

Le défi des épidémies modernes

Comment sauver la Sécu en changeant le système de santé

(André Cicoella)

2007 – éditions La Découverte 142 pages 9 €

(Notes de lecture de Jean-Paul Allétru - Septembre 2007)

Boucher le sempiternel « trou de la Sécu » en remplaçant le principe de solidarité par une logique individualiste d'assurances privées, est-ce la solution ?

Non, nous dit André Cicoella. Il faut prendre le problème par le bon bout. Les épidémies modernes résultent de notre mode de vie et de notre environnement, c'est donc là-dessus qu'il faut agir. En refondant un véritable système de santé, et pas seulement un système de soins.

André Cicoella est chercheur en santé environnementale et président de la Commission Santé des Verts. Il est l'auteur de *Alertes Santé* (avec Dorothee Benoît-Browaeyns, Fayard, 2006).

Nos maladies ont changé.

Dans la France de 1906, les maladies infectieuses étaient la première cause de mortalité (19 %), loin devant les maladies respiratoires (13 %), les maladies cardiovasculaires (12,5 %) et les cancers (3,5 %).

En 1990, les maladies infectieuses ne représentent plus que 2 % des causes de décès, les maladies respiratoires 7 %, et les maladies cardiovasculaires sont passées à la première place (33%) devant les cancers (27 %). Cependant la part des maladies cardiovasculaires baisse régulièrement depuis les années 1980, alors que celle des cancers continue de progresser.

Le nombre des « affections de longue durée » (ALD) explose : le nombre d'assurés du régime général en ALD est passé de 3,7 millions de malades en 1994 à 6,6 millions en 2004 (12 % des assurés).

Ces « ALD », ce sont essentiellement les maladies cardiovasculaires (2,2 millions), les cancers (1,3 million), le diabète (1,2 million) et les affections psychiatriques de longue durée (0,9 million).

Elles représentent 60 % des dépenses de santé remboursées.

On observe que le cancer touche des populations de plus en plus jeunes, et que l'obésité induit une durée de vie réduite, de cinq à vingt ans. (Aux Etats-Unis, plusieurs études prospectives ont montré que l'épidémie d'obésité va réduire l'espérance de vie moyenne).

Des causes principalement environnementales.

Pour les *maladies cardiovasculaires*, les facteurs de risque sont bien connus : excès de cholestérol et de triglycérides, hypertension artérielle, tabac, stress, sédentarité, pollution atmosphérique. On observe de grandes variations géographiques : une étude publiée en 1980 faisait apparaître un risque de mortalité coronarienne 26 fois plus élevé en Finlande qu'en

Crète. Le *régime alimentaire* crétois est fondé sur la consommation de fruits et légumes, d'huile d'olive, de fromage et de peu de viande. Des résultats importants peuvent être obtenus par une action simple sur l'alimentation. En Finlande, en trente ans, grâce à une action volontariste de prévention, la population a changé largement ses habitudes, et obtenu des résultats remarquables de réduction du taux de maladies cardiovasculaires.

Pour les *cancers*, la progression est souvent attribuée au vieillissement de la population, les risques de cancer augmentant avec l'âge. Mais celui-ci n'est pas seul en cause. Les cancers du poumon et de l'œsophage sont clairement liés à la consommation d'alcool et de tabac. Pour les cancers qui progressent le plus (sein, prostate, peau, cerveau, testicule, lymphome, ...), les substances chimiques appelées « *perturbateurs endocriniens* » sont très vraisemblablement en cause.

Près d'un enfant sur six, en France, est obèse (taux multiplié par six en 40 ans !). *L'obésité* est un problème majeur de santé publique, car elle induit d'autres maladies : *diabète*, certains cancers, maladies cardiovasculaires, asthme, troubles mentaux, et problèmes orthopédiques. Obésité et diabète peuvent être évités par un changement d'alimentation et de *mode de vie*. On est passé en un demi-siècle d'une alimentation essentiellement à base de pain à une alimentation trop riche en lipides, en sel, en sucre ; dans le même temps, la quantité d'efforts physiques nécessaires à la vie quotidienne a fortement diminué.

Les causes de l'accroissement statistique des « *affections psychiatriques de longue durée* » (900 000) restent mal connues. Mais on a mis en évidence, là encore, dans certains cas le rôle de *perturbateurs endocriniens*. De même, la *maladie d'Alzheimer* (155 000 cas, non comptés parmi les 900 000), contrairement aux idées reçues, n'est pas seulement une conséquence du vieillissement : une étude conduite en Suède au début des années 2000 a estimé à 52 % le poids des *facteurs environnementaux* dans son déclenchement.

Dans le cas de l'asthme aussi, qui affecterait quelque 6 millions de personnes, les facteurs environnementaux sont déterminants.

L'impact de la pollution atmosphérique pour la France a été chiffré à 31 700 décès prématurés par an, dont 17 600 liés au trafic automobile (3 fois plus que les accidents de la route !) ; 450 000 bronchites chez les enfants ; 820 000 cas d'asthme...

La pollution est extérieure, mais aussi intérieure : l'air est plus pollué chez soi que dans la rue ! Les substances chimiques sont partout : formaldéhyde (dans les colles, les cosmétiques et les produits domestiques) ; phtalates, pesticides, ... Elles portent aussi atteinte à la biodiversité.

Rappel historique de la Santé publique.

Louis-René Villermé fait partie des premiers médecins hygiénistes. Son rapport de 1840 à l'académie de médecine inspirera la première loi de protection des enfants en 1841. Les causes infectieuses de nombreuses maladies ont été découvertes, à la suite des travaux de Pasteur, à partir de 1860. La première révolution de santé publique, au début du XXème siècle, permet de les faire décliner très sensiblement.

Un système d'assurance sociale, assurant aux travailleurs un revenu de compensation en cas de maladie, d'accident du travail, d'invalidité ou de vieillesse, géré par les partenaires sociaux

et financé par des cotisations proportionnelles au salaire, est mis en place en Allemagne (Bismarck, dans les années 1880), puis en Autriche (1888), au Danemark (1891), en Belgique (1894), et enfin en France (1930).

En Grande -Bretagne, un système de protection sociale financé par l'impôt et géré par l'Etat est mis en place par Lord Beveridge (1942), puis adopté dans les années 1950-1960 par les pays nordiques.

En France, les assurances sociales sont rendues obligatoires en 1945. L'ordonnance du 4 octobre 1945 précise : « La sécurité sociale (...) répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère ».

En matière d'assurance maladie, les indemnités journalières forment alors l'essentiel des dépenses (contre 8 % aujourd'hui). Le chômage n'est pas inclus dans la sécurité sociale, il fera l'objet d'une autre législation en 1958, avec la création des Assedic.

La Constitution de 1946 reconnaît le droit à la santé comme un droit constitutionnel. Le droit à un environnement sain ne sera reconnu en France qu'avec l'adoption en 2005 de la Charte de l'environnement, adossée à la Constitution.

L'enjeu actuel est de s'inspirer à la fois de Villermé et de Pasteur pour construire les systèmes de santé et d'assurance maladie modernes. Il faut aujourd'hui une seconde révolution de santé publique.

Pourquoi le système de santé est-il en crise ?

En 1958, la loi Debré donne naissance aux centres hospitaliers universitaires (CHU). **Les CHU vont profondément transformer la pratique médicale, au détriment du système de soins de proximité**, en concentrant les moyens techniques lourds. « **Cette médecine scientifique** », écrit le Professeur Grimaldi, « **tend à réduire sa vision à celle des organes malades.** » Et ce spécialiste du diabète poursuit : « le progrès dans ma spécialité n'est pas venu principalement de la pharmacopée (l'insuline a été découverte en 1921), mais des sciences humaines. En effet, le plus grand progrès en diabétologie depuis trente ans est l'éducation du patient. »

La concentration des activités de soin à l'hôpital et le développement des coûts liés aux techniques font que l'hôpital représente aujourd'hui en France près de la moitié des dépenses de soins.

Peu à peu, se développe l'idée que l'hôpital produit des services et que ces services peuvent faire l'objet de transactions marchandes. Les activités rentables, comme la chirurgie, sont peu à peu transférées vers les cliniques privées.

La France se distingue par une exceptionnelle addiction aux médicaments. La consommation française était en 1996 de 395 \$ par an et par personne, contre 124 aux Pays-Bas et 128 en Norvège, pays qui ne passent pas pour sinistrés sur le plan sanitaire.

Le schéma d'hier, pertinent pour les maladies infectieuses (une cause = un effet = un médicament = guérison) n'est plus adapté aux problèmes de santé d'aujourd'hui, liés

majoritairement aux maladies chroniques. A qui fera-t-on croire que la solution à l'obésité serait un médicament, un vaccin ou la chirurgie dite « bariatrique », qui vise à diminuer le volume de l'estomac ? Les millions dépensés pour la mise au point de médicaments anti-obésité seraient plus utiles dans une stratégie d'éducation pour la santé et de lutte contre la « sédentarité et la « malbouffe ».

Dans le cas des maladies cardiovasculaires aussi, la réduction du sel de l'alimentation, la limitation des calories et des graisses saturées seraient des mesures préventives pertinentes. Selon un chercheur à l'INSERM, une réduction de 30 % de l'apport de sel permettrait d'abaisser de 16 % le nombre de décès par infarctus, alors que le traitement médicamenteux de tous les hypertendus n'en préviendrait que 9 %.

On prescrit en France quatre fois plus de psychotropes que partout en Europe : rien ne justifie un usage aussi massif, si ce n'est la difficulté de vivre que cela traduit et qui ne trouve aucune autre solution.

L'industrie pharmaceutique est devenue la plus profitable au monde. Et les frais de marketing y sont deux fois plus élevés que les dépenses de recherche.

Mais une autre politique se dessine au niveau mondial pour faire en sorte que le médicament soit considéré comme un bien public.

Crise du sang contaminé, Tchernobyl : ces drames pouvaient être évités, l'idée du **principe de précaution** fait son chemin. En 1998, naissent l'Institut national de veille sanitaire, l'agence française de sécurité sanitaire des aliments, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; puis en 2001, l'agence française de sécurité environnementale, l'observatoire de la qualité de l'air intérieur. Mais la mutation des institutions, de la prévention à la précaution, n'est encore que très partielle.

Le syndicalisme a perdu sa légitimité dans la gestion de l'assurance maladie. Depuis le 1^{er} janvier 2000, avec la création de la couverture maladie universelle (CMU), l'accès à la couverture maladie n'est plus liée au seul travail. Le mode de financement a évolué, avec la création de la cotisation sociale généralisée (CSG), qui est un impôt, non une cotisation.

De **nouveaux acteurs** sont apparus : avec la crise sanitaire du sida, un mouvement associatif des patients s'est structuré, et a mené des actions d'éducation (sur les moyens d'éviter la transmission de la maladie), des actions en direction de l'industrie pharmaceutique, des actions de médiatisation ; d'autres mouvements ont émergé à propos des maladies nosocomiales, et de l'affaire de l'amiante. Aujourd'hui, le Comité interassociatif sur la santé (CISS) regroupe 2^e grandes organisations de malades, de victimes et de familles. Le mouvement mutualiste, enfin, joue un rôle particulier.

Mais tous ces acteurs restent tenus en marge de la gestion du système de santé, caractérisée par un déficit démocratique grandissant.

On retrouve ce déficit démocratique dans la gestion du **financement** de la sécurité sociale. C'est seulement depuis 1996 que le Parlement a acquis le droit de se prononcer sur ce point. Or, les dépenses de santé ont augmenté régulièrement, passant de 3,5 % du PIB en 1960 à 8,9% en 2002.

Le **déficit** prévu pour 2007 est de 3,9 milliards d'euros. La dette de l'Etat était évaluée à 5,9 milliard d'euros à la fin 2006. Les exonérations de cotisations patronales (23, 6 milliards d'euros en 2006) ont été multipliées de manière désordonnée, sans la moindre évaluation.

Le fardeau de cette dette a été rejeté sur les générations futures, par le biais de la Caisse d'amortissement de la dette sociale...

Sortir de la crise

Depuis 1974, les plans se sont succédé pour combler « le trou de la sécu ». Pour l'assurance maladie, le principe est toujours le même : augmenter les cotisations, diminuer les remboursements.

Certains préconisent la privatisation du système de santé. C'est ce qui s'est passé aux Pays-Bas le 1^{er} janvier 2006. La perspective de la Commission européenne d'inclure la santé dans les services susceptibles d'être ouverts au marché était au cœur de la première directive Bolkestein et on sait qu'elle n'a pas renoncé à son projet. Pourtant, on dispose d'un exemple en vraie grandeur qui montre où mène une logique privatisée : c'est celui des Etats-Unis. Bien que 16 % de la population n'aient en 2004 aucune forme de couverture, les Etats-Unis dépensent beaucoup plus pour leur santé (15,3 % de leur PIB) que les autres pays de l'OCDE (dont la moyenne se situe à 8,9%). Dans le classement établi en 2000 par l'OMS d'après les indicateurs sanitaires, les Etats-Unis arrivent en 37^{ème} position, derrière le Costa Rica, et loin derrière les pays européens. La France arrivait première à ce classement.

Les franchises médicales vont dans ce sens : plus sera importante la part des dépenses de soin non remboursées par le régime général, plus sera légitimé le rôle des assurances privées complémentaires. Plus aussi une fraction de la population (les jeunes) risque d'être séduite par une logique du chacun pour soi au détriment d'une logique de solidarité (avec les vieux). Comme si les jeunes d'aujourd'hui n'étaient pas les vieux de demain.

D'autres proposent une « **maîtrise médicalisée** » : mener une campagne sur le bon usage des antibiotiques, évaluer les pratiques des établissements et des médecins. C'est le rôle de la Haute autorité de santé, instituée en 2004. Cette fonction est nécessaire, mais néanmoins insuffisante.

Car, avant d'être un coût, qu'il faut réduire, **la santé est une richesse.**

Il faut s'attaquer sans tabou aux facteurs de risque sanitaires. Il faut refonder le système, pour passer d'une logique de soins à une logique de santé.

Refonder le système de soins.

De nombreuses initiatives (maisons de santé, centres de santé, ...) essaient de conjuguer une triple dimension, de soins, de prévention et de coordination entre acteurs médico-sociaux.

Certaines d'entre elles obtiennent le soutien de collectivités locales : qu'il s'agisse de la prévention de l'asthme (création d'un métier de « conseiller en habitat-santé »), ou de repérage et de prévention de maladies professionnelles, ...).

Des « réseaux de santé » regroupant hôpital, professionnels libéraux et association se sont multipliés.

Sortir de la surconsommation de médicaments est également nécessaire. La campagne sur les antibiotiques a montré que les comportements pouvaient changer.

L'aspiration des jeunes médecins à disposer de plus de temps personnel est parfaitement légitime et sa satisfaction n'implique pas une diminution du service rendu aux assurés. La solution passe par une gestion de l'offre des soins de proximité, via les maisons de santé. La liberté totale d'installation ne permet pas de répondre à la demande et il est nécessaire de l'encadrer par des mesures d'incitation, voire par des quotas minimaux et maximaux. Si l'objectif devient l'accès à la santé, le paiement à l'acte est inadapté.

Refonder la prévention.

Agir sur les facteurs de risque.

Lutter contre le cancer nécessite d'enlever de notre environnement les substances cancérigènes. Le règlement européen REACH devrait à cet égard constituer un point d'appui : il impose aux industriels de tester la nocivité de 12 000 des 100 000 substances chimiques qu'ils utilisent, d'ici à 2018. Mais d'ici là chaque Etat membre peut anticiper en prenant des mesures d'urgence sur son territoire. Par exemple, une réduction drastique des pesticides (impliqués dans les cancers de l'enfant).

Développer les transports en commun, c'est mener une politique de santé.

Mais aussi agir pour la haute qualité environnementale des bâtiments... Toute politique publique a un impact sur la santé et devrait être systématiquement évaluée de ce point de vue. Il est nécessaire de redéfinir avec l'industrie agroalimentaire les moyens pour sortir de l'impasse dans laquelle est arrivée la nourriture industrielle. Cela suppose par ailleurs le soutien à l'agriculture paysanne et biologique ; l'interdiction de la publicité télévisée pour l'alimentation à l'intention des enfants...

Agir par l'éducation à la santé. Développer une expertise scientifique protégée des pressions des lobbies alimentaires ou pharmaceutiques.

Refonder la démocratie sanitaire.

Les Verts proposent que la politique de santé soit menée à l'échelon régional (comme le régime actuel d'assurance-maladie de l'Alsace-Moselle) : il y a en effet de grandes disparités entre les régions en matière de santé.

Le conseil d'administration du « conseil régional de santé » serait composé de trois collèges élus : le premier par des listes présentées par les syndicats, mais aussi des associations de malades et de victimes, des associations familiales, consuméristes ou écologistes, les mutualistes ; le deuxième par des représentants des collectivités locales ; le troisième par les professions de santé.

Ce conseil régional de santé s'appuierait sur trois agences régionales en charge respectivement de l'offre de soins, de la santé environnementale et professionnelle, de l'éducation et de la promotion de la santé.

En tout état de cause, une réforme de cette ampleur suppose un vaste débat dans la société française.

Les questions de santé sont en effet au coeur du contrat social.