise en place d'une stratégie commune à tous les acteurs de santé, stratégie dont la Conférence nationale devra être le promoteur avec le Haut Comité de la santé publique.

L'établissement de priorités dans la prise en charge des soins et la répartition des ressources disponibles

Largement discuté depuis la fin des années quatre-vingts dans de nombreux pays anglo-saxons et au Québec, ce thème a fait l'objet de peu de travaux et de réflexion collective en France. Ceci n'est pas étonnant compte tenu de la spécificité que l'on accorde à la conception médicale française (et peut-être latine) qui d'après A. Fagot-Largeault relève d'un point de vue « déontologique ». Face à son malade le médecin ne doit faire intervenir aucune autre considération que l'intérêt de son malade tel qu'il peut l'appréhender. Cette conception s'opposerait au point de vue « téléologique » en usage dans les pays anglo-saxons, pour lequel le soin donné à un malade ne peut se concevoir en dehors de la prise en compte de l'ensemble des malades devant être soignés. Sans vouloir minimiser les différences profondes pouvant exister entre cultures, on peut se demander s'il ne serait pas utile d'ouvrir un débat dans notre pays sur les priorités à définir dans la prise en charge des soins tant au niveau clinique qu'à celui de la santé publique. Le point de vue déontologique dans la société actuelle se heurte en effet à de nombreuses contradictions car il ne tient absolument pas compte du fait que les ressources ne sont pas illimitées, ni de l'existence d'une frange de la population qui, du fait de sa précarité, n'a plus accès au système de soins. Toutefois, avant de prôner une autre manière de raisonner, il est bon d'examiner l'état des réflexions menées dans d'autres pays.

Il ne s'agit pas ici de détailler les conclusions des multiples groupes de travail qui se sont penchés sur cette question. Les plus connus par leur retentissement sont peut-être ceux de l'État de l'Orégon et des Pays-Bas. Dans le premier cas, une liste de priorités a été établie pour le remboursement par le programme Medicaid qui, en fait, ne propose au remboursement que les soins de base et les soins d'urgence. Cette méthodologie a été fort critiquée car elle ne tient pas compte des aspects éthiques : le bénéfice possible d'un traitement pour un patient donné n'est jamais pris en compte, seulement celui de la moyenne des patients qui lui ressemblent.

Dans une problématique voisine, le rapport néerlandais ***Choices in health care*** propose quatre critères que doit vérifier un traitement pour être pris en charge : le traitement est-il nécessaire ? est-il efficace ? est-il coût-efficient ? peut-il être pris en charge par le malade

lui-même ? Il semble que là encore, on ne tienne pas assez compte des différences de besoins entre individus. On ne précise pas non plus les problèmes de méthode de mesure de l'efficience.

L'analyse récente (1995) faite par une Commission parlementaire suédoise dans ***Priorities in health care*** semble présenter de nombreux avantages, en dehors même de la manière dont elle a été réalisée à partir de très nombreuses consultations dans la population, de politiques, de professionnels de santé, d'administrateurs mais aussi de malades et de leurs associations :

- l'établissement de priorités repose sur la base de principes éthiques clairement énoncés,
- les priorités sont simultanément discutées dans le cadre de l'activité clinique et de la santé publique,
- les propositions sont présentées de manière à rendre leur application aussi concrète que possible.

Décrivons rapidement cette méthodologie : schématiquement trois principes hiérarchisés sont posés :

1er principe : le principe de **dignité humaine :** dignité et droits identiques quelles que soient les caractéristiques personnelles, les fonctions sociales…,

2e principe : le principe de **besoins et de solidarité** : les ressources doivent aller dans les domaines (actions s'il s'agit de santé publique, individus s'il s'agit de clinique) pour lesquels les besoins sont les plus grands. Une attention particulière est portée aux sujets non conscients de leur propre dignité, à ceux qui ont peu de chances d'être entendus ou de pouvoir exercer leurs droits,

3e principe : Le principe de **coût-efficience** : il ne s'applique pour comparer des méthodes que lorsqu'il s'agit de pathologies identiques.

La hiérarchie des principes 1 à 3 conduit par exemple à considérer que les maladies graves ou les problèmes graves de qualité de vie doivent passer avant les problèmes plus légers, même si le coût des soins est pour eux beaucoup plus élevé.

