

## **Santé : vers un nouveau paradigme**

La crise du financement des systèmes de santé et la hausse de la demande de santé, dans un contexte d'augmentation des inégalités de santé et de progrès techniques considérables, appelle une réflexion sur de nouvelles approches en matière de politique de santé. La santé fait l'objet d'évolutions majeures qui doivent être prises en compte dans la définition des priorités d'une politique de santé. Il paraît logique de ce point de vue de considérer qu'il faut établir les besoins et évolutions à venir en matière de santé, c'est-à-dire de l'évolution épidémiologique d'ensemble, et de ce qu'ils induisent dans la relation entre les usagers du système de santé. Que la santé soit un bien dit « supérieur », c'est-à-dire dont la demande augmente plus vite que les revenus, signale que la santé ne relève pas du seul cadre économique et rend caduque une approche exclusivement budgétaire. Le versant « demande » de la santé, et donc les besoins auxquels il faudra répondre, sont ainsi placés en amont d'une vision du système de santé, et déterminent en conséquence l'aménagement de l'offre qui doit s'en suivre, sans négliger la capacité à la financer.

La santé est un bien-être physique, mental et social<sup>1</sup>, qui a pris dans notre quotidien une place croissante. La recherche du bien-être et du risque zéro, le principe de précaution, l'accélération de la consommation médicale, la socialisation de la santé caractérisée par la croissance de pressions sociales et juridiques traduisent cette transformation. Il faut aller au-delà de l'approche curative qui fonde l'assurance maladie. La prévention des risques et la qualité de vie de l'être humain représentent de nouveaux points de départ dans le raisonnement devant présider à l'organisation du système de santé. La santé véhicule des valeurs éthiques, sociales, économiques et juridiques. Ces éléments doivent permettre de poser des repères communs relatifs à la santé, au-delà de la maladie, et sur cette base, de faire des choix collectifs<sup>2</sup>.

Il est donc indispensable de repérer les grands moteurs de ces transformations. L'état des lieux épidémiologique et les évolutions à venir en la matière doivent ouvrir une triple réflexion : les effets du vieillissement sur la demande de santé ; les liens entre conditions de travail et santé ; les liens entre santé et environnement.

---

<sup>1</sup> Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé

<sup>2</sup> Edouard Bidou, Didier Tabuteau, Les nouveaux paradigmes de la santé - Le bien-être à tout prix, Larquier, avril 2008

## 1. Situation et évolution épidémiologiques

L'état de santé des personnes s'améliore régulièrement à l'échelle mondiale. L'espérance de vie a progressé partout dans le monde au cours de la dernière décennie. En France, l'état de santé de la population semble globalement bon, mais la mortalité prématurée reste l'une des plus élevées de l'Union européenne.

En 2003 les trois quarts des personnes enquêtées par l'INSEE<sup>3</sup> perçoivent leur état de santé comme « très bon » ou « bon », mais 6 sur 10 déclarent souffrir d'au moins une maladie, qu'elle soit chronique (47 %) et/ou non chronique (31%). Les écarts sont très nets selon l'âge et le genre et selon que les maladies soient ou non déclarées chroniques.

La morbidité déclarée est ainsi croissante avec l'âge et toujours d'un niveau plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Entre 30 et 44 ans par exemple, 38 % des femmes et 33 % des hommes déclarent au moins une pathologie chronique ; entre 60 et 74 ans, ces proportions atteignent 73 % pour les femmes et 66 % pour les hommes. Sauf chez les 75 ans et plus, l'écart entre hommes et femmes reste toujours supérieur à 5 points.

Par ailleurs, 14 % des personnes interrogées ont déclaré souffrir durablement d'une restriction d'activité. Cette proportion est rapidement croissante avec l'âge (elle passe de 4 % chez les 18-29 ans à 21 % chez les 60-74 ans) et elle est souvent liée à la déclaration d'une maladie chronique : un tiers des personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques sont ainsi concernées. Enfin une personne sur cinq déclare au moins une incapacité physique et/ou sensorielle définie comme l'impossibilité ou la difficulté à accomplir au moins un acte élémentaire dans la vie quotidienne. Cette fréquence apparaît liée plus encore que pour les restrictions d'activité à la présence de plusieurs maladies chroniques et à un âge élevé. Ces éléments sont confirmés par l'enquête Santé Protection sociale 2006 de l'IRDES.

