



HAL
open science

Le devenir de la politique sanitaire

Marc Loriol

► **To cite this version:**

Marc Loriol. Le devenir de la politique sanitaire. Pour, revue du Groupe Ruralités, Éducation et Politiques, 2003, pp.60-65. halshs-00374772

HAL Id: halshs-00374772

<https://shs.hal.science/halshs-00374772>

Submitted on 9 Apr 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le devenir de la politique sanitaire (pp. 60-65)

Marc LORIOU
Laboratoire Georges Friedmann

Quels sont les grands enjeux actuels de la santé publique ? Sur cette question, s'affrontent traditionnellement deux réponses tranchées : pour les uns, notamment les médecins libéraux et hospitaliers, c'est la qualité des soins -garantie par l'autonomie et les moyens accordés aux professionnels de santé- qui est la clé de voûte de tous les progrès. Pour d'autres, comme les médecins de santé publique et certains économistes de la santé, c'est par la prévention et l'éducation à la santé que l'on pourrait arriver à améliorer les indicateurs sanitaires. C'est dans le domaine de la mortalité prématurée, en effet, que les plus gros progrès restent à faire en France : les maladies cardiovasculaires, les cancers, les accidents de la route, les suicides constituent autant de causes de décès précoces qui pourraient être réduites par une action sur les comportements (tabac, alcool, alimentation, vitesse...) et l'environnement (pollution, risques industriels, transports, santé au travail...).

En fait, cette opposition pourrait être dépassée en adoptant une perspective en terme d'accès à la santé. La santé ne se limite pas à la consommation de soins (consultations, médicaments, chirurgie) et beaucoup de problèmes trouvent leur source en amont, dans les modes et conditions de vie de nos concitoyens. En France, soins et prévention sont trop souvent perçus comme concurrents au détriment de la seconde. Pourtant, certaines pratiques de prévention (comme le dépistage des cancers ou la prise de médicaments pour contrôler l'hypertension ou le cholestérol) ne sont pas très différentes du soin. Les structures de soins (hôpitaux, cabinets médicaux, dispensaires) sont d'ailleurs bien placées pour servir de bases logistiques à des actions de santé publique (campagnes de dépistage, détection des risques sanitaires locaux, éducation à la santé). Ainsi, la prévention passe également par un accès aux soins qui doit être garanti pour tous, y compris pour les plus pauvres ou les habitants de zones rurales isolées.

Mais plusieurs raisons expliquent que la prévention ne soit pas perçue comme une priorité. Tout d'abord, le prestige supérieur associé aux médecins qui soignent par rapport aux médecins qui s'occupent de prévention entrave les actions dans ce dernier domaine. Les médecins du travail, médecins scolaires ou de PMI (protection maternelle et infantile) sont souvent considérés comme des praticiens qui n'ont pas pu accéder à des pratiques plus prestigieuses et ne sont pas valorisés dans leurs actions. De même, pour les hôpitaux, une structure de dépistage ou de prévention n'apporte pas une image prestigieuse au même titre qu'un service de pointe qui participe aux progrès de la médecine. Le mode de paiement, ensuite, notamment le paiement à l'acte en ville qui favorise la consultation une fois la maladie déclarée plutôt qu'une démarche de suivi régulier.

1- A l'origine de notre système de santé

Pour comprendre la particularité du système français, il faut remonter non pas à la mise en place de la Sécurité sociale en 1946, mais à la loi de 1930 sur les assurances sociales pour les ouvriers¹. Contre les premières moutures de ce texte, qui prévoyaient la possibilité pour les caisses d'encadrer les médecins, le principal syndicat médical de l'époque (La CSMF créée en 1928) avait répondu par l'adoption de la fameuse charte de la médecine libérale dont la plupart des principes restent encore d'actualité : Libre choix du médecin par le patient, paiement de l'acte médical par le patient, respect absolu du secret médical, liberté totale des prescriptions. A cela, il faut ajouter la liberté d'installation, déjà obtenue en 1803 et jamais remise en cause depuis. Forts de leur premier succès, les médecins libéraux vont ensuite s'opposer à tout ce qui pourrait mettre en cause leur statut ou leur faire concurrence : lutte contre l'accès des malades payants à l'hôpital jusque 1941, ou absence de droit de prescription pour les médecins du travail, scolaire ou de PMI, par exemple. Les rapports entre la profession médicale et les pouvoirs publics étant marqués, des années 1930 à nos jours, beaucoup plus

¹ Patrick Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat*, presses de Science Po, 1997.

par le conflit que par la coopération constructive, une réflexion globale et à long terme est difficile à mener. L'hôpital public, à partir de 1958, se spécialise de plus en plus vers une médecine de pointe à haute technicité, les médecins de ville et les cliniques privées se chargeant des pathologies courantes. Les approches qui ne sont pas centrées sur le curatif sont dévalorisées, d'autant que la formation hospitalière des médecins développe plus leurs compétences techniques que relationnelles.