Le raisonnement fondé sur ces trois principes conduit à formuler une liste de priorités constituée de cinq groupes en ce qui concerne la santé publique :

Groupe I. traitement des maladies aiguës mettant en jeu le pronostic vital et des maladies qui, si elles n'étaient pas traitées, conduiraient à une incapacité permanente ou un décès prématuré — traitement des maladies chroniques sévères — soins palliatifs terminaux — soins aux personnes d'autonomie réduite,

Groupe II. prévention et réadaptation ayant un bénéfice démontré,
Groupe III. traitement des maladies aiguës ou chroniques moins sévères,
Groupe IV. cas-limites,
Groupe V. soins pour des raisons autres que la maladie ou une blessure.

L'ensemble des situations décrites dans le groupe I sont équivalentes du point de vue de leur priorité. En pratique le classement des priorités lorsqu'il s'agit d'activités cliniques ne se distingue de celui-là que par l'identification d'un groupe concernant les maladies aiguës et les maladies chroniques, les soins palliatifs et les soins aux personnes à autonomie réduite.

Une telle réflexion pourrait être menée en France et pourrait, si elle aboutissait à des conclusions voisines, réconcilier l'éthique qui serait celle du médecin dans son dialogue singulier et celle, collective, de la santé publique, éthiques que l'on a trop souvent opposées. En particulier, un tel consensus serait d'un grand secours dans l'établissement du « panier » de biens et de services couverts par l'assurance maladie universelle, prôné dans le rapport *Santé 2010*. Une instance devrait être chargée de gérer en permanence le « panier ». Les principes d'établissement de priorités dont nous venons de parler pourraient, une fois mis dans la loi, être la référence des avis rendus par cette instance.

À propos de... santé, médias et opinion publique

La situation actuelle

Une information en perpétuelle accélération

Information, communication, transparence, tels sont les trois mots forts portés par la société contemporaine auprès de l'opinion pour tout à la fois satisfaire un besoin légitime, susciter la réflexion voire alimenter le débat démocratique. Ces grandes idées ne sont pas nouvelles, elles ont toujours occupé l'esprit des sociétés organisées et seuls les moyens de transfert, évoluant à travers les époques, ont conditionné le champ de la diffusion et la rapidité de sa progression.

La société actuelle dans ce domaine est arrivée à un tel stade de perfectionnement que tout ou presque tout semble possible puisque paroles et images peuvent quasi instantanément traverser la planète sans autre frein que les limites de la technologie. Face à cette situation l'enjeu, en terme de concurrence, devient la vitesse. À moyens équivalents, ce qui est le cas des différents communicants, le souci prioritaire devient : connaître avant les autres pour être le premier à diffuser en utilisant l'outil le mieux adapté à l'événement. Dans cette course effrénée, la justesse de l'information n'est plus le souci majeur, on préfère souvent diffuser avant de vérifier, quitte à corriger secondairement. Pour tenir ce rythme incessant il faut également, cette fois sur le plan de la forme, passer des messages courts en utilisant des termes susceptibles

de capter l'attention car l'objectif est avant tout d'être entendu, reconnu et donc recherché.

Les faits divers de l'actualité sont ainsi projetés de plus en plus vite, chaque épisode efface le précédent et si un événement spectaculaire se produit à un endroit donné il occupe immédiatement le champ de la diffusion et occulte totalement les autres informations. Dans cette mécanique en perpétuel mouvement, l'information reste parcellaire et il n'y a plus de place pour la réflexion ni pour les commentaires qui aident à la compréhension.

Dans tous les médias, des espaces de réflexion peuvent certes être prévus, mais ils ne sont pas toujours utilisés. En pratique on a recours à des supports plus spécifiques, les hebdomadaires ou mensuels pour la presse écrite, les radios thématiques ou les chaînes spécialisées pour l'audiovisuel, endroits plus calmes, jamais en prise directe avec l'information et de ce fait pouvant diffuser des programmes préparés. Il existe donc bien des solutions complémentaires qui permettent à l'individu particulièrement intéressé par un sujet de se faire une opinion éclairée. Cette formule ne concerne en fait qu'une frange de l'auditoire, minorité souvent déjà la mieux informée et qui cherche à approfondir ses connaissances ou à recueillir l'opinion des spécialistes.