L'ensemble des données convergent sur un constat majeur : celui de la place des maladies chroniques (et notamment cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, maladies psychiques) et la croissance de leur prévalence avec l'âge. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques témoigne d'une certaine manière d'une meilleure efficacité du système de santé – des pathologies qui autrefois étaient « rapidement mortelles » font l'objet d'une prise en charge dans la durée. On parle ainsi de « transition épidémiologique », c'est-à-dire du passage d'une époque caractérisée par les maladies infectieuses et la prise en charge des patients en aigu à l'hôpital à une autre, caractérisée par la prévalence des maladies chroniques et donc à des prises en charge sur une longue période avec des séquences multiples de prise en charge imposant une coordination entre les acteurs de soins et aussi avec ceux qui accompagnaient les personnes sur le plan social.

---

<sup>3</sup> DRESS Etudes et Résultats N° 436 octobre 2005. « L'état de santé en France en 2003 : Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé de l'INSEE réalisée en 2003 »

Cette évolution traduit aussi l'impact de certains déterminants de santé. La consommation d'alcool diminue mais est encore importante surtout chez les hommes, le tabagisme reste un problème de santé publique considérable tandis que le développement de la surcharge pondérale nécessite des modifications durables en matière d'alimentation et d'activité physique. Le suivi du niveau des expositions des populations à des facteurs environnementaux influant sur l'état de santé met en évidence la nécessité du développement de mesures de prévention spécifiques. Quatre objectifs témoignent de l'importance de l'exposition des personnes en milieu de travail et de l'inégalité entre secteurs d'activité.

Par ailleurs, la place accrue des pathologies chroniques amène à approfondir l'analyse du lien entre les états de santé et les conditions économiques. La France, comme d'autres pays européens, est le lieu d'inégalités sociales en matière de santé et de mortalité. De nettes disparités persistent d'une part entre hommes et femmes, et d'autre part entre territoires ou catégories sociales. Au milieu des années 1990, l'espérance de vie d'un homme à 35 ans, cadre ou occupant une profession intellectuelle supérieure, était supérieure d'environ sept années à celle d'un ouvrier du même âge<sup>4</sup>. Ces inégalités apparaissent très tôt dans la vie, dès l'école où peuvent être détectées diverses carences, des problèmes dentaires, de vue et de surpoids. Les catégories sociales les plus instruites, exerçant les professions les plus qualifiées, et les ménages percevant les revenus les plus élevés sont en meilleure santé et bénéficient d'une espérance de vie plus longue que la moyenne. Ces différences figurent dans presque tous les domaines de la morbidité (maladies cardio-vasculaires, cancer, accidents, problèmes dentaires et santé mentale), mais aussi dans les recours à la prévention et aux soins. A ce dernier titre, la couverture complémentaire joue un rôle essentiel et la CMU a permis de réduire sensiblement les renoncements aux soins des ménages les plus modestes. Au-delà, il convient de garder à l'esprit que les problèmes de santé obèrent fortement l'insertion sociale et professionnelle des personnes qui sont déjà dans des situations socio-économiques défavorisées.

Les inégalités sociales de santé ont fait l'objet en France comme à l'étranger de nombreux travaux. Malheureusement, ces études ne sont que trop insuffisamment prises en compte par les décideurs en France, alors que la question des inégalités sociales de santé est une priorité au Royaume-Uni, en Suède et aux Pays-Bas. Hormis la mise en place de la CMU, contrairement à la Suède, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, les politiques publiques sont bien timorées en la matière : la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ne comporte ainsi que deux objectifs relatifs à la réduction des inégalités de santé sur les cent mis en place.

Les campagnes de prévention ou de dépistage étant socialement indifférenciées, elles occultent la dimension sociale de la santé. Parallèlement, les politiques de réinsertion des personnes en situation sociale difficile privilégient l'incitation financière et la responsabilisation, négligeant les obstacles, notamment en matière de santé, que ces personnes rencontrent. Ces lacunes sont importantes et laissent le champ libre à la reproduction des inégalités, à l'inégalité d'accès aux soins, à la remise en cause même de la protection sociale au moment où chacun doit, sans distinction d'espérance de vie, travailler

---

<sup>4</sup> Monteil C, Robert-Bobée I, Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes, Insee première, 2005.

plus longtemps pour disposer d'une retraite à taux plein, à la culpabilisation de populations aux « mauvaises habitudes ».