Un tel système a ses avantages, notamment la grande liberté laissée aux patients et aux médecins et le très bon niveau de la recherche médicale. Mais il a aussi ses limites : Non seulement il est coûteux, mais surtout une offre de soin de bonne qualité ne suffit pas pour garantir à tous l'accès à la santé. La France, en effet, dépense beaucoup pour la santé (quatrième rang mondial pour la dépense par rapport au PIB) mais présente tout de même quelques points noirs durables : les inégalités de santé, entre catégories sociales, entre sexes ou entre régions y sont parmi les plus fortes d'Europe. De même, la mortalité prématurée (avant 65 ans) reste élevée en France, équivalente à celle du Portugal². Nous avons donc déjà une « santé à deux vitesses ». Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, l'espérance de vie à la naissance pour les hommes dans le département du Pas de Calais est de 71,6 années contre 77,1 à Paris. L'impact des modes de vie, liés à la culture et au niveau social, joue ici un grand rôle et ces problèmes dépassent largement la simple question de l'accès aux soins.

D'où les appels répétés pour concevoir une autre politique de santé, plus globale, moins centrée sur le curatif. Pourtant, la part de la médecine préventive (médecine du travail, services de santé scolaire, PMI, dépistages et vaccins et programmes spécifiques de santé publique) dans la consommation médicale totale est passée de 2,9% en 1980 à 2,1% en 2001.

2- Les difficultés de la prévention

La prévention des maladies et des problèmes de santé peut se faire à au moins deux niveaux : celui des comportements individuels (arrêter de fumer, faire du sport, etc.) et celui de l'environnement des individus (fermer ou éloigner des habitations une usine dangereuse, aménager en rond-point un carrefour routier, etc.) En général, la médecine et les politiques de santé privilégient la première alternative. Or changer les comportements individuels n'est pas simple : Il ne suffit pas de savoir que fumer est dangereux pour arrêter. De plus, les comportements sains sont très variables d'un groupe social à l'autre : En moyenne, les cadres et professions libérales fument moins, boivent moins et vont plus souvent réaliser des examens ou de prévention que les ouvriers. Du coup, une action de dépistage du cancer du sein, par exemple, basée sur des visites individuelles volontaires risquent de voir son efficacité globale réduite par une mauvaise répartition dans la population visée : certains vont, y compris à leurs frais, faire plus d'examens qu'il serait statistiquement nécessaire tandis que d'autres n'en feront pas assez, voire pas du tout. Il est donc nécessaire de sensibiliser les populations au préalable. Mais un simple message d'information générale, s'adressant d'en haut et à toutes les personnes visées, ne suffit pas. Les campagnes de prévention du sida ont bien montré que pour être efficaces, les messages devaient être délivrés à un triple niveau de communication : une information générale touchant le plus grand nombre (notamment à travers les médias de masse) ; une communication menée en commun avec les communautés et les groupes concrets en contact avec direct avec les personnes visées et une prévention personnalisée menée auprès d'individus déjà sensibilisés.

Une telle communication à trois niveaux nécessite des pratiques et des structures adaptées spécifiques comme l'ont bien montré les expériences autour de la prévention du sida. En Grande-Bretagne, les centres antivénéériens ont été chargés de retransmettre au niveau local les campagnes nationales en collaborant avec différents groupes constitués (communauté gay, associations de toxicomanes ou de prostituées, représentants ethniques...). Dans le même temps, ils recevaient les malades craignant d'être séropositifs pour leur proposer un test, mais surtout pour établir avec eux un plan de prévention personnalisé.

En France, les « centres de dépistage anonyme et gratuit » n'ont pas pu jouer un rôle aussi actif, principalement du fait d'une moindre tradition de santé publique. Pour les médecins ou les hôpitaux

² HCSP (Haut Comité pour la Santé Publique), *La santé des Français*, Paris, La Découverte, col. « Repères », 2002.

qui en avaient la charge, cette mission n'était pas toujours perçue comme prestigieuse et ne constituait pas forcément une priorité. Les informations sur leur existence et les moyens de s'y rendre étaient insuffisantes et la plupart des tests de dépistages ont été réalisés en médecine de ville ou dans d'autres services hospitaliers, sans que le patient se sente suffisamment impliqué, notamment lorsqu'il n'était pas demandeur. De plus, en dehors de l'action active des communautés gays, les groupes à risques, notamment les étrangers venus de régions touchées par le sida, n'ont pas été utilisés comme relais de peur de stigmatiser des catégories particulières ou du fait des réticences des spécialistes de la toxicomanie à envisager la prévention du virus comme un objectif plus important que l'abstinence (d'où les critiques sur la distribution de seringues ou de produits de substitution buvables)³.

Les leçons du sida pourraient être transposées à d'autres politiques de prévention comme les dépistages des cancers : Des structures intégrées, dotées d'une grande reconnaissance et de moyens pourraient se charger à la fois des visites et de la promotion en s'appuyant le plus largement possible sur la société civile locale. Si la médecine de ville doit participer à ce travail, elle ne peut le mener à bien dans le seul cadre des consultations pour au moins trois raisons : tout d'abord parce que se sont surtout les personnes les plus soucieuses de leur santé qui vont consulter spontanément pour des motifs de prévention. Ensuite parce que le paiement à l'acte ne favorise pas les efforts d'éducation à la santé en dehors des visites ni la participation à des réunions d'information ou de coordination avec d'autres partenaires (élus locaux, médecins hospitaliers, associations...). Enfin, parce qu'elle est inégalement accessible suivant le lieu d'habitation. En milieu rural, un déplacement parfois long peut dissuader les moins motivés. Il en est de même de l'hôpital qui, de plus, ne valorise pas toujours ces actions de prévention.

Ce problème rejoint celui plus large de l'accès aux soins : toutes les zones de notre pays, du fait notamment de la liberté d'installation, ne sont pas également dotées et les manques risquent de se faire de plus en plus sentir du fait des évolutions de la profession : Tout d'abord, à l'exemple du reste de la société qui passe aux trente cinq heures, les horaires de 50 à 60 heures par semaine, le travail le week-end, les longs déplacements pour visiter une clientèle éparpillée sont de moins en moins acceptés, d'autant plus que les médecins sont de plus en plus des femmes qui doivent souvent assurer la part la plus importante du travail domestique et familial. Ensuite, à partir des années 1980, avec le *numerus clausus*, la réforme des études médicales et le progrès technique, les nouveaux étudiants sont, en moyennes par rapport à leurs prédécesseurs, de plus en plus de bons élèves et de brillants techniciens et de moins en moins des humanistes attirés par la vocation et les relations humaines. Enfin, la pénurie de médecins que certains prévoient à partir de 2010-2015 ne fera qu'aggraver les choses.

Tout cela milite, surtout pour les actions de prévention, pour le développement de partenariats et de réseaux entre structures diverses : médecine de ville, hôpital, centres de santé communaux ou mutualistes. Au niveau local, la population, les intérêts économiques, les associations, les pouvoirs publics non médicaux doivent participer à la réflexion et fournir des moyens (travail, locaux, matériel) pour développer des actions originales et adaptées. Mais tout cela ne pourra marcher à long terme que si les hiérarchies de prestige et les mentalités médicales évoluent et si d'autres modes de financement des soins sont développés et inventés : possibilités pour les médecins libéraux, mais aussi les médecins du travail de PMI ou scolaire de répondre à des appels d'offre sur des actions précises de prévention ou d'éducation à la santé ; réseaux permettant d'associer les collectivités locales, les caisses locales d'assurance maladie, les mutuelles et les différents intervenants médicaux ; structures légères (comme des centres de suivi de la grossesse) de proximité adossées à des dispositifs plus importants (maternité ou sont conduites les femmes une fois le moment de l'accouchement venu) ; etc. De tels projets, expérimentés par endroits, permettent de réduire les ségrégations entre secteur social et sanitaire, de rapprocher les différents types d'exercice de la médecine, de moins opposer les financements en enveloppes différentes...

Une autre façon de dépasser la réduction des problèmes de santé à des problèmes techniques de soin est d'introduire plus largement la participation des citoyens aux débats. Depuis l'épidémie de sida, il est évident que les associations de malades sont amenées à jouer un rôle croissant dans notre

³ Henri Bergeron, *L'Etat et la toxicomanie*, Paris, PUF, col. « Sociologies », 1999.

système de santé. Tout l'enjeu actuel est d'intégrer ces groupes, mais aussi plus largement les malades et leur famille, dans un véritable débat public où ils pourront apporter leur expertise particulière sur des questions complexes aux multiples implications (médicales, sociales, économique, éthiques, etc.). L'organisation de conférences de consensus, de conférences nationales et régionales de santé ou d'autres forums hybrides où se rencontrent des professionnels, des experts et des profanes permet d'expérimenter de nouvelles procédures de prises de décision plus démocratiques et souvent plus efficaces (en tenant compte des savoirs des diverses personnes concernées)⁴.

⁴ Michel Callon et Pierre Lascoume, *Agir dans un monde incertain*, Paris, Le Seuil, col. « La couleur des idées », 2001.