La population dans son ensemble ne fréquente pas de façon habituelle ces médias marginaux. Elle est soumise au matraquage de l'information flash où chaque sujet est survolé en deux ou trois minutes.

Dans ce défilement, quelques événements ont droit à un développement plus consistant ou plutôt un temps plus important. Ils sont choisis par les rédactions, parfois ils s'imposent par leur caractère spectaculaire ou leur gravité inhabituelle, parfois aussi parce qu'ils correspondent à une attente de l'opinion qui se trouve ainsi confortée dans ses idées ou flattée dans ses tendances. On risque de privilégier ce qui est susceptible de frapper l'imagination au détriment de ce qu'il serait utile de connaître.

Un résultat peu satisfaisant

Face à cette analyse, peut-on dire que la population dans son ensemble est capable de connaître, de comprendre, de se faire une opinion ? Oui, une foule de connaissances est désormais accessible à tous et non plus réservée comme autrefois à un groupe de privilégiés. Oui, tout événement est rapidement connu et peut donc susciter des réactions mais la brutalité du message et sa brièveté ne permettent pas de porter un jugement parfaitement objectif. Le vrai problème est surtout de savoir si toute l'ac-

tualité doit être soumise au même régime et si tous les sujets peuvent être abordés dans ce climat de bousculade.

En observant le déroulement d'événements récents on s'aperçoit que certains sujets s'adaptent mal à l'urgence, ne serait-ce qu'en raison de leur caractère technique ou des conséquences qu'ils sont susceptibles d'entraîner sur les individus. C'est le cas par exemple pour la justice et c'est aussi le cas pour la santé. Dans ces deux domaines le langage utilisé par les professionnels n'est souvent pas compris par le profane et nécessite pour être accessible de gros efforts pédagogiques. Dans ces deux domaines également, des personnes sont intimement impliquées, soit dans leur honneur, soit dans leur chair, et à ce titre, l'information mériterait d'être traitée avec plus d'attention et de prudence.

En ce qui concerne la santé on peut penser que l'opinion publique est surinformée, souvent de façon désordonnée, parfois même contradictoire, et la règle générale veut que la priorité soit donnée au spectaculaire ou au catastrophique sans faire la moindre place à l'éducation ou à la réflexion et particulièrement sans chercher à savoir ce qui pourrait être efficace pour modifier les comportements.

Un regard en arrière est à cet égard très instructif. Au cours des deux décennies 1960-1980, celles de l'explosion du développement scientifique et technologique, l'opinion a été régulièrement informée sur les progrès de la médecine faisant sans cesse reculer la maladie et donnant l'impression que tout devenait possible et presque sans limite. Il s'est alors créé un climat de confort au sein duquel les nuisances émanant de certaines substances toxiques, dont on rappelait parfois l'existence, apparaissaient comme des problèmes mineurs, bien entendu contrôlables par des soins appropriés. C'est la grande période de la médecine triomphante pleine de certitudes et d'assurance.

Dans ce climat de béatitude, l'apparition du sida a bouleversé les esprits, tel un tremblement de terre, et fissuré l'ensemble de l'édifice médical. La médecine s'est alors brutalement trouvée désarmée, en situation d'échec et de doute face à une opinion publique désorientée et inquiète qui, dans l'incapacité d'admettre la réalité des limites de la science, ne trouvait d'autre issue que dans la recherche de coupables. On peut certes considérer qu'une réaction de défense de ce type appartient au domaine de l'irrationnel mais avant de porter un jugement aussi péremptoire il faut essayer de comprendre les raisons de cette attitude quasi instinctive. Il faut admettre que la population, au fil des années, s'était laissé berner par des discours optimistes dans lesquels la notion

de risque n'occupait aucune place, tant il était important de ne parler que d'espoir. La réalité est plus cruelle, il n'existe pas de techniques totalement fiables, tous les médicaments actifs comportent des effets délétères comme en témoigne la longue liste des effets secondaires, certains graves, et les formules de prudence qui accompagnent chaque médicament actif. Le risque zéro n'existe pas en médecine et ce n'est pas faire preuve de pessimisme que d'affirmer qu'il n'existera jamais. Aucune mesure de sécurité ne peut garantir l'avenir de façon absolue, l'obsession de prudence peut même avoir des effets pervers sans oublier le fait que les connaissances du moment sont toujours limitées et qu'un risque, inconnu jusqu'alors, peut apparaître et surprendre même les meilleurs spécialistes.