## **2. Effets du vieillissement de la population et des évolutions démographiques**

D'ici à 2025, les personnes de plus de 65 ans représenteront 10 % de la population mondiale et pourraient augmenter jusqu'à 300 % dans certains pays développés. Le lien entre pathologies chroniques et âge a été évoqué précédemment. De ce fait, le vieillissement de la population mondiale induit de nouveaux besoins, en termes de soins de maladies chroniques de longue durée par exemple. Par ailleurs, il faut tenir compte des effets notamment du vieillissement en termes de nouveaux champs pathologiques auxquels il faudra faire face, comme la santé mentale.

Le vieillissement de la population, et en particulier l'augmentation de l'espérance de vie, suggère une augmentation de la dépendance dans les années à venir. Il convient de prévoir les structures et l'offre de soins répondant aux besoins liés à la dépendance. De même, le vieillissement de la population nécessite de réfléchir au développement des soins préventifs, à la modification de la consommation des soins, à l'évolution parallèle des métiers médicaux et paramédicaux, etc. Le financement de ces politiques doit conduire à maintenir et développer une dynamique de solidarité dans les systèmes de santé.

Au-delà du problème concret d'adaptation des institutions sanitaires et des assurances santé, c'est la conception même de la médecine et des soins qui est désormais en question. Quelles sont les limites des progrès médicaux, tant en matière de soins que de prévention ? Comment notre système de santé (des hôpitaux à la médecine de ville et aux caisses d'assurance maladie) va-t-il réagir à ces nouvelles données ? Jusqu'où, d'ailleurs, doit-il s'adapter ?

## **3. Effets des évolutions des conditions de travail sur la demande de santé**

Cette problématique du vieillissement est liée à celle de conditions de travail. En effet, le travail joue un rôle significatif dans le processus de vieillissement. On peut considérer qu'il existe des dégradations de la santé plus ou moins précoces en âge en fonction des facteurs professionnels. Les conditions de travail ont considérablement évolué. Les personnes sont davantage sollicitées sur des emplois multifonctionnels, ce qui a pour conséquence des troubles musculo-squelettiques (TMS), des problèmes de santé mentale<sup>5</sup> ou encore l'exposition aux risques cancérigènes mutagènes et reprotoxiques (CMR).

Les transformations des modes de production induisent une intensification des rythmes de travail ou rendent le travail plus imprévisible, ce qui accroît le risque d'accident. Les salariés astreints à des rythmes de travail liés au déplacement automatique de produits, à des cadences automatiques de machines, sont plus souvent victimes d'accidents que ceux qui sont exposés aux contraintes liées à la demande des clients. La pression du travail en équipe joue aussi : les salariés dont le rythme de travail est lié à celui de leurs collègues ont davantage d'accidents que les autres. Le travail dans l'urgence est aussi un facteur d'accident. Se dépêcher, changer

---

<sup>5</sup> Stress, dépression lorsque par exemple le salarié est prisonnier de son isolement ou que l'intensité du travail augmente

de poste en cas d'urgence ou pour compenser l'absence d'un collègue, les horaires imprévisibles ou irréguliers, sont autant de facteurs d'accidents au travail. Le travail au contact avec le public n'est pas en soi un facteur d'accident du travail, mais les situations de travail où les tensions avec le public sont fréquentes induisent une augmentation du risque d'accident. Or l'orientation croissante de l'économie vers les services accentue ces profils de postes et donc les risques qu'ils portent.

Ces indicateurs témoignent de l'importance de l'exposition des personnes en milieu de travail, de l'inégalité entre secteurs d'activité et de la nécessité du développement ou du respect de mesures de prévention pour réduire l'incidence de pathologies fréquentes. Ils révèlent aussi les transformations majeures du système productif : plus intense, plus rapide, davantage orienté vers les postes multitâches et exposant davantage les salariés à « l'autorité du client ». Ces évolutions semblent pérennes et invitent à prendre en compte leurs caractéristiques, en intégrant les nouvelles pathologies que ces conditions de travail ont fait apparaître ou ont amplifiées. Il convient aussi d'établir les pathologies que la société entend reconnaître comme telles, alors qu'elles peuvent être écartées à ce jour du champ des pathologies ouvrant droit à une couverture maladie.

