

---

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville  
Haut Comité de la santé publique

# **La santé en France**

## **Rapport général**

*En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> 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, 1994  
© Haut Comité de la santé publique  
ISBN : 2-11-003264-2

# Préface

*Le rapport que remet aujourd'hui le Haut Comité de la Santé Publique est un remarquable travail de synthèse.*

*C'est, en effet, la première fois qu'un rapport présente une vue d'ensemble de la situation sanitaire des Français et fait des propositions d'actions à moyen et long terme sur les thèmes considérés comme prioritaires.*

*Ce rapport est le fruit d'une longue réflexion à laquelle ont contribué de nombreuses personnalités que j'ai plaisir à remercier. Il est le résultat d'une véritable analyse globale des problèmes de santé publique actuels, alliant études épidémiologiques, évaluation du système de santé et propositions concrètes pour la définition des objectifs de santé publique.*

*Ce document est une contribution importante au développement des démarches de santé publique que je souhaite favoriser. Il tient compte non seulement de paramètres objectifs comme par exemple les indicateurs de mortalité ou de morbidité, mais aussi d'éléments qualitatifs tels que la perception de la santé par la population elle-même, qui complètent utilement toute évaluation rigoureuse.*

*Je souhaite une large diffusion du contenu de ce rapport, car il contribuera à développer dans notre pays une véritable culture de santé publique appelant la participation active de l'ensemble de la population.*

*Avec ce rapport, les pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs de santé publique disposent d'un outil qui facilitera la poursuite d'une politique de santé cohérente, pragmatique mais volontariste, permettant d'améliorer l'état de santé de nos concitoyens.*

*Définir une vision à long terme de cette politique de santé est un défi que j'entends relever.*

A handwritten signature in black ink, reading "Ph. Douste-Blazy". The signature is fluid and cursive, with a horizontal line at the end.

Philippe Douste-Blazy  
Ministre délégué à la Santé

	<i>Avant-propos</i>	5
	<i>Introduction</i>	9
Première partie :	<b>Chapitre 1</b>	
<b>Synthèse</b>	<b>Les concepts de référence : santé, santé publique, déterminants, indicateurs, système de santé</b>	<b>13</b>
	<b>Chapitre 2</b>	
	<b>En moyenne, la santé de la population est bonne et s'est améliorée en dix ans</b>	<b>35</b>
	Le bilan de l'état de santé en France est contrasté	35
	Description	35
	Éléments d'explication	62
	Conclusion générale	73
	<b>Chapitre 3</b>	
	<b>La santé en France comporte néanmoins des faiblesses structurelles et est menacée de détériorations</b>	<b>75</b>
	Description	75
	Facteurs explicatifs	140
	<b>Chapitre 4</b>	
	<b>Ces menaces ainsi que le niveau des dépenses de santé rendent nécessaires les choix de santé publique</b>	<b>173</b>
	Le coût de la santé milite en faveur de la prise de choix de santé publique	174
	Les points faibles de l'état de santé en France constituent un défi pour la santé publique	181
	Il faut donner droit de cité à la santé publique	184
	<b>Conclusion</b>	<b>195</b>
Deuxième partie :	<b>Introduction</b>	<b>197</b>
<b>Propositions d'objectifs et indicateurs</b>	<b>Chapitre 1</b>	
	<b>Des objectifs d'amélioration de la santé</b>	<b>203</b>
	Les grands buts d'une politique de santé à moyen terme	203
	Des objectifs spécifiques pour des problèmes de santé prioritaires	210

---

Des objectifs spécifiques pour des déterminants prioritaires	278
Conforter les acquis	297
<b>Chapitre 2</b>	
<b>Implanter la démarche de santé publique</b>	<b>309</b>
Structurer la politique de santé publique	309
Se donner les moyens de la mettre en œuvre	310
Faciliter la conception, le suivi et l'évaluation des programmes de santé par l'amélioration des systèmes d'information et d'aide à la décision	312
Agir avec les individus, les familles, les milieux de vie et les professionnels de santé avec lesquels ils sont en relation	313
Prendre en considération les options qui précèdent dans la réorganisation du système de santé	316
<b>Liste des sigles employés</b>	<b>317</b>
<b>Bibliographie générale</b>	<b>321</b>
<b>Remerciements</b>	<b>327</b>
<b>Table des matières</b>	<b>331</b>

## *Avant-propos*

Créé par le décret du 3 décembre 1991, le Haut Comité de la Santé Publique a pour mission de :

« donner des avis et d'apporter au ministre des éléments d'orientation et de décision en vue d'améliorer la santé publique.

Il doit notamment :

- contribuer à la définition des objectifs de la politique de santé publique ;
- faire des propositions pour le renforcement des actions de prévention, en particulier quant à l'information et à l'éducation du public en matière de santé ;
- développer l'observation de l'état de santé de la population : à cette fin, *il établit un rapport annuel, rendu public, comportant des indicateurs comparatifs et régulièrement suivis, de même que des analyses globales et prospectives sur des problèmes de santé publique.*

Il peut être consulté par le ministre chargé de la santé sur toute question concernant l'organisation des soins. »

Il est présidé par le ministre chargé de la santé et composé de vingt-six membres dont six membres de droit <sup>1</sup>.

Installé en 1992, le Haut Comité a rédigé des avis et des rapports sur des thèmes particuliers (périnatalité, hépatite C, sécurité anesthésique, santé en milieu carcéral, dépistage du VIH) ou généraux (stratégie pour une politique de santé).

---

1. 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, le directeur 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, Etienne Caniard, René Caquet, Patrick de la Selle, Gilles Errieau, Bertrand Garros, François Grémy, Jean-Claude Henrard, Albert Hirsch, Claude Huriet, Jean-François Lacronique, Jean-Marie Le Guen, Guy Nicolas (Vice-président du Haut Comité), Philippe-Jean Parquet, Janine Pierret, Edith Pons, Jean-Daniel Rainhorn, Jean-Claude Sailly, Maurice Tubiana, Marie France Wittman.

Le Haut Comité joue un rôle particulier dans l'information sur les problèmes liés aux conduites d'alcoolisation. Il publie une revue trimestrielle : *Actualité et dossier en santé publique*.

Le rapport *La santé en France* est le moyen privilégié choisi par le Haut Comité pour apporter sa contribution à l'ouverture d'un débat public sur les choix de santé et aider à la décision dans une vision à long terme de la santé publique.

Ce rapport présente, sans viser à l'exhaustivité, une sorte de photographie de l'état de santé en France, tel qu'on peut le connaître en 1994 à travers quelques grands indicateurs, en s'efforçant de situer la France dans son environnement international et de dégager les évolutions de la dernière décennie. Il se situe dans le prolongement des deux rapports publiés à la Documentation française en 1985 et en 1989 (*La Santé en France*). Il s'inscrit dans la même optique que les travaux publiés par le Fédération nationale des observatoires de santé (*La Santé observée-1992*). Il relève de la même « philosophie » que le rapport *Stratégie pour une politique de santé* publié en 1992 par le Haut Comité.

Les rapporteurs tentent d'interpréter les données de manière à faire ressortir les forces et les faiblesses de l'état de santé en France et à dégager les facteurs qui agissent sur la santé, ceci pour déboucher sur des propositions d'objectifs qui devraient être soumis à un large débat.

Ce rapport a été élaboré par huit groupes de travail thématiques, deux groupes portant sur des thèmes horizontaux et un groupe de synthèse, qui se sont réunis entre octobre 1993 et juillet 1994 :

- groupe 1 « La santé, une pluralité d'acteurs, de savoirs et de pratiques. » : président J. Pierret (HCSP), rapporteur F. Bouchayer (Mire) ;
- groupe 2 « L'information sur la santé en France » : présidents B. Garros et F. Grémy (HCSP), rapporteur L. Cherrié (DGS-VS1) ;
- groupe 3 « La durée de vie en France » : président A. Hirsch (HCSP), rapporteur E. Jouglà (Inserm-SC8) ;
- groupe 4 « La qualité de la santé » : président E. Caniard (HCSP), rapporteur G. Badeyan (Sesi) ;
- groupe 5 « Les grandes pathologies » : présidents J.F. Lacronique, P. de la Selle (HCSP), rapporteur A. Tallec (ORS) ;
- groupe 6 « La santé des populations spécifiques » : président J.D. Rainhorn (HCSP), rapporteur F. Baudier (CFES) ;
- groupe 7 « Les déterminants de la santé et de la maladie » : président J.C. Henrard (HCSP), rapporteur A. Jourdain (ENSP) ;
- groupe 8 « Aspects économiques de la santé publique » : président J.C. Saily (HCSP), rapporteur P. Gardeur (DGS-SQ1) ;
- groupe 9 « Objectifs » : président J.F. Girard (HCSP), rapporteur R. Demeulemeester (DGS-SP1) ;

- 
- groupe 10 « Indicateurs » : présidente E. Pons (HCSP), rapporteurs , A. George-Guiton (DGS-VS1), H. Isnard (DGS-VS1), K. Malek (interne HCSP), A. Pinteaux (Sesi) ;
  - groupe de synthèse : président G. Nicolas (HCSP), rapporteur B. Roussille (Igas).

Ils ont réuni les représentants des principaux organismes et services d'information et de recherche en santé publique, mais aussi des professionnels et des intervenants de terrain (associations, entreprises, hôpitaux, services de prévention, municipalités) : plus de trois cents experts au total.

Le présent volume est composé de deux parties très différentes :  
– la première représente le rapport de synthèse que le Haut Comité a rédigé sur la base des travaux des groupes thématiques ainsi que de ses propres réflexions en respectant l'esprit de son rapport « stratégie pour une politique de santé » ;

– la seconde présente les travaux des deux groupes horizontaux établis à partir d'une enquête de type Delphi réalisée par la Direction générale de la santé auprès d'une centaine d'experts en Santé publique. Sur cette base un certain nombre d'objectifs sont proposés, accompagnés par les indicateurs nécessaires à leur suivi.

Le second volume (dit volume annexe) réunit les travaux des huit groupes thématiques qui ont nourri la réflexion de synthèse.

Pour réaliser cet important travail, trois cents experts ont été sollicités. Ils ont accepté de donner du temps et de participer activement, et je tiens à les remercier pour leur collaboration et leur disponibilité.

Ce travail est le fruit d'une étroite collaboration entre le Haut Comité de la Santé Publique, la Direction générale de la santé et le Service des statistiques, des études et des systèmes d'information. Que René Demeulemeester (DGS) et Anne Pinteaux (Sesi) soient tout particulièrement remerciés pour leur précieuse collaboration.

Ce rapport a également associé de nombreux intervenants dans le domaine de la santé publique, plus spécialement la Mire, l'Inserm, les ORS, le CFES et l'ENSP qui ont accepté des fonctions de rapporteur.

Enfin ce rapport n'aurait pu être réalisé sans la présence d'un coordinateur et d'un rédacteur. Bernadette Roussille, membre de l'Inspection générale des affaires sociales, a accepté ces deux rôles avec enthousiasme. Notre reconnaissance est profonde et nous saluons ses qualités de rigueur, son dynamisme, son extrême gentillesse, en même temps que nous admirons l'étendue de sa culture et de son engagement pour la santé publique.

Guy Nicolas,  
*Vice-président*





## *Introduction*

La santé de la population qui est par nature une ressource nécessaire – sinon suffisante – au fonctionnement et au développement de toute société, est plus que jamais un enjeu.

Enjeu humain, comme le rappelle joliment Rabelais dans le *Quart livre* : « la santé c'est la vie. Sans la santé, la vie n'est plus une vie »<sup>1</sup> ; mais aussi enjeu démographique avec ses implications en termes de renouvellement des générations et de vieillissement de la population ; enjeu économique parce « qu'il n'est de richesse que d'hommes », mais aussi, à cause du poids et de la progression des dépenses dites de santé ; enjeu politique parce que la santé, devenue un thème médiatique privilégié, ne cesse d'interpeller les pouvoirs publics sur leur capacité à la préserver et à la développer, sans sacrifier pour autant les autres grandes fonctions collectives que sont par exemple la politique économique, la lutte contre le chômage, la politique sociale. A cet égard il s'agit d'un enjeu de démocratie car des choix clairement affichés sont désormais inéluctables : ils passent par un débat public et des décisions démocratiquement validées.

L'enjeu éthique, mis à jour plus récemment, renvoie aux choix que le développement de la biologie et des techniques médicales impose à la société pour sauvegarder une certaine idée de l'homme et du genre humain. Cet enjeu est présent également de façon plus quotidienne, lorsque les médecins ont affaire à des demandes de psychotropes ou lorsqu'ils sont confrontés aux problèmes posés par de grands prématurés et des patients en fin de vie. Il est aussi au cœur de toute politique de prévention confrontée au problème de sa légitimité (au nom de quoi imposer des contraintes pour faire, par exemple, le bien du fumeur malgré lui ?).

---

1. RABELAIS (F.), *le Quart livre*, Flammarion, Paris, 1993.

Du point de vue de l'individu, l'enjeu de la santé est plus que jamais sensible : la santé n'est plus seulement perçue comme l'absence de maladie ou de handicap, elle tend à se rapprocher de la notion de bien-être, de bonheur, voire de mieux-être et de performance. « La santé a remplacé le salut » disait G. Canguilhem<sup>1</sup>. Elle est devenue une valeur, un droit, presque un dû...

Fondamentalement, elle est à la fois un processus individuel qui s'enracine dans le secret de nos gènes et de nos comportements les plus intimes, une représentation sociale et un « obscur objet de désir » dont l'appréhension, on le verra, dépend en réalité de l'angle sous lequel on l'examine, à tel point que la santé d'une population ne semble faite que de paradoxes : ambivalence des indicateurs qui dévoilent autant de forces que de faiblesses et recèlent des menaces au sein même des plus grandes réussites, contradiction apparente entre la satisfaction que la population affiche quant à son état de santé et une consommation croissante de soins qui semblerait dire qu'elle se détériore. Mais, à notre époque, l'homme bien portant n'est-il pas un malade qui s'ignore de moins en moins ?

Dans ces conditions, établir un « bilan » relève d'une sorte de gageure, voire d'un artifice. C'est pourtant le choix fait par le Haut Comité, conformément à sa mission qui est d'aider à la décision et de diffuser la culture de santé publique. Après avoir posé et interrogé les grandes notions qui structurent la compréhension de l'état de santé d'un pays (chapitre 1), nous présentons l'état de santé en France comme un « bilan » dessinant des points forts (chapitre 2) et des points faibles ou qui posent problème (chapitre 3), ceux-ci étant établis sur la base de la comparaison avec des pays de niveau économique équivalent (pays européens – États-Unis – Japon) et sur la base d'une analyse des tendances de la dernière décennie.

Dans ce cadre, le Haut Comité s'efforcera de rester sur le terrain qui est le sien, celui de l'analyse de la santé de la population. Ceci explique la place faite dans ce rapport au système de soins et aux aspects économiques de la santé : ils sont décrits non pas en tant que tels mais seulement en tant que déterminants de la santé. De même la dimension éthique n'est évoquée que dans ses incidences sur la perception et la gestion de la santé individuelle ou collective.

Dans cette optique – une réflexion sur l'état de la santé en France en 1994 – le rapport ne cherche pas à présenter l'ensemble des données actuellement disponibles, ni même à couvrir tous les domaines (contraception, maladies génétiques, ...) ou tous les groupes de population (migrants, détenus, ...). Il sélectionne des

---

1. CANGUILHEM (G.), *Le Normal et le pathologique*, collection Quadrige, PUF, Paris, 1991.

---

domaines stratégiques ou significatifs et se prêtant à des comparaisons inter ou intranationales. Aussi certains secteurs peuvent-ils être jugés y tenir une place insuffisante : la santé dans les départements ou territoires d'outre-mer, la nutrition, les médicaments ; certains « instruments » sont peu évoqués (la recherche, la formation, les vaccinations, la médecine scolaire, etc.). Dans certains cas, les rapports de groupes présentés en annexe pallient ces carences, mais bien souvent ceux-ci ont dû procéder également par sélection. Ainsi, la santé des enfants a-t-elle été relativement délaissée au profit de celle des adolescents et des jeunes qui pose davantage problème.

En raison des carences du système d'information, il n'a pas toujours été possible de fournir les données souhaitables (en particulier dans le domaine de la morbidité où l'incidence réelle de pathologies aussi importantes que les cancers ou les hépatites est aussi mal connue que la prévalence des handicaps).

A l'intérieur de ces limites, l'image que les indicateurs et les enquêtes nous renvoient de notre état de santé est contrastée : une espérance de vie élevée, spécialement chez les femmes mais une surmortalité prématurée plus forte qu'ailleurs, une qualité de vie qui permet de vivre en moyenne fort longtemps sans incapacité mais qui, lorsqu'on est dans la maladie ou l'incapacité, n'est pas aussi bien assurée qu'elle pourrait l'être, un niveau de vie et d'éducation favorables à la santé mais impuissants à réduire l'impact des conduites à risques, des moyennes satisfaisantes voire excellentes mais des écarts importants, un système de soins accessible et techniquement performant mais encore mal adapté au type de prise en charge – globale – auquel invitent le vieillissement de la population et la chronicisation des maladies, une médicalisation très poussée, à la fois bienfaisante et maléfique, un rapport « qualité-prix » médiocre comparé à celui d'autre pays, etc.

Ces forces et faiblesses nous amèneront à réfléchir sur les déterminants, démarche essentielle dès lors que l'on cherche à comprendre et à agir.

Dans l'acception positive et large de la santé proposée par le Haut Comité, ceux-ci sont particulièrement nombreux, enchevêtrés et interactifs, puisque les déterminants économiques, sociaux, environnementaux se combinent avec le rôle du système de soin et des comportements individuels. Le groupe 8 (volume annexe) s'efforce d'en faire une présentation globale et d'introduire la dimension historique essentielle à toute tentative d'explication. Dans le présent volume, nous avons choisi de ne pointer que quelques-uns de ces déterminants et de les rapporter aux éléments d'actif et passif du bilan, ce qui ne va pas sans des simplifications contestables, voire sans un arbitraire dont la seule excuse est de se vouloir pédagogique et opérationnel.

Le caractère global et principalement collectif des déterminants, la nature même des grands problèmes de santé auxquels nous sommes confrontés (surmortalité prématurée, « pandémie » des maladies chroniques et des pathologies liées aux conduites à risque, etc.) vont dans le même sens que les contraintes financières : ils invitent à donner un essor décisif à la démarche de santé publique – encore insuffisamment installée dans la culture et dans les institutions de notre pays – en affichant, par un acte politique fort et démocratiquement validé des objectifs et des priorités qui pourraient structurer l'organisation, le financement et le fonctionnement de la politique et du système de santé. Ceci représente une véritable « conversion » des esprits dans une société dominée par l'approche individuelle de la santé et par le modèle de biomédical curatif.

---

# Synthèse

## Chapitre 1

---

### Les concepts de référence : santé, santé publique, déterminants, indicateurs, système de santé

Les concepts clés qui structurent toute réflexion sur l'état de santé et la politique de santé sont complexes et soulèvent des problèmes méthodologiques et éthiques, et d'une certaine façon les analyses et les jugements dépendent du sens que l'on donne aux mots. Nous avons choisi de les présenter de manière détaillée et critique, en les illustrant d'exemples.

**La Santé** Parce qu'il met en jeu des représentations impliquant des conceptions de la vie et de la mort, le concept de santé est particulièrement polysémique quant à son contenu, à son champ et à la valeur qui lui est donnée. Les plus grands médecins ou savants, philosophes, écrivains ou artistes en ont traité. Notre but se limitera ici à préciser l'approche que le Haut Comité en propose dans ses analyses.

La santé est une ressource individuelle et collective. Elle se définit d'abord en négatif par rapport aux notions de mal-être, maladie, morbidité, douleur, déficience. C'est « la vie dans le silence des organes » ; « lorsqu'on la possède on n'y pense plus »

(Descartes) <sup>1</sup>. Si l'on y introduit une dimension sociale et psychologique, la santé s'oppose alors également à l'incapacité, au désavantage et au handicap.

DÉFINITIONS :  
CE QUE LA SANTÉ  
N'EST PAS

**Maladie** : altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution ou comme une entité définissable. (Petit Robert)

**Morbidité** : nombre de personnes malades ou nombre de cas de maladies dans une population donnée à un moment donné.

**Déficiences** : altération d'une structure ou fonction anatomique (déficiência physique), physiologique (déficiência sensorielle ou viscérale) ou psychologique (déficiência mentale). Il s'agit d'un état temporaire ou permanent en référence à une norme biomédicale.

**Incapacité** : réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon considérée comme normale pour un être humain.

**Handicap** : désavantage social conféré par l'incapacité et la déficiences mais aussi par un environnement défaillant : pour un individu, le handicap est fonction des altérations de l'état de santé, des ressources personnelles, de l'environnement personnel et collectif.

**Dépendance** : on utilise le terme de dépendance lorsque les actes élémentaires de la vie courante (se nourrir, s'habiller, se mouvoir, etc.) nécessitent l'aide d'un tiers pour être effectués. Dans un tout autre contexte l'on parle de dépendance à des produits toxiques (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie).

La santé inclut aussi, et de plus en plus, d'après les enquêtes du Credoc et de l'Insee, une perception plus positive. Elle recouvre désormais les notions de bien-être et d'adaptation à l'environnement physique et social. Cette approche dite perceptuelle renvoie au « ressentir », à ce que G. Canguilhem <sup>2</sup> appelle « la vérité du corps ». Elle est éminemment subjective et variable suivant l'époque, le lieu, le sexe, la catégorie sociale, l'âge. Cette dimension « perceptuelle » est essentielle pour deux raisons : c'est à la population, première concernée, de dire comment elle juge sa santé (l'on peut s'étonner à cet égard du décalage qui existe entre mesure objective et perception subjective de la santé : des personnes âgées handicapées, des malades chroniques lourds jugent souvent leur état de santé satisfaisant) ; en outre cette perception est, elle-même, un déterminant : on sait l'influence sur la maladie du vécu de la maladie, on sait aussi l'influence sur le vécu et le statut des personnes du discours médicalisant (les alcooliques, les toxicomanes se disent facile-

1. CANGUILHEM (G.), *La Santé : Concept vulgaire et question philosophique*, Sables, Pin Balma, 1990.  
DESCARTES (R.), lettre à Chanut du 31 mars 1649.  
2. CANGUILHEM (G.), *Le Normal et le pathologique*, collection Quadrige, PUF, Paris, 1991.

ment malades, les femmes enceintes, et les personnes âgées se perçoivent de plus en plus comme des patients).

Le groupe 1 (volume annexe) illustre à travers des exemples concrets, les décalages voire les distorsions qui peuvent exister entre les usagers et les professionnels quand il s'agit d'appréhender ce concept. En analysant les conseils de puériculture et certaines campagnes d'éducation pour la santé, il montre comment peuvent procéder les professionnels pour imposer leurs perceptions auprès du grand public « profane ».

L'enquête « la perception de la santé en France » réalisée par le Credoc en février 1993 pour le Haut Comité de la Santé Publique (échantillon de 2 030 entretiens téléphoniques) montre que la bonne santé est associée au bonheur et à l'autonomie.

Associez-vous bonne santé et ...

En %

	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Ne sait pas
Prendre plaisir à la vie	88,0	10,9	0,8	0,4
Faire ce que l'on veut	79,5	18,0	1,5	1,0
Ne pas être malade	63,4	27,2	8,8	0,5
Vivre mieux	60,4	28,1	8,4	3,0
Ne pas souffrir	56,5	31,7	11,1	0,7
Ne pas avoir à consulter un médecin	39,7	34,5	25,7	0,2

Source : Enquête Credoc-HCSP 1992.

Pour une très large majorité des personnes interrogées, la bonne santé, c'est d'abord prendre du plaisir à vivre. Ce thème devance une autre idée qui fait de la santé le support d'une vie autonome et libre. Le fait de ne pas être malade et de vivre vieux est affirmé comme étant partie prenante d'une bonne santé par un peu moins des deux tiers des personnes interrogées. Plus d'une personne sur deux exclut la souffrance du champ de la bonne santé. En revanche, les avis sont plus partagés en ce qui concerne la consultation d'un médecin.

Mais la santé, à notre époque, fait aussi référence à une recherche de mieux-être. La demande de santé devient aussi une demande « de corps performant » : beau, jeune, sportif, intelligent... La médecine du « désir » illustrée notamment par les prouesses de l'assistance médicale à la procréation et de la chirurgie esthétique, est entrée en scène.

Ainsi les frontières de la santé se déplacent-elles en permanence : la maladie s'insinue dans la santé comme le montrent les exemples de la médecine de prédiction ou encore de la séropositivité, mais aussi la santé pénètre l'univers de la maladie



comme en témoignent les hémophiles ou les diabétiques soignés ou encore les personnes greffées ou porteuses de prothèses. Au-delà même de cette interpénétration de deux mondes, le territoire de la santé évolue, il s'étend sous l'effet de la médicalisation voire de la « médicamentisation » croissante du mal-vivre et des problèmes sociaux mais aussi avec l'apparition des « bien portants, médicalement traités » : femmes enceintes, jeunes enfants, femmes ménopausées, personnes âgées...

Dans le présent rapport, la définition retenue sera celle de l'OMS de la **santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social » qui « ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité <sup>1</sup>. »**

Cette définition, qui fait autorité, mérite d'être analysée. Elle présente l'intérêt d'insister sur les différentes dimensions de la santé. En envisageant l'aspect physique, psychique et social, elle ne privilégie pas l'aspect purement somatique auquel se limite trop souvent l'horizon médical. Elle véhicule une vision globale multidimensionnelle de l'homme. Il a d'ailleurs été envisagé de modifier la définition, en ajoutant une quatrième dimension : la dimension « spirituelle », le sens que l'on donne à sa vie.

Cette définition donne en outre de la santé, une vision *positive* ne ramenant pas celle-ci à l'absence de maladie diagnostiquée. En cela, elle « démedicalise » la santé. C'est aussi une définition exigeante et dynamisante, car elle fixe un objectif très ambitieux.

Cependant une telle acception de la santé présente quelques inconvénients :

- elle pousse la démedicalisation très loin en insistant sur l'aspect purement subjectif de la santé. C'est le sujet et lui seul qui se dit ou non en bonne santé, puisque c'est son « bien-être » personnel qui définit la santé. Cette subjectivisation aboutit parfois à des incohérences. On peut se sentir en complet bien-être physique, psychique, social (et spirituel) et être atteint d'un début de cancer ;
- elle pousse l'exigence jusqu'à l'utopie. Le bien-être « complet » peut-il exister ? Comment pourrait-on le connaître, le mesurer ?
- plus grave est le caractère « statique » de la définition. La santé est moins un état, avec la connotation inerte, voire végétative, que cela comporte, qu'un *processus* qui se déroule dans le temps.

C'est pourquoi, il paraît utile de compléter l'approche de l'OMS par une définition qui insiste sur l'aspect adaptatif de la santé.

---

1. Organisation mondiale de la santé / Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Les Soins de santé primaires : Conférences internationales sur les soins de santé primaires*, OMS, Genève, p. 6, 1978.

---

Ainsi, selon R. Dubos, la santé est-elle un « état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et *aussi longtemps que possible* dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé. »

La vision véhiculée par le présent travail sera celle d'un contenu positif et large de la notion de santé entendue non seulement comme un état, mais comme une réalité dynamique, inscrite dans les pratiques et les discours de la société toute entière, une élaboration psychologique complexe où s'intègrent en une image signifiante l'expérience de chacun, les valeurs et les informations circulant dans la société. Santé et maladie sont les résultats de processus faisant intervenir la relation de l'individu à la société.

Quel est le rapport de notre société avec l'objet santé ?

Comme le concept lui-même, la relation de la société avec la notion de santé et de maladie est une construction sociale qui varie dans l'espace et dans le temps. Ainsi que le montrent anthropologues et sociologues, Foucault, Canguilhem, Vigarello, F. Heritier-Augé, etc., les interprétations et les pratiques sociales autour du normal et du pathologique, du sain et du malsain portent la marque des croyances et des idéologies. Dans la France d'aujourd'hui se superposent des visions cosmogoniques et religieuses de la maladie, malédiction divine ou au contraire rédemption par la souffrance, et des approches psychologisantes ou étroitement scientistes.

Le développement de l'État-Providence, le progrès médical, la médiatisation ont modelé le rapport de la population à la santé : celle-ci est devenue une valeur (« la santé a remplacé le salut »), une norme (« comment peut-on être malade ? »), un droit à être, non seulement soigné, mais guéri, droit à la sécurité (tout aléa gommé ou financièrement réparé), droit à l'enfant, parfait de surcroît, etc. Mais la diffusion des connaissances médicales, la démocratisation des soins, les progrès du consumérisme ont aussi développé la prise de responsabilité et l'implication des usagers et des malades dans leur traitement (phénomène de l'auto-soignant – diabétique par exemple ou insuffisant respiratoire –, regroupement des malades en associations, etc.).

Cette évolution des attentes dessine une dimension qu'il convient de souligner : la santé est un problème public <sup>1</sup>. Certes son champ est d'abord celui de l'individu puisque c'est au niveau du corps que la santé se vit, se traite et s'évanouit avec la vie ; c'est aussi autour de l'individu et du colloque singulier qu'est bâti le dispositif sanitaire de notre pays : cette approche indivi-

---

1. SETBON (M.), *Pouvoirs contre Sida*, Seuil, 1993.

duelle de la santé qui correspond au modèle biomédical curatif dominant ne sera pas absente de cet ouvrage.

Mais celui-ci privilégiera l'approche collective et s'intéressera avant tout à la santé de la population ou de sous-ensembles de population. D'abord parce que la santé physique d'un individu dépend de celle des autres (phénomènes de contagion) et d'un environnement sain. Mais aussi, on l'a vu, parce que la santé met en jeu le rapport des individus à la société (notamment en termes d'adaptation, d'insertion et de réseaux d'entraide) et mobilise des représentations sociales.

## **La santé publique**

Nous entrons ainsi dans le champ de la santé publique. « La santé publique ne s'oppose pas à la santé privée. Si elle concerne avant tout la gestion des problèmes de santé au niveau collectif, cela ne signifie pas qu'elle nie les particularismes du vécu et des besoins de chacun. Bien au contraire, la satisfaction des besoins individuels est au cœur des préoccupations de la santé publique <sup>1</sup>.

La santé publique est un domaine d'action dont l'objet est l'amélioration de la santé de la population. Elle est un ensemble de savoirs et de savoir-faires qui se situent entre l'administration de la santé et l'exercice de la profession médicale. Sa finalité est aussi la connaissance par la recherche.

La santé publique fait appel à un ensemble de méthodes issues de disciplines variées. L'épidémiologie consiste à décrire les phénomènes morbides à l'échelle des populations ou des groupes sociaux, à analyser les déterminants aux différents stades des processus morbides et à évaluer les actions entreprises (épidémiologie descriptive, analytique et évaluative). Les sciences sociales en sont le complément. Elles proposent d'étudier la santé comme fait social, d'analyser les représentations et les pratiques sociales mises en œuvre par les acteurs du système de santé et les institutions et politiques mises en place par les pouvoirs publics et la société pour répondre à la maladie et au malheur. L'économie de la santé étudie la place du système de soins dans l'économie, les modalités de sa gestion et les mécanismes de protection sociale. La santé publique s'appuie sur bien d'autres sciences, disciplines ou techniques, à commencer par la médecine mais aussi la démographie, la biostatistique, ... qui apportent leur propre éclairage sur la santé et la maladie au niveau des populations et sur les réponses des différentes

---

1. STROHL (H.) (rapporteur général), Commission santé publique, rapport no 880 027, Inspection générale des affaires sociales (Igas), Paris, juillet 1986.

---

collectivités. Ainsi la santé publique n'a-t-elle pas de méthode propre mais une de ses principales caractéristiques est la pluridisciplinarité de sa démarche.

## Le « modèle » de santé

Comme tous les travaux portant sur la santé, le présent rapport est sous-tendu par une sorte de modèle de la santé individuelle et collective, un modèle réducteur, certes, mais qui a eu un intérêt pédagogique et un rôle fédérateur de référence pour l'ensemble des groupes de travail. Tentons d'explicitier ce modèle qui sera présenté par le groupe 2 (volume annexe).

*L'état de santé d'un individu peut-être considéré comme un processus temporel partiellement aléatoire qui va de la conception – où se joue la loterie génétique – au décès plus ou moins tardif. Entre ces deux moments, intervient une période de bonne santé (qui peut être entrecoupée de pathologies bénignes aboutissant à la guérison totale – *restitutio ad integrum* –) suivie, plus ou moins tard (avec l'exception de la mort accidentelle) d'une période d'entrée en état de maladie aboutissant à un degré d'incapacité plus ou moins permanent et plus ou moins grand.*

D'une façon très simplifiée : deux états caractérisent la santé : la bonne santé (au moins apparente), l'(les) incapacité(s) scandée(s) par trois étapes : l'entrée en maladie, l'entrée en incapacité, le décès. Ce schéma est parfaitement adapté pour décrire les pathologies chroniques dégénératives, mais il peut aussi correspondre à des infections de longue durée dont l'incidence augmente depuis quelques années : infection à VIH, tuberculose par exemple ; les accidents graves entrent aussi dans le schéma.

Les modes de réponse destinés à renforcer les facteurs favorables et à combattre les facteurs défavorables, à diminuer l'incidence ou à atténuer la gravité des affections sont le soin et la prévention.

Arrêtons-nous sur ce dernier concept. On distingue en général :

- la prévention primaire qui désigne les actions générales ou spécifiques qui peuvent être mises en œuvre pour réduire les causes et les facteurs de risque des maladies, ainsi la politique de l'environnement et la législation du travail, ou même plus généralement la politique sociale, mais aussi l'éducation à la santé, les campagnes de prévention et de vaccination ;
- la prévention secondaire qui consiste à dépister les maladies. Remarquons que cette action n'a pas de conséquence sur l'incidence de cette maladie, puisqu'elle concourt à la reconnaissance de celle-ci avant son extériorisation clinique et n'a pas pour objectif de diminuer le nombre de cas. La mise en œuvre

d'une campagne de dépistage entraîne habituellement un accroissement d'investigations à visée diagnostique et d'actes thérapeutiques (mammographie, biopsie, chirurgie, ...) ;

- la prévention tertiaire qui vise à éviter l'aggravation des maladies c'est-à-dire qui consiste à les traiter et à protéger la qualité de vie et à aider à la réinsertion.

Pour éviter les confusions, ce rapport évitera les expressions de prévention secondaire et prévention tertiaire et parlera de dépistage, de traitement, de soins, d'insertion. Le concept de prévention sera réservé à la prévention primaire c'est-à-dire aux actions visant à réduire les causes et les facteurs de risque des maladies.

*L'état de santé de la population* peut être présenté comme un faisceau de processus individuels qui, dans une vision statistique, peuvent être caractérisés par trois courbes théoriques de « survie ».

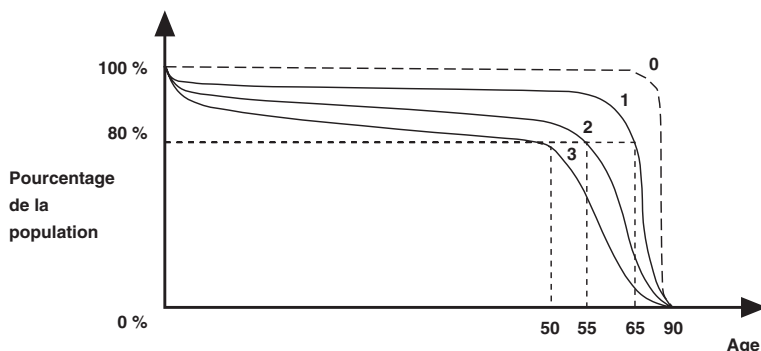
La courbe 1 (courbe de survie : CS) exprime la survie d'une cohorte ; la survie moyenne est l'espérance de vie à la naissance.

La courbe 3 (courbe de survie en bonne santé : CSBS) représente la survie sans maladie, c'est-à-dire, pour chaque âge, la proportion de sujets qui n'ont pas été atteints par une maladie diagnostiquée (on peut raffiner en intégrant aussi la durée des affections aiguës intervenant en plus de maladies chroniques).

La courbe 2, intermédiaire, représente la survie sans incapacité (courbe de survie sans incapacité : CSSI). On peut envisager une famille de courbe 2 selon le degré d'incapacité retenu (sévère – légère).

La courbe 0 est la courbe de survie idéale « rectangulaire », où la mortalité prématurée et l'incapacité auraient disparu.

Figure 1



---

Ces trois courbes peuvent servir à bâtir les *buts* d'une politique de santé :

- rapprocher la courbe 1 de la courbe idéale, c'est-à-dire lutter contre toute forme de mortalité prématurée ;
- rapprocher les courbes 3 et 2 de la courbe 1, pour diminuer la durée de vie en maladie et en incapacité, ce qui signifie retarder l'apparition des maladies chroniques et lutter contre les incapacités.

L'évolution dans l'avenir de ces courbes donne lieu à des prises de positions, que l'on peut regrouper autour de trois grandes thèses :

- la théorie de la compression de la morbidité de Fries postule que l'amélioration du niveau de vie et de la prévention retarderait l'entrée en incapacité. La courbe 2 (survie sans incapacité) tendrait à se rapprocher de la courbe de survie, dont la rectangularisation serait limitée par la longévité de la vie humaine, elle-même génétiquement limitée. On s'acheminerait vers la mort en bonne santé pour tous ;
- la théorie de la « pandémie des affections chroniques et des incapacités ». Selon Gruenberg et Kramer, les progrès de la médecine vont plus vite que ceux de la prévention primaire et seront plus efficaces pour allonger la vie que pour en améliorer la qualité. La courbe 1 se déplacerait légèrement vers la droite sans que la courbe 2 ne soit modifiée ;
- la théorie de « l'équilibre dynamique » du démographe américain Manton selon laquelle la hausse de l'espérance de vie s'expliquerait en partie par le ralentissement de la progression des maladies chroniques. Ainsi les années de vie supplémentaires ne seraient pas essentiellement des années d'incapacité.

On le voit, cette conception de la santé comme processus soumis à une dégradation progressive, s'éloigne du modèle biomédical qui la définit par opposition à la maladie et fait du système de soins un déterminant privilégié. Elle repose sur un autre paradigme qui, sans nier les aspects individuels et biologiques de la santé, en déploie la dimension collective et sociale et la sort de la seule compétence technico-médicale et de la seule sphère du système de soins.

## **Les déterminants de la santé**

L'état de santé d'une population résulte de la conjonction de nombreux facteurs. Les approches pastorienne et bernardienne qui dominent notre vision de la santé ont conduit à mettre l'accent sur le rôle des facteurs biologiques et génétiques. Mais le développement des maladies chroniques, des comportements à risque, des accidents, ... oblige à élargir l'angle de vue.

La santé de la population est influencée par des facteurs généraux : organisation sociale et politique ; facteurs démographiques (âge moyen, répartition par groupes d'âge), génétiques, écologiques (environnement général : eau-air-déchets, environnement professionnel...), économiques (niveau général de prospérité), sociaux (écarts de revenu, cohésion sociale, répartition par catégories sociales, relations familiales et sociales, modes de vie et de consommation), culturels (valeurs dominantes, niveau de formation et d'information), etc.

A l'intérieur de ce cadre interviennent des facteurs spécifiques, plus particulièrement identifiés comme induisant des risques pour la santé parce que des études épidémiologiques ont permis d'établir que l'augmentation de leur fréquence provoque une augmentation de l'incidence de telle ou telle maladie : par exemple, le niveau de consommation de tabac ou d'alcool a des effets sur l'apparition de cancers du poumon ou de cirrhoses (relation de causalité statistique).

Si l'on se place maintenant du point de vue de la santé des individus, les déterminants sont du même type, mais ils sont liés à la santé et à la maladie non par une relation de causalité statistique mais une *relation de probabilité*.

Prenons l'exemple du tabac. Au niveau d'une population, il a été prouvé (notamment par des comparaisons entre groupes de fumeurs et de non-fumeurs) que sa consommation augmente le nombre de cancers du poumon. Le risque de cancer du poumon est plus élevé dans les groupes de fumeurs que dans les groupes de non-fumeurs, et l'on observe une augmentation parallèle (bien que décalée dans le temps) de l'incidence du cancer du poumon et de la consommation de tabac. Mais au sein de la population à risque, la probabilité de contracter un cancer du poumon n'est pas la même pour tous les individus. Le risque varie en fonction de caractéristiques individuelles comme le sexe, l'âge, des facteurs génétiques, des facteurs socio-économiques, la méthode d'inhalation de la fumée, l'association à d'autres facteurs. Individuellement, un gros fumeur connaîtra un risque plus grand qu'un non-fumeur, de mourir de cancer, mais il pourra y échapper. Inversement une personne qui n'est ni fumeuse active ni passive, pourra connaître un cancer du poumon. La corrélation tabac-cancer est causale au niveau collectif (on peut prédire une augmentation du nombre de cancers), mais seulement probable pour l'individu (on ne peut pas prédire un cancer).

Une autre façon d'expliquer cette notion de déterminant est de considérer, comme le fait D. Schwartz, que l'on se situe ici dans le domaine de l'incertain :

« Dans le domaine du certain, un facteur, éventuellement associé à d'autres facteurs, est considéré comme cause d'un événement s'il en provoque à tout coup la survenue. Si l'on adoptait cette

---

définition dans le domaine de l'incertain, la causalité serait rare. Dans le déterminisme des maladies par exemple, un des triomphes de la science a été de montrer que la « cause » de beaucoup de maladies était un agent infectieux. C'est vrai qu'on ne peut être tuberculeux sans avoir le bacille de Koch, mais celui qui a le bacille de Koch n'est pas forcément tuberculeux : il a seulement une probabilité non nulle de manifester la maladie. Les fumeurs n'auront pas tous un cancer bronchique, les malades recevant un traitement efficace ne seront en général pas tous guéris. C'est que la survenue de tels événements dépend, non seulement d'un et le plus souvent de plusieurs facteurs identifiables, mais en outre d'une série d'impondérables, de hasards, qui sont la marque de l'incertain. Nous voilà donc contraints de modifier la définition de la causalité. Et ici encore, le recours sera cette mesure de l'incertain qu'est la probabilité : la définition d'un facteur causal dans le domaine de l'incertain est qu'il provoque une augmentation de probabilité de l'événement <sup>1</sup>. »

Il n'est pas toujours facile de **discerner les facteurs principaux** en raison de l'existence de facteurs de confusion (biais) qui peuvent provoquer une relation artificielle entre un facteur et le phénomène étudié. Ainsi l'un des pères fondateurs de l'épidémiologie, l'anglais Snow avait-il observé une relation entre l'incidence du choléra à Londres et l'altitude, « les quartiers les plus bas de la ville étant les plus touchés ». En fait le facteur favorisant n'était pas l'air mais l'eau « les quartiers les plus bas de Londres étaient simplement ceux qui recevaient également de l'eau de mauvaise qualité » <sup>2</sup>.

Parfois même, des courbes peuvent être parallèles sans être corrélées : dans les villes occidentales, les ascenseurs et les divorces augmentent en même temps.

Il n'est pas toujours possible de « neutraliser les facteurs de confusion. » Isoler un facteur unique peut être réducteur. La présence d'un virus dans le sang d'une personne n'explique pas pourquoi cette personne y a été sensible. Non seulement les causes sont en général multiples, mais elles agissent les unes sur les autres. Ainsi le facteur génétique joue-t-il un rôle important dans l'apparition de maladies comme l'alcoolisme ou l'hypercholestérolémie, mais celles-ci sont également liées à des déterminants socioculturels.

Le groupe 7 (volume annexe) met en relief le rôle, en dernière analyse décisif, des déterminants sociaux (classe sociale, mais aussi niveau de culture, revenu, modes de consommation, réseau

---

1. SCHWARTZ (D.), *Le Jeu de la Science et du hasard. La statistique et le vivant*, Flammarion, Paris, 1994.  
2. GOLDBERG (M.), *L'Épidémiologie sans peine*, Frison Roche, Paris, 1990.



social, insertion dans la société, niveau dans la hiérarchie sociale, ...).

Ceux-ci agissent sur les comportements : des comportements à risque comme le tabagisme, toxicomanie, alcoolisme surtout sont de véritables « marqueurs sociaux ». Mais cela semble aller plus loin. Le fait que les indicateurs de mortalité et de morbidité soient plus mauvais en moyenne dans les catégories sociales peu favorisées semble « impliquer des facteurs de risque généraux influençant la prédisposition à toute une série de maladies et agissant durant des décennies voire des générations. » (groupe 7, volume annexe).

D'après un rapport <sup>1</sup> récemment paru au Royaume-Uni, confirmant que la consommation de tabac a diminué de manière globale dans les vingt dernières années dans ce pays, on constate qu'elle reste stable chez ceux et celles qui accumulent les désavantages et qui restent sans perspectives. La consommation de tabac n'a en effet pas diminué lorsque les personnes déclarent appartenir aux catégories ayant de bas revenus, être locataires d'habitations sociales, être parent célibataire ou vivant en couple non marié, recevoir les allocations familiales ou du chômage, être sans emploi ou dans les emplois manuels non qualifiés au niveau d'éducation les plus bas. L'augmentation considérable des taxes sur la cigarette au Royaume-Uni a certes détourné du tabac une majorité de la population, mais les plus démunis ont continué à fumer au détriment du budget qu'ils pouvaient consacrer à leurs besoins les plus élémentaires. Les auteurs de ce rapport proposent d'utiliser une partie des revenus tirés des taxes du tabac pour financer des programmes de soutien social et familial à ces catégories de la population anglaise.

Non seulement il y a interaction entre les causes, mais les effets agissent sur les causes. Cela crée, au niveau des individus, des phénomènes de cercles vicieux bien connus des médecins : la dépression peut favoriser tel ou tel comportement à risque (par exemple l'alcoolisme) ou telle ou telle maladie (asthme, dorsalgie, ...) et en retour la maladie renforcera la dépression. Ce phénomène se manifeste aussi au niveau de la santé des populations. Un des exemples le plus connu est le « *healthy worker effect* » : si certains groupes de salariés exposés à des conditions de travail très dures se portent mieux que des groupes soumis à un meilleur environnement, c'est parce que les premiers ont été ou se sont en quelque sorte sélectionnés sur la base d'une meilleure santé : ils se portaient mieux au départ. De même, le taux de prématurité plus bas chez les bébés de femmes actives que chez ceux des femmes au foyer s'explique-t-il par le suivi sanitaire meilleur des femmes au travail, par leur meilleure intégration sociale, par leur niveau de revenu en moyenne supé-

1. MARSH (A.), MC KAY (S.), *Poor smokers*, 1994.

---

rieur, par leur nombre d'enfants plus faible ou simplement par le fait que le travail sélectionne la bonne santé ? Certains auteurs ont même été jusqu'à se demander si la meilleure santé des catégories sociales élevées s'explique par leur niveau social ou si c'est elle qui explique leur place dans la société, ...

Ainsi la contribution des déterminants est-elle infiniment complexe du fait de leur multiplicité, de leurs inter-relations, de leurs actions en chaîne et de leurs effets de boucle. Une telle complexité souligne les limites du modèle biomédical.

Pour ce dernier modèle, santé et maladie s'opposent : toute mesure de lutte contre la maladie est considérée comme améliorant la santé. Avec cette approche, outre la médecine curative, les déterminants pris en compte sont essentiellement la prédisposition génétique, les facteurs biologiques du type microbes, virus et les comportements individuels nocifs pour la santé tels que le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, la vitesse au volant, des comportements sexuels à risque. Les actions de santé sont toujours dirigées vers des individus : dépistage, éducation pour la santé. Les inégalités sociales devant la mort et la maladie sont attribuées à des inégalités de recours aux soins.

Cette vision, pertinente notamment lorsqu'il s'agit de maladies aiguës ou d'accidents justiciables d'un traitement efficace, n'en a pas moins des limites. Elle est incomplète et surestime les effets des soins curatifs ; elle conduit à privilégier les soins techniques aux dépens des soins relationnels. Elle ne tient pas compte du rôle des déterminants sociaux et économiques individuels, tels que la faiblesse des revenus ou la mauvaise qualité du support social et du logement, particulièrement importants chez les personnes handicapées de tous âges.

Elle est réductrice en ce qu'elle néglige les forces sociales qui sont à l'origine des comportements ou habitudes de vie nocifs, caractéristiques de certains groupes et pas seulement des individus qui les composent. Ainsi dans les groupes les plus pauvres, la plupart des déterminants de mauvaise santé s'accroissent et interagissent dès l'enfance, entraînant un état de santé globalement plus mauvais tout au long du parcours de vie lui-même raccourci, et renforçant ainsi peut-être leur position en bas de l'échelle sociale.

Cette approche ne prend pas non plus suffisamment en compte le rôle des déterminants collectifs biologiques, socio-économiques ainsi que ceux liés au fonctionnement du système de soins. Les premiers sont représentés par des facteurs nutritionnels défavorables caractéristiques d'une population et par les risques liés à des pollutions de l'air, de l'eau et du sol. Les seconds sont par exemple les écarts de revenus, les mauvaises conditions de travail, et certains aspects du cadre de vie.

## La place du système de santé

Quel est donc aujourd'hui le rôle du système de santé comme déterminant de la santé ? Et d'abord qu'entend-on par système de santé et système de soins ?

### SYSTÈME DE SANTÉ, SYSTÈME DE SOINS

Pour l'OMS, le système de santé est un système qui comprend tous les éléments nécessaires pour satisfaire en totalité les besoins de la population en matière de santé. A la limite, il se superpose à la notion de système social. Dans une acception un peu moins large, le système de santé est l'ensemble de trois groupes d'éléments : **le groupe de la population, le groupe des producteurs de soins, le groupe des institutions chargées de l'organisation administrative et du financement**. Il existe entre ces groupes des relations telles que toute modification portant sur l'un des groupes ou l'une des relations entraîne la modification des autres éléments et des relations, donc de l'ensemble du système.

Au sens le plus couramment retenu dans ce rapport, le système de santé est l'ensemble des moyens et des activités dont la fonction est la production de la santé (promotion, prévention, réparation, rééducation, réinsertion). Le système de soins est le sous-ensemble dont la mission est la production de soins curatifs.

Le système de santé est un système ouvert sur la société dans laquelle il est inscrit.

Dans le modèle biomédical où la santé apparaît avant tout comme l'absence de maladie et où la confiance en la puissance de la médecine est quasi absolue, le rôle du système de santé est tout à fait essentiel.

Dans l'approche que nous proposons, sa place est relativisée :

- il ne joue qu'un rôle limité sur le niveau de la mortalité. Le groupe 8 (volume annexe) montre qu'il explique entre 10 et 20 % des progrès accomplis dans ce domaine depuis les années 1950 ;
- il permet dans une certaine limite de retarder l'entrée en incapacité, de diminuer la gravité des déficiences et de protéger la qualité de la vie ;
- il est surdéterminé comme les autres grands « conditionnants » collectifs de la santé, par le niveau de prospérité général de la population. Il peut, en améliorant les capacités fonctionnelles des sujets, contribuer à augmenter la prospérité. Mais il peut aussi peser sur cette prospérité, par les dépenses considérables et parfois excessives qu'il entraîne. Une bonne politique de santé ne consistera pas nécessairement à renforcer le système de soins, d'autres actions extérieures au système sanitaire proprement dit peuvent avoir un effet plus efficace sur la santé.

---

## Comment appréhende-t-on la santé de la population ?

### Les indicateurs

A chaque conception de la santé et de la maladie, correspondent des instruments de mesure donnant lieu à des indicateurs. Lorsque la santé est conçue dans ses aspects négatifs, la maladie (*disease* en anglais) devient centrale, elle est décrite par un diagnostic, concept signifiant un ensemble de signes et symptômes théoriquement en relation avec une cause précise et les indicateurs privilégiés sont la mortalité et la morbidité.

Lorsque la santé est conçue comme un état de bien-être sur les plans physique, psychologique et social (vision individuelle et profane), la mauvaise santé (*illness* en anglais) sera ressentie lors de l'apparition de malaise ou de gêne fonctionnel. Les concepts utilisés sont alors le couple bien-être/malaise, la satisfaction de vie. Les indicateurs sont obtenus à partir des mesures du bien-être physique, psychologique, de la présence de symptômes, de la qualité du moral, de l'estime de soi, d'appréciation subjective de sa propre santé, de diverses dimensions entrant dans la qualité de vie.

Lorsque la santé est conçue comme la bonne adaptation à son environnement et le fait d'y fonctionner au mieux (vision sociale), le maintien des rôles sociaux est central. La mauvaise santé (*sickness* en anglais) s'exprime par la perte des rôles sociaux et par les conséquences fonctionnelles et sociales des maladies et des déficiences. Cette vision de la maladie, centrée sur les conséquences, s'appuie sur les concepts d'incapacité fonctionnelle (il vaudrait mieux parler de réduction des capacités, l'incapacité en étant la suppression) et de handicap ou désavantage social selon l'OMS. Les indicateurs sont des dimensions d'incapacité (pour la locomotion, les soins personnels, la communication, ...) et de désavantage social (dans la mobilité, les occupations, l'indépendance physique, ...).

Quelle que soit la conception de la santé et de la maladie, les épidémiologistes qui travaillent sur les populations ont besoin d'une **définition opérationnelle**, c'est-à-dire permettant des mesures. Celles-ci se traduisent par des données statistiques ou épidémiologiques descriptives exprimées à travers les indicateurs de mortalité, de morbidité ou combinant les deux.

Les principaux **indicateurs de mortalité** sont l'espérance de vie à la naissance et à différents âges ; le taux de mortalité par sous-groupe (âge, sexe, pathologie, profession et catégorie sociale) ; les taux de mortalité standardisés par âge ; l'indice de surmortalité masculine ; la mortalité prématurée et les années potentielles de vie perdues, la mortalité évitable par causes (pour les définitions, voir p. 76). Ils sont plus faciles à individualiser, ce qui explique l'importance qui leur est donnée.

Les principaux **indicateurs de morbidité** sont les taux d'incidence (nombre de nouveaux cas dans l'année : flux) et de prévalence

(nombre de cas : stocks) de pathologies spécifiques, les taux d'incapacité et de désavantage, l'appréciation subjective de la santé. L'espérance de vie sans incapacité est un indicateur issu de la combinaison des estimations de mortalité et des incapacités : on calcule le total des années vécues par la population entre deux âges donnés à partir de tables de mortalité et le nombre d'années sans incapacité à partir des résultats d'enquêtes transversales donnant la fréquence des incapacités. Les statistiques d'arrêt de travail selon les pathologies, de maladies donnant droit à des avantages financiers à titre de compensation reflètent l'approche de la maladie centrée sur les conséquences.

Même dans le domaine de la **qualité de la vie**, il existe un grand nombre d'échelles de mesures. La revue *Medical Care* de décembre 1990 a recensé cinq cent quarante articles, correspondant à deux cents méthodes différentes, variables selon le type de pathologie, les dimensions explorées (physique, psychologique, ...). Seules, quelques-unes d'entre elles combinent une mesure de l'état de santé avec la valeur attribuée aux états les plus courants (Kind, 1988).

La nomenclature des états de santé la plus utilisée est celle qui a été mise au point par Rosser (1972) ; elle est accompagnée d'une matrice permettant d'accorder une valeur à chacun des états de santé (Rosser et Kind, 1978). Cette échelle a été élaborée il y a maintenant quinze ans. De nombreuses études ont été réalisées avec cet instrument, permettant de comparer les résultats obtenus pour différents types de traitement. Elle résume sur deux dimensions (incapacité et douleur) l'état de santé d'une population. L'échelle de mesure de l'incapacité assure une gradation entre les incapacités légères qui affectent les soins personnels (*self care*) ou les relations sociales ; les incapacités moyennes qui se traduisent par une réduction dans l'activité professionnelle ou domestique ; les incapacités plus lourdes qui affectent la mobilité. La seconde échelle mesure la douleur physique et « morale » : tension émotionnelle ou insatisfaction générale devant la vie.

Les Qaly's (*quality adjusted life years* ou années de vie pondérées par la qualité) mis au point par le National Health Service anglais dans les années 1980 reposent sur le même principe et servent à comparer des coûts de traitements du point de vue de leurs effets en matière d'année de vie en bonne santé <sup>1</sup>.

En dehors de ces mesures, **l'épidémiologie à visée explicative** met en relation la modification de la fréquence de la maladie avec

---

1. JOURDAIN (A.), « La qualité de la vie peut-elle guider les choix de planification sanitaire ? Les Qaly's ou l'essai non transformé de l'Angleterre », in *Science sociales et santé*, mars 1993, vol XI, n° 1.

---

la modification de la fréquence du facteur de risque. Elle permet de repérer dans quelle mesure un lien statistique recouvre une relation causale.

**L'épidémiologie évaluative** porte son attention sur les résultats des actions de santé dans la collectivité.

Les données de l'épidémiologie résultent d'enquêtes, de sondages réalisés selon des protocoles rigoureux et reposant sur des comparaisons entre groupes. Sans sous-estimer l'intérêt et l'apport de ces travaux et parce que, précisément, les indicateurs tiennent dans ce rapport une place très importante, il importe d'en indiquer les limites et le mode d'emploi.

Comme le montre bien le groupe 1 (volume annexe), l'épidémiologie doit être souvent complétée par une approche sociologique pour ne pas tomber dans le piège du simplisme voire dans l'erreur.

*La tendance de notre société à mythifier le chiffre, à en faire une norme, doit d'autant plus être combattue que des concepts comme l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité, le groupe à risque, se prêtent à la perversion normative avec ses conséquences éventuellement stigmatisantes, déshumanisantes et parfois illusionnistes (le groupe non à risque n'est pas à l'abri de tout).*

De plus, le « fétichisme du chiffre » fausse la vision de la réalité parce que les indicateurs de mortalité sont plus fiables et disponibles (plus d'un tiers des 186 indicateurs de l'OMS), que ceux relatifs à la morbidité et *a fortiori* aux incapacités, parce que les maladies aiguës sont mieux recensées que les maladies chroniques, parce que certains phénomènes sont plus difficiles à définir et à quantifier que d'autres (comment définir un handicapé, un toxicomane et un alcoolique ?).

Insistons aussi sur les principes de rigueur et de prudence qui doivent présider à l'emploi des indicateurs :

– Précautions quant à la *qualité des sources et des mesures*. Celle-ci est liée à la méthodologie et à la constance du recueil. Ainsi l'amélioration du recueil des cas de morts maternelles à partir de 1990 explique-t-il que les décès maternels déclarés soient passés de 65 en 1989 à 90 en 1991. Peut se poser aussi par exemple la question de savoir si l'augmentation des cas déclarés de tuberculose est due à une réelle poussée de la maladie ou est seulement amplifiée par un meilleur respect de l'obligation de déclaration par les médecins.

Il faut en permanence se rappeler que, tel un miroir, l'information reflète la source d'information. Ainsi les données sur les toxicomanes issues de l'enquête annuelle du mois de novembre ren-

voient-elles à l'activité des services de soins mais ne reflètent nullement l'importance du phénomène de la toxicomanie <sup>1</sup>.

L'insuffisance en France des enquêtes de santé auprès de la population (en dehors des enquêtes décennales de l'Insee, de quelques enquêtes du Credoc ou d'enquêtes sur des populations spécifiques par l'Inserm) accentue cette limitation.

– Précautions quant à la *façon de manipuler* des indicateurs. La comparaison dans le temps et dans l'espace est une façon de procéder très fréquente dans cette discipline. Mais il faut se rappeler que, dans le temps, les contextes évoluent. Par exemple l'évolution des métiers fait qu'on assiste en France à une concentration des salariés dans la catégorie socio-professionnelle « employés » qui rassemble des situations plus hétérogènes qu'il y a dix ans. L'accroissement du chômage introduit aussi un nouveau facteur difficile à intégrer dans le cadre des PCS (Professions catégories sociales).

Autre exemple : les personnes interrogées déclarent souffrir de plus de maladies en 1991 qu'en 1981 ou en 1970 : cela est vraisemblablement dû, pour partie, aux évolutions enregistrées entre ces dates : doublement en vingt ans du nombre de médecins, diagnostics plus facilement réalisés, recours facilités aux soins, évolution socioculturelle des patients qui déclarent plus facilement des pathologies graves (cancer...). La modification de l'indicateur témoigne, certes, des changements de distribution ou de fréquence d'un événement, mais aussi d'un « bruit de fond » plus complexe lié aux évolutions de la société.

Pour les comparaisons dans l'espace entre des pays, il faut garder à l'esprit que la définition des événements peut différer selon la langue et la culture. C'est ainsi que, même dans le cadre pourtant très harmonisé de la classification des maladies, les us et coutumes médicales peuvent, selon les pays faire déclarer une même pathologie sous des dénominations différentes.

Ainsi les décès par accident de la route sont-ils déclarés différemment selon les pays : les uns exigent que la mort soit immédiate, d'autres attendent six jours, d'autres jusqu'à trente jours.

– Précautions quant à la *lecture et l'interprétation des chiffres*. Arrêtons-nous sur deux difficultés :

. *La dictature de la moyenne* : s'agissant de phénomènes mesurés au sein d'une population très importante, la moyenne est le chiffre le plus facile à calculer et le plus largement utilisé, il

---

1. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville : Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (Sesi), « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1992 » in *Documents statistiques*, n° 189, décembre 1993.

---

permet des comparaisons faciles. Cependant des moyennes identiques peuvent masquer des distributions du phénomène très diverses : les habitants de deux pays peuvent disposer « en moyenne » de revenus similaires, mais cela ne renseigne en rien sur les disparités de revenus enregistrées au sein de chaque population, or c'est la disparité qui est significative en termes de santé ; un phénomène morbide peut toucher avec la même constance la population d'un même pays, mais au cours du temps, la maladie affectera des groupes d'âge ou des classes sociales différents.

Choisir de privilégier la moyenne plutôt que l'écart entre les extrêmes, ou que la médiane, ou que le mode (valeur la plus fréquente) n'est pas innocent. On peut toujours enrichir une moyenne en utilisant de plus un indicateur complémentaire. Dans ce rapport qui se place sous le signe de la lutte contre les inégalités, il sera bien souvent question d'écarts : écarts entre les pays, entre les régions françaises, écarts entre groupes de population, mais aussi écarts intrarégionaux ou même entre quartiers.

. *Le chiffre isolé de son contexte* : un chiffre ne peut se comprendre et s'utiliser que s'il est replacé dans son contexte : la consommation moyenne d'alcool diminue mais qu'en est-il de la consommation d'autres toxiques ? Cette diminution est-elle distribuée également ou s'accompagne-t-elle d'une augmentation de la consommation excessive ?

Il faut intégrer aussi les phénomènes d'« hystérésis » : les comportements nuisibles ou positifs font effet avec un décalage dans le temps. La consommation de tabac s'arrêterait-elle du jour au lendemain, que les cancers du poumon continueraient à progresser pendant au moins vingt ans.

Arrêtons-nous sur le concept d'espérance de vie. Le terme d'« espérance » appartient au langage mathématique, c'est une abréviation du terme exact « espérance mathématique ». Il tire son origine des débuts du calcul des probabilités, au XVII<sup>e</sup> siècle, lorsque des savants de l'époque (Pascal par exemple) formalisèrent les chances de gains dans différents jeux de hasard de nobles personnages soumis au démon du jeu. Cette digression historique permet d'explicitier une ambiguïté induite par le sens commun d'« espérance » qui peut à la limite conduire à un véritable contresens. L'espérance de gain du joueur se rapporte en effet à une situation où le joueur joue souvent : en moyenne il peut espérer gagner telle somme ; sur une partie particulière, la notion de probabilité de gain sera différente. De même, l'espérance de vie renvoie à une notion de population, et non à l'individu car chacun ne vit qu'une fois. De plus, si l'espérance de vie en l'année X est par exemple de 80 ans, il n'est pas exact de dire qu'un enfant qui



naît en l'an X a l'espoir de vivre 80 ans. Compte-tenu de la distribution des taux de mortalité par âge, la médiane, c'est-à-dire l'âge auquel parviendront plus de la moitié des individus, est supérieure à la moyenne puisqu'un décès précoce pèse d'un poids important dans le calcul par rapport à la masse des décès. Donc un individu particulier a plus d'une chance sur deux de parvenir à un âge supérieur à l'espérance de vie. L'espérance de vie doit être bien comprise comme un instrument d'analyse global.

Autre particularité plus technique. L'espérance de vie d'une certaine année est calculée à partir des taux de mortalité aux différents âges constatés l'année considérée. Il s'agit donc d'un indice conjoncturel, mais le terme « conjoncturel » n'apparaît pas, contrairement à l'expression « indice conjoncturel de fécondité » par exemple. Pourtant, il est clair que les taux de mortalité (ou d'incapacité) varieront dans le futur en fonction de l'évolution des différents déterminants de la santé et que l'espérance de vie doit donc être vue comme un indicateur reflétant la situation du moment. On sait aussi qu'il intègre des conditions passées auxquelles ont été soumises les populations et les individus (influence de l'alcool qui se manifeste plusieurs années plus tard par exemple) et que le rôle explicatif des conditions sociales passées est peut-être sous-estimé (rôle joué par la guerre, par les migrations par exemple).

L'interprétation des chiffres, c'est-à-dire l'explication, est rendue difficile, marquée d'incertitude par le fait que la santé publique se situe dans le domaine de l'incertain et qu'il y a interaction non seulement entre les déterminants mais entre les déterminants et leurs propres effets.

Complétés par des enquêtes qualitatives – éventuellement par des études longitudinales –, produits, construits et interprétés avec rigueur et prudence, les indicateurs – et ce rapport en fera beaucoup usage – constituent des points de repère et des instruments d'analyse précieux. Ils sont également des outils irremplaçables en terme d'action : non seulement ils permettent d'identifier des problèmes et, comme le dit W. Dab, de créer un consensus entre les différents acteurs autour de définitions communes, mais aussi de déterminer et de quantifier des objectifs de santé publique <sup>1</sup>.

Nous appuierons principalement sur des indicateurs à caractère général dits synthétiques ou écologiques du type espérance de vie, mortalité, mortalité prématurée et évitable, espérance de vie sans incapacité, incidence de telle ou telle pathologie ou handicap, fréquence de tel ou tel comportement ou consommation à

---

1. DAB (W.), *La Décision en santé publique*, Ed. ENSP, Rennes, 1993.

---

risque. Des variables concernant les coûts seront également pris en compte. Grâce à la base de données informatisée de l'OMS qui regroupe 186 indicateurs dans 56 pays européens sur une vingtaine d'années et plus marginalement grâce à celle de l'OCDE (300 variables dans 24 pays), nous pourrions positionner la France par rapport aux autres pays européens (principalement Allemagne – Grande-Bretagne – Italie – Espagne – moyenne des pays de la CEE et de l'OMS Europe), la référence à des pays comme les États-Unis, le Canada et le Japon pouvant servir d'arrière-plan. Pour les raisons énoncées plus haut, nous privilégierons l'analyse des tendances, spécialement celles que dessinent les dix dernières années.

La santé varie selon le lieu et les circonstances de recueil des données. Ces dernières diffèrent lorsqu'elles sont recueillies auprès des prestataires (médecins, hôpitaux), des clients/usagers (motifs de recours) ou d'un échantillon représentatif de la population générale par exemple.

En résumé, vouloir définir la santé d'une population n'est pas aisé étant donné la multiplicité des points de vue. Ce qui importe c'est de tenter d'effectuer des comparaisons dans le temps et dans l'espace. On peut dire par exemple que la santé à travers des indicateurs de mortalité est globalement meilleure, en France qu'en Russie et en 1990 qu'en 1980. A l'inverse, la santé vue à travers les accidents de la route mortels ou laissant des séquelles sévères est plus mauvaise en France qu'au Royaume-Uni. Plus les points de vue sont influencés par le contexte culturel, moins les comparaisons sont possibles.

## **Le système d'information en France**

Le groupe 2 (cf. volume annexe) formule un jugement sévère sur la qualité de l'information sur la santé en France. Celle-ci se caractérise par la juxtaposition de statistiques, d'enregistrements et d'enquêtes partielles réalisés par un très grand nombre d'intervenants (dont les plus importants sont l'Institut national de la santé et de la recherche médicale – Inserm –, le Service des statistiques, des études et des systèmes d'information du ministère des affaires sociales – Sesi –, le Centre de recherche d'études et de documentation en économie de la santé – CreDES –, etc.), sans qu'il soit possible de dégager une vision d'ensemble.

Si la mortalité est correctement connue, il n'existe pas d'information continue, exhaustive ou par échantillon, sur la morbidité : pas de panel avec suivi longitudinal comme dans les pays voisins. La morbidité n'est appréhendée auprès d'un échantillon représentatif de ménages qu'à travers la consommation des soins et une fois tous les dix ans (enquête décennale de l'Insee avec le

concours du CreDES, du Sesi et de l'Inserm). Les autres sources d'informations sont partielles parce qu'elles ne concernent qu'un petit nombre d'affections (maladies à déclaration obligatoire, registres de pathologie) ou parce qu'elles n'appréhendent que la consommation de soins (morbidité hospitalière). Les conséquences des maladies (handicap) sont très mal appréciées. La santé perceptuelle est pratiquement ignorée. L'étude des déterminants est négligée (impact des déterminants sociaux, raisons qui expliquent les comportements ou les consommations à risque). Même dans le secteur de la consommation de soins – mieux connu pour des raisons de maîtrise des dépenses – il est difficile de connaître les motifs de recours aux soins : les remboursements de soins sont faits sans qu'il soit possible de les relier à des informations médicales.

Mais si le dispositif actuel d'information souffre de graves lacunes, notamment par comparaison avec celui des pays anglo-saxons, les moyens en place ne permettent pas d'assurer des analyses et une valorisation réelle des données obtenues. « Si la France a trop peu d'informations par rapport à ses besoins, elle en a trop par rapport à ses moyens d'analyse actuels. » (groupe 2, volume annexe).

---

## Chapitre 2

---

# En moyenne, la santé de la population est bonne et s'est améliorée en dix ans

### **Le bilan de l'état de santé en France est contrasté**

Si l'on compare les grands indicateurs synthétiques de la santé en France avec ceux de pays proches par leur niveau de développement économique, l'on peut dire qu'en moyenne notre pays est bien placé. Dans certains domaines, sa situation apparaît même particulièrement bonne. Depuis dix ans, pour l'essentiel, ces indicateurs se sont améliorés.

En revanche, si, sans se contenter de l'examen des moyennes, on se penche sur les écarts, la situation apparaît moins satisfaisante : l'importance des inégalités entre groupes sociaux ou entre régions, l'accentuation, au cours des dix dernières années, de ces disparités entre groupes mais également à l'intérieur des groupes, invite à nuancer le jugement. Celui-ci doit être d'autant plus corrigé que les performances « qualitatives » du système de soin en matière de prise en charge des maladies chroniques et des handicaps ne sont pas à la hauteur de l'importance croissante du problème. La situation est encore plus préoccupante si l'on s'intéresse aux conduites à risque dont l'impact explique la position très défavorable de la France en matière de mortalité prématurée et évitable. La crise, dont les effets sur l'état de santé ne manqueront pas de se faire sentir, mais avec un décalage de plusieurs années, a fragilisé encore davantage la situation des groupes les plus défavorisés.

### **Description**

Du point de vue des indicateurs synthétiques de santé les plus importants, en moyenne, la situation de la France comparée à celle de pays équivalents est bonne, parfois excellente. Il en est de même si l'on s'intéresse à des aspects plus particuliers de la santé, qu'il s'agisse d'indicateurs de qualité de vie, de morbidité ou de variables concernant certains groupes de population particuliers.

Les critères retenus pour déterminer les points forts (dans cette partie) et les points faibles ou à problème (dans la partie suivante), de la santé en France sont de trois ordres :

- ses caractéristiques par rapport à celle de pays comparables (en général : moyenne des 38 pays de l'OMS Europe et/ou moyenne de 12 pays de la CEE et/ou Allemagne, Grande-Bretagne, Italie, Espagne, éventuellement Suisse, Suède, États-Unis, Canada, Japon) ;
- l'analyse des tendances sur les dix dernières années, éventuellement sur une période plus longue ;
- une certaine idée des limites actuellement admises quant à l'indépassable (ainsi l'espérance de vie humaine ne serait pas infiniment extensible) ou de l'inacceptable (ainsi une position relative même correcte dans des domaines aussi cruciaux que la mortalité maternelle ou la mortalité prématurée n'est plus admissible).

En regard de ces critères, la France peut être dite globalement en bonne santé si l'on en croit :

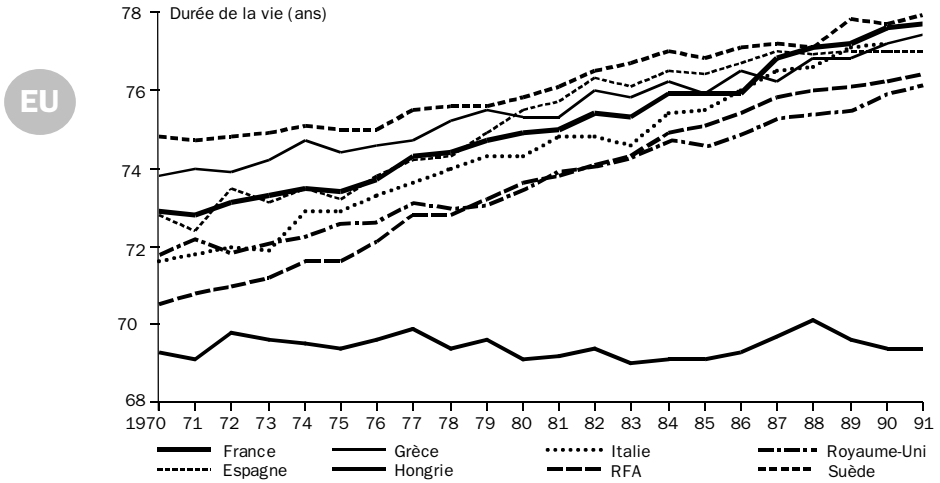
- l'espérance de vie ;
- l'espérance de vie sans incapacité ;
- les enquêtes portant sur la santé perceptive ;
- un certain nombre de signes plus qualitatifs.

**L'espérance de vie  
à la naissance :  
une  
des plus longues  
du monde**

Nous ne reprendrons pas ici ce qui a été dit plus haut sur la portée et les limites de l'indicateur fondamental qu'est l'espérance de vie à la naissance. Rappelons que cette expression recouvre « le nombre moyen d'années restant à vivre à un nouveau-né, si la structure de la mortalité par âge, telle qu'elle existe au moment de sa naissance ne se modifie pas ». Avec une espérance de vie moyenne de 77,7 ans, la France se place en 1991 au premier rang de l'Union européenne.

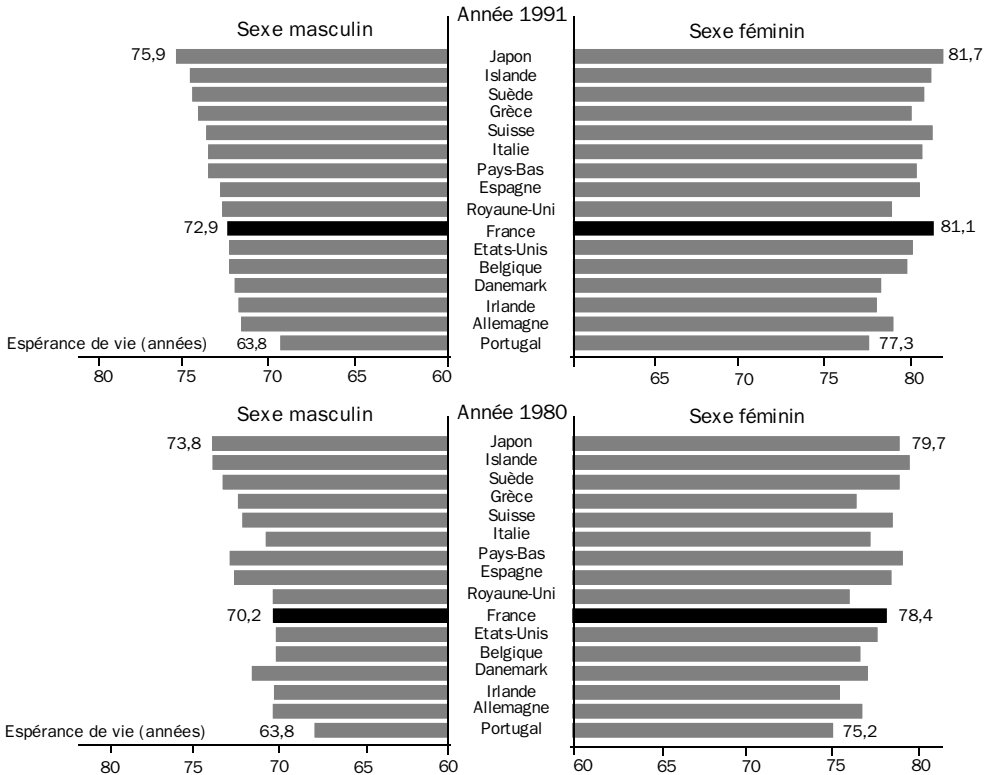
L'espérance de vie des Français s'élevait en 1935 à 55 ans pour les hommes et à 61 ans pour les femmes. En 1991, elle atteint 73 ans chez les hommes et 81 ans chez les femmes (soit des gains respectifs de 18 et 20 ans sur une période de 55 ans). Cette augmentation absolument considérable a été continue (malgré un ralentissement durant les années soixante) et concerne également la période récente : entre 1981 et 1991, on enregistre un accroissement de 2,5 ans de l'espérance de vie que ce soit pour les hommes ou pour les femmes.

Figure 2 **Espérance de vie à la naissance**



Source : OMS - Eurostat.

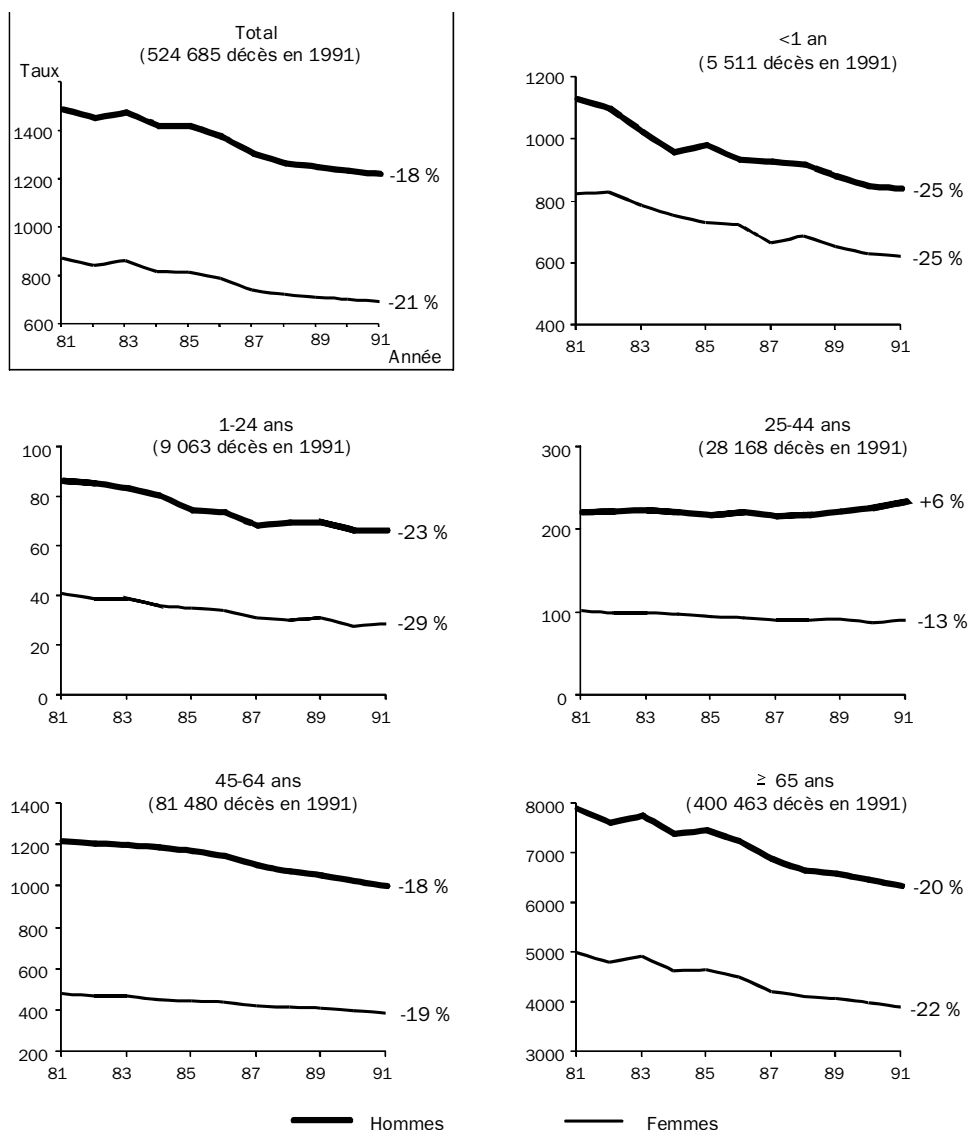
Figure 3 **Espérance de vie dans différents pays industrialisés (1980 et 1991)**



Source : Eurostat-Ined.

L'analyse de l'évolution en dix ans (1981-1991) des taux de décès aux différents âges, fait apparaître une baisse importante chez les hommes et chez les femmes, à tous les âges sauf chez les hommes entre 25 et 44 ans.

Figure 4 Evolution des taux de décès de 1981 à 1991 <sup>1</sup>



Interprétation : pour les hommes, le taux de décès entre 45 et 65 ans a diminué de 18% entre 1981 et 1991.

Source : Inserm-SC8.

1. Taux standardisés par âge (de 5 en 5 ans).

**L'espérance de vie  
sans incapacité :  
élevée  
et en progrès**

Cet indicateur présente le grand intérêt de pondérer la durée de la vie par un critère de qualité de la vie. Il correspond à l'acception positive de la santé que le présent rapport vise à promouvoir. Si l'on renvoie au cadre de référence décrit dans la première partie, il représente la courbe de survie sans incapacité qui se situe à gauche de la courbe de survie. Le groupe 4, dans le volume annexe présente de façon détaillée la méthodologie de calcul de cet indicateur. Nous dirons simplement ici qu'il permet de distinguer au sein des années de vie, celles qui sont vécues sans « incapacité » :

– incapacité sévère qui concerne la population de certaines institutions (pensionnaires d'un établissement hospitalier, personnes en traitement dans un hôpital psychiatrique et personnes âgées vivant en hospice ou maison de retraite), les personnes confinées à leur domicile y compris celles qui peuvent se lever un peu mais pas sortir de chez elles même avec une aide, et enfin les personnes provisoirement alitées même pour des périodes très courtes ;

– incapacité dite modérée qui prend en compte les arrêts d'activité (professionnelle, scolaire ou autre) sans alitement et l'ensemble des cas où les personnes non confinées à leur domicile, sont cependant gênées ou handicapées de façon permanente.

L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) ne se confond pas avec la troisième courbe, celle qui se situe le plus à gauche et qui correspond à la survie en bonne santé, notion pour laquelle il n'existe, en France, aucun véritable indicateur.

### *Comparaisons internationales*

En 1989, une dizaine de calculs expérimentaux de cet indicateur avaient été effectués, principalement en Angleterre, au Canada, aux