Voilà une information qui devrait être largement diffusée sans crainte d'affoler mais seulement dans un souci d'honnêteté et de loyauté vis-à-vis des malades présents ou futurs. Le silence dans ce domaine est pesant, dommageable et dangereux car le réveil est brutal et incontrôlé. C'est donc un problème d'éducation, de culture même, et un grand effort d'information sur ce thème est une priorité à notre époque où le doute et la crainte de l'avenir font partie de l'état d'esprit ambiant. Il n'est pas raisonnable d'attendre l'accident pour révéler un risque connu et de ne traiter ce type de problème que dans l'atmosphère d'une crise, c'est-à-dire dans un climat où passion et affectivité effacent toute réflexion et entraînent des situations impossibles à maîtriser, préjudiciables à la santé et à l'intérêt général.

Quelques axes de réflexions pour une amélioration du dispositif

La réforme, engagée, de la protection sociale suppose une prise de conscience et nécessite une importante mobilisation des différents acteurs à court et moyen termes. À ce stade, une politique d'information réfléchie et construite pourrait être déterminante pour faciliter la sensibilisation et aider à la réflexion de tous. Il s'agit de créer une **culture de santé publique**, non seulement au sein des décideurs et acteurs de la santé, mais aussi au niveau de la population, dans son ensemble. Cette stratégie d'information « pédagogique » et « critique » suppose une affirmation et une continuité des choix, une détermination et une persévérance dans l'action, une diversification et une complémentarité des actions

d'information et de sensibilisation, les médias écrits et audiovisuels étant, bien entendu, **un maillon essentiel mais non exclusif** de ce dispositif.

Pour une amélioration de l'information

Engager une réflexion pour clarifier et identifier le rôle des différents acteurs

Le constat d'une crise de confiance entre la population et les institutions scientifiques, administratives et politiques du pays est dressé par tous.

Comment améliorer cette « transparence », trop souvent appelée et recommandée dans les déclarations et sans doute, pas assez appliquée sur le terrain ?

Les responsables politiques et administratifs de notre pays font trop souvent preuve de timidité dans la diffusion de l'information. Et pourtant, il est largement avéré qu'une donnée, un fait, explicités « à temps » et mis en perspective contribuent souvent à désamorcer une crise latente. **Savoir anticiper, utiliser, gérer l'information** en temps réel est aujourd'hui une compétence indispensable à tout décideur ; ce savoir-faire paraît encore trop peu répandu dans la culture générale des responsables et mériterait sans doute d'être amélioré.

Cet « embarras » est perçu par la population. Il est souvent accentué par un sentiment de confusion et de perplexité devant les prises de parole précipitées, désordonnées, voire contradictoires, entre les « experts », l'administration, les responsables politiques. Trop souvent, les rôles et les niveaux d'intervention des uns et des autres sont confondus, s'ensuivent des messages brouillés, voire cacophoniques. Cette situation, certes, n'est pas propre au domaine de la santé. Elle est cependant particulièrement dommageable dans ce secteur, compte tenu de la charge émotionnelle dont il est porteur et qui rend d'autant plus difficile toute tentative d'information objective et raisonnable. **Une redéfinition des règles du jeu s'impose ainsi qu'une réorganisation du dispositif d'information au sein du secteur public chargé de la santé**.

Diffuser une information régulière sur la production des connaissances en santé publique

Les contacts avec les médias s'établissent trop souvent encore à l'occasion de crises et génèrent ainsi des tensions et des relations passionnelles, peu propices à l'analyse objective de situations souvent complexes. Or, il semblerait qu'il y ait de la part des journalistes une attente et un certain intérêt pour une information régulière, « à froid », dans le domaine de la santé. Cette information

favoriserait sans doute la création de relations plus confiantes entre les médias et les institutions de santé, contribuerait au développement de la culture en santé publique des journalistes, améliorerait la crédibilité des institutions de santé. C'est en procédant ainsi que les Centers for disease control and prevention (CDCP) d'Atlanta estiment avoir fortement réduit les risques de crise : le dispositif s'articule autour d'une équipe restreinte de journalistes et s'appuie sur le Morbidity and mortality weekly report (MMWR) dont les principaux articles sont traités en notes de presse, largement diffusées à la presse généraliste et spécialisée. En complément, un accès téléphonique permanent, équivalent à un numéro vert, permet d'avoir accès à l'actualité de la production des connaissances en santé publique. Il conviendrait sans doute d'étudier ce modèle plus complètement, afin de s'en inspirer éventuellement, pour améliorer notre dispositif.

Pour une mobilisation rapide, crédible et légitime d'experts, face à une crise

L'amélioration des circuits d'information et de la qualité de celle-ci, contribuerait, certes, à diminuer le risque de crise, sans cependant l'écarter totalement.

Trop souvent, lorsque la crise éclate, elle prend les pouvoirs publics au dépourvu et favorise la prise de parole des experts. C'est ainsi que l'expertise technique se substitue trop souvent à la décision. Cette confusion dans la chaîne décisionnelle est bien entendu préjudiciable à une bonne information.

Par ailleurs, l'expression incontrôlée, de plus en plus fréquente, de personnalités pour lesquelles le souci de publicité personnelle et les relations privilégiées qu'elles entretiennent avec certains médias l'emportent sur l'exigence d'une analyse nuancée et complète de problèmes souvent complexes, contribue à brouiller les messages et accroît le désarroi de la population. Trop souvent, les institutions de santé restent silencieuses et n'exercent pas leur droit de réponse, sous le mauvais prétexte que dans une société de communication, l'information devient vite obsolète. Encore faut-il que ce droit de réponse puisse s'appuyer sur une expertise de qualité. Il convient de réfléchir très rapidement aux moyens de mobiliser, en situation d'urgence, une expertise **pertinente et objective**. Pour cela il faut faire appel à un petit groupe de spécialistes (3 ou 4) dont les pôles d'intérêt sont complémentaires, en veillant de plus à ce que l'un d'entre eux ait une vision généraliste des problèmes de santé. Il faut dans la mesure du possible éviter l'expert unique dont la perception d'un problème est nécessairement étriquée, éviter aussi les « pseudo-experts »

trop souvent consultés et entendus et dont les propos sont soit trop brutalement affirmés soit d'une désespérante banalité.

Ces quelques réflexions n'ont d'autre prétention que d'ouvrir le dossier sensible de l'information en matière de santé et des moyens qu'il faut mettre en place pour instaurer une communication accessible à tous, en veillant à garantir objectivité et pertinence. Le Haut Comité de la santé publique a l'intention de poursuivre la réflexion sur ce thème afin de contribuer à faire évoluer rapidement la situation de confusion qui prévaut actuellement.

Remerciements

Le Haut Comité de la santé publique remercie pour leur collaboration :

la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts),
le Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes),
le Centre de recherches économiques sociologiques et de gestion (Cresge)
le Comité français d'éducation pour la santé (CFES),
la direction de la Sécurité sociale (DSS),
la direction des Hôpitaux (DH),
la direction générale de la Santé (DGS),
la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors),
l'Inspection générale des affaires sociales (Igas),
L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm),
le Service des statisitiques, des études et des systèmes d'information (Sesi),
l'Union hospitalière privée (UHP),

ainsi que

Pierre Aballea
Marie-Christine Avarguès
Gérard Badeyan
Dominique Baubeau
Antoine Catinchi
Alain Coulomb
René Demeulemeester
Stéphanie Deschaume
Christiane Dollander
Marc Duriez
Danièle Fontaine
Daniel Foulon
Patrick Gardeur
Jacqueline Gottely
Hubert Isnard
Eric Jougla
Thérèse Lebrun
Véronique Lucas
Nadine Raffy-Pihan
Bernadette Roussille
François Tonnellier
Patrice Verpillat
Jean Vinas
Gérard Vincent

Jean-Claude Sailly (HCSP) et Antoine Catinchi (IGAS) ont pris une part importante dans la rédaction de ce rapport. Qu'ils en soient particulièrement remerciés.

Personnalités entendues :

Claude Béraud
Richard Bouton (MG France)
Edouard Couty
Jacques Drücker
Alain Finkielkraut
Jean-Daniel Flaizakier
Jean Gras (FMF)
Claudine Herzlich
Marcel Legrain
Claude Maffioli (CSMF)
Marie-Jeanne Ourth-Bresle (FNI)
Christian Prieur

Haut Comité de la santé publique

Président : le ministre chargé de la Santé

Membres de droit : le directeur général de la Santé, le directeur des Hôpitaux, le directeur de la Sécurité sociale, le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, le directeur général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, le directeur de l'Ecole nationale de la santé publique.

Membres : Adrien Bedossa, Maryvonne Bitaud-Thépaut, Etienne Caniard, Jean-François Dodet, Pierre Ducimetière, Gilles Errieau, Bertrand Garros, Daniel Gautier, Michel Ghysel, François Grémy, Pierre Guillet, Albert Hirsch, Claude Huriet, Arnold Munnich, Guy Nicolas, Philippe-Jean Parquet, Jean-Daniel Rainhorn, Jean-Claude Sailly, Roland Sambuc, Maurice Tubiana.

Vice-président : Pierre Ducimetière

Rapporteur général : Guy Nicolas

Secrétaire général : Jean-François Girard, directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint : Geneviève Guérin

Chargée de mission : Lucie Degail

Documentation : Centre français de documentation en santé publique

T A B L E D E S M A T I È R E S

Avant-propos 5

Première partie : **État de santé Tendances récentes**

Niveau général de l'état de santé 7
Espérance de vie 7
Taux de mortalité 9
- Poids des principales causes de décès 11

Morbidité 12

Mortalité prématurée et « évitable » 16
Situation de la France par rapport à d'autres pays 16
Évolution de la mortalité prématurée et « évitable » en France 18

Les grandes pathologies « évitables » 24
Maladies liées à l'alcoolisme 24
- Mortalité due à l'alcoolisme 24
- Morbidité 25
- Consommation d'alcool 26

Les accidents 27
- Les accidents de la voie publique 27
- Les accidents de la vie courante 31
- Les accidents du travail 35

Le suicide et les maladies mentales 38
Infection par le virus de l'immuno-déficience humaine/sida 43
Les cancers 45
- Le cancer du poumon (trachée, bronches, poumons) 46
- Le cancer colo-rectal 48
- Le cancer des voies aérodigestives supérieures 50
- Le cancer du sein 52
- Le cancer de l'utérus 53
- Le mélanome 54

Les maladies cardio-vasculaires 55
- Mortalité 55
- Morbidité 57

Périnatalité 58
- Mortalité périnatale et infantile, mortalité maternelle 59
- Des évolutions dans les conditions de la maternité aux effets contradictoires sur l'issue de la grossesse 59
- Des modifications majeures dans les pratiques obstétricales 61

Les nouveaux problèmes posés par les maladies infectieuses 62
- De nouveaux agents infectieux 62
- La réémergence de pathologies infectieuses 62
- Évolution des pathogènes, le problème des résistances 62
- Des risques accrus liés à l'évolution des modes de vie, des techniques industrielles et des pratiques médicales 63

Toxicomanie 64

Qualité de la vie 65
Les liens entre l'allongement de la durée de la vie et l'état de santé 66
Handicaps, déficiences et difficultés 68
- Une lutte insuffisante contre le désavantage social lié aux incapacités 72

Une prise en charge insuffisante de la douleur 72
La consommation de psychotropes 74
Petites et grandes misères de la vie quotidienne 75

Inégalités sociales et géographiques 80
Inégalités sociales 80
Inégalités géographiques 83

Deuxième partie : **L'offre de soins et l'utilisation des ressources**

Données factuelles sur les dépenses de santé et sur l'offre de soins 90
Les dépenses de santé : montant, évolution, financement 90
- Les différentes mesures des dépenses de santé 90
  - Les soins et biens médicaux 91
  - Les dépenses de prévention 92
- De quelques évolutions des postes de dépenses 93
- La France dépense-t-elle plus que les autres pays de l'OCDE ? 96
- Le financement des dépenses de santé 97

L'offre de santé 99
- L'emploi dans le secteur de la santé 99
- L'offre de soins 101
  - Les médecins 101
    - Les écarts de densité 102
    - Densité de médecins et espaces géographiques 107
  - Chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens 109
    - Chirurgiens-dentistes 109
    - Pharmaciens 109
    - Sages-femmes 110
  - Personnels paramédicaux 110
    - Infirmiers DE 110
    - Infirmiers psychiatriques 110
    - Masseurs-kinésithérapeutes 111

- Orthophonistes et orthoptistes 111
  - Les établissements de santé 113
    - Caractéristiques des établissements de soins : évolution 1983-1993 113
    - Les disparités régionales 117
    - Densité d'établissements et distance réelle d'accès 122
- L'offre d'équipements et de services médico-sociaux 123
  - Les personnes âgées 123
    - L'aide à domicile 124
    - L'hébergement collectif 126
    - Gestion et financement des services et établissements pour personnes âgées 131
  - Les personnes handicapées 132
    - Les enfants handicapés 132
    - Les adultes handicapés 134
    - Gestion et financement des services et établissements pour personnes handicapées 138
- L'offre de santé pour les populations défavorisées 139
  - Des carences dans l'appréhension du phénomène 139
  - Une nécessaire approche en terme de santé publique 140

Éléments de prévision et d'optimisation 141

Quelques réflexions en matière de projections démographiques médicales 141

- Position du problème 141
- Présentation du modèle 142
- Les résultats du modèle 143
  - L'évolution du nombre total de médecins 143
  - L'évolution de la répartition entre généralistes et spécialistes 144
  - L'évolution de la répartition par spécialités 144
  - L'impact de l'âge du départ à la retraite 145
  - L'évolution de la démographie médicale au niveau régional 145
    - Le nombre de médecins 145
    - Les densités régionales 146
    - Conséquences du vieillissement et de la féminisation 146
- Les enseignements tirés de ces projections 147

La réduction des inégalités géographiques en matière d'offre de soins 148

- Position du problème 148
  - Quels peuvent être les critères d'une répartition égalitaire en matière d'offre ? 148
    - Les besoins de santé 149
    - Les déterminants socio-économiques de la santé 150
    - Les performances de l'offre 150

- Quelle zone géographique retenir ? 150
- Comment procéder pour diminuer les inégalités constatées ? 151

● Présentation de quelques simulations 152
- Mesure des inégalités interrégionales de l'offre de soins 152
- Les essais de mise au point de nouvelles mesures des disparités interrégionales en matière hospitalière 155
- Proposition d'indicateurs permettant de mesurer, voire de réduire les inégalités interrégionales en dépenses de médecine libérale 157

Les perspectives ouvertes par les ordonnances 160

Présentation des grandes lignes des ordonnances en lien avec les questions d'offre et de répartition des ressources 161

● Ordonnance relative à l'organisation de la sécurité sociale 163
● Ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins 163
● Ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée 165

Retour sur quelques éléments traitant de la nécessaire adaptation de l'offre aux besoins de la population 166

● Une adaptation quantitative de l'offre 167
- Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale 167
- Incitation à la cessation anticipée d'activité 168

● Une adaptation qualitative de l'offre 168
- Formation initiale des médecins généralistes 168
- Formation médicale continue 169
- Références professionnelles opposables 169
- Admission au remboursement des actes, prestations, fournitures, et prescriptions 170
- Limitation du remboursement des médicaments aux seules indications médicalement utiles 171

● Une adaptation organisationnelle de l'offre 171
- Le carnet de santé et le « volet médical » de la carte de santé 171
- Les expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins 172
- L'accréditation des établissements de santé publics et privés 173

Conclusion 174

Troisième partie : **Quelques problèmes clef du fonctionnement du système de santé**

Médécine ambulatoire : prévention et formation continue 179

Place de la prévention en médecine ambulatoire 179

- La prévention : de la réalité d'une pratique à un désir d'engagement supérieur 180
  - La réalité d'une pratique 180
  - Un désir d'engagement supérieur 180
- Des obstacles à surmonter pour « faire de la prévention » 181
  - Une culture professionnelle qui assure le primat de l'acte curatif 181
  - Des modes d'exercice peu propices 182
    - La prévention individuelle s'inscrit dans une dimension collective 182
    - L'absence d'un cadre reconnu 183
  - Une formation inadaptée 184
- Pour promouvoir une amélioration de la prise en charge de la prévention par les médecins généralistes 185
  - Faire de l'individu un acteur de la prévention 185
  - S'appuyer sur l'action du médecin généraliste 185
  - Expérimenter des formes nouvelles de prise en charge et de financement 186
  - Donner une priorité à l'enseignement de la prévention dans les modules de formation initiale et continue 188

Médecine ambulatoire et formation continue 188

- La formation médicale est inadaptée à la pratique actuelle de la médecine 188
  - Une formation initiale en décalage avec les pratiques médicales 188
  - Une formation continue qui ne constitue pas un point d'appui suffisant 189
    - Dans la réalité, comment les médecins satisfont-ils cette obligation déontologique ? 190
- Réformer la formation continue pour améliorer la qualité des soins 191
  - Définir dans la transparence des objectifs et des priorités 191
  - Promouvoir l'enseignement de santé publique 192
  - Fournir aux médecins les outils pour une approche globale du patient 192
  - Adopter des démarches de formation fondées sur la réalité des pratiques professionnelles 192
  - Faire de la formation continue un lieu de confrontation et d'échange des pratiques entre les professionnels du secteur de la santé, voire du secteur social 192
  - Promouvoir l'évaluation 193
  - Décentraliser la formation 193

Faire évoluer le système hospitalier 193
Des insuffisances connues 194
- Un système figé 194
- Une mission de soins qui n'est pas toujours remplie dans des conditions satisfaisantes 195

L'amélioration de la qualité des soins passe par la mobilisation de nouveaux outils 198
- Un dispositif rénové… 198
  - Les apports de la loi de 1991 198
  - Des insuffisances subsistent 199
  - L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée renforce le dispositif 200
- …pour permettre d'engager le processus de l'amélioration de la qualité des soins… 202
- …auquel les modes d'évaluation et d'accréditation doivent largement contribuer… 204
  - Un domaine encore peu exploré 204
  - Une procédure dont tous les effets n'ont pas été envisagés 204
  - Faire de la mise en œuvre de l'accréditation un chantier prioritaire 207

Coordonner médecine hospitalière et médecine de ville 208
- Une coordination aujourd'hui problématique 208
- Deux domaines prioritaires pour promouvoir cette coordination, et une réflexion à conduire 209
  - Associer la médecine libérale à la prise en charge de l'urgence 210
  - Développer les alternatives à l'hospitalisation 211
    - L'hospitalisation à domicile 212
    - La chirurgie ambulatoire 213
  - Entamer une réflexion sur le devenir des consultations hospitalières 215

Quatrième partie : **L'établissement de priorités nationales et régionales de santé**

L'état de la démarche en France 219
La planification des établissements sanitaires et sociaux 219
La programmation des actions de santé 222
- La rationalisation des choix budgétaires (RCB) 222
- La programmation stratégique des actions de santé 223
- Programmation sida 224

L'identification de priorités pour les programmes de santé 225
- Les rapports du Haut Comité de la santé publique 225
  - Stratégie pour une politique de santé 225
  - La Santé en France 226
- Les conférences sur l'état de santé et les projets régionaux de santé 228

L'apport des réformes en cours : réaliser la jonction entre l'attribution des moyens et les priorités de santé 229

L'établissement de priorités dans la prise en charge des soins et la répartition des ressources disponibles 232

Cinquième partie : **À propos de... santé, médias et opinion publique**

La situation actuelle 235
Une information en perpétuelle accélération 235
Un résultat peu satisfaisant 236

Quelques axes de réflexions pour une amélioration du dispositif 238
Pour une amélioration de l'information 239
- Engager une réflexion pour clarifier et identifier le rôle des différents acteurs 239
- Diffuser une information régulière sur la production des connaissances en santé publique 239

Pour une mobilisation rapide, crédible et légitime d'experts, face à une crise 240

Remerciements 243

Table des matières 245

Réalisation graphique
Philippe **Ferrero**
★
Conseil & création