Les ouvriers sont les plus exposés au risque d'accident au travail. En 2003, 1,1 million de salariés, principalement des ouvriers, étaient exposés à des produits cancérigènes, notamment dans l'industrie et la construction. Le bruit et les efforts physiques augmentent le risque d'accident. L'exposition chronique à des niveaux sonores importants peut provoquer une surdité et augmenterait la prévalence de certaines maladies, en particulier cardiovasculaires. Les contraintes posturales et articulaires aussi sont des facteurs d'accident au travail. Parmi les postures fatigantes, la position debout ou le piétinement prolongés, accroissent de façon significative le risque d'accident. Les postures « pénibles » (travail à genou, bras en l'air ou dans d'autres positions forcées, plus de deux heures par semaine) renforcent la probabilité d'avoir un accident du travail avec arrêt.

#### **4. Les effets des transformations environnementales sur la santé**

L'évolution et la dégradation de l'environnement s'accompagnent de risques croissants pour la santé. Les changements climatiques, l'affaiblissement de la couche d'ozone, la diminution de la diversité biologique, la dégradation des écosystèmes et la propagation de polluants organiques résistants sont autant de menaces environnementales qui pèsent globalement sur la santé dans tous les pays. L'interdépendance entre qualité environnementale et santé publique fait ainsi apparaître de nouveaux risques : cancers<sup>6</sup>, affections cardio-respiratoires<sup>7</sup> ou neurologiques<sup>8</sup>, atteintes du système immunitaire (allergies), maladies des reins (dues à l'exposition aux métaux lourds). La commercialisation de produits nocifs, portée par la mondialisation, pose un problème croissant en matière de sécurité des produits alimentaires et de propagation de maladies d'origine alimentaire. Les biotechnologies dans le secteur alimentaire, l'utilisation de substances toxiques et dangereuses, voire leur intégration dans les

---

<sup>6</sup> Dus à l'amiante, aux dioxines, aux rayonnements ionisants, aux substances chimiques en milieu professionnel, etc.

<sup>7</sup> Asthme, bronchites chroniques

<sup>8</sup> Liées à l'exposition aux pesticides, au plomb, etc.

produits de consommation courante, la construction, sont de même susceptibles d'une détérioration sanitaire.

L'OMS indique que 14 % des maladies dans les pays de l'OCDE à revenus élevés ont pour cause l'environnement. En France, les transformations environnementales devraient induire une redistribution des pathologies entre hiver et été, mais aussi une hausse des maladies cardiovasculaires, des affections respiratoires et des intoxications alimentaires en été, compensée en partie par un recul l'hiver des décès liés au froid. Ces effets ne sont pas uniformes géographiquement. Le passé industriel a davantage dégradé l'environnement du Nord-Pas-de-Calais ou de la Seine-Saint-Denis. Les départements ou territoires d'Outre-mer français sont davantage exposés aux risques naturels ou aux pollutions des eaux et des sols. La métropolisation et le développement d'agglomérations urbaines auront de même des incidences en termes de santé publique. La prise en considération de l'environnement comme déterminant majeur de la santé des populations renvoie ainsi à une question d'équité sociale. Les effets néfastes de l'environnement sur la santé affecteront sans doute davantage les personnes les plus vulnérables (personnes âgées, enfants en bas âge, catégories sociales défavorisées, etc.).

Alors que s'achève l'élaboration du second Plan National de Santé Environnement (2009-2013), la prise en compte des facteurs de risques liés à l'environnement dans la politique de santé reste en France trop partielle. Développer une stratégie globale et cohérente dans ce domaine nécessiterait des politiques de santé publique soutenant des actions de prévention primaire à l'échelle de la population entière. La prise en charge efficace de ces questions est délicate, notamment en raison de la difficulté à appréhender avec précision les risques en matière de santé environnement, et du poids d'un modèle curatif dans les politiques de santé. Le système de santé traite encore les problèmes de santé environnementale essentiellement sous l'angle des soins ou de la prévention secondaire ou tertiaire. Les dispositifs d'expertise et de surveillance devraient être renforcés. De nouveaux métiers devraient faire leur apparition. L'information et l'éducation des personnes à la santé devraient être aussi renforcées. Ces éléments conduisent à réfléchir à une question : comment réconcilier une approche plus individualisée de la santé avec une approche collective dans le domaine environnemental ? La « santé environnementale » relève désormais du domaine d'intervention publique.

**François Hada**  
Directeur des études,  
Groupe socialiste de l'Assemblée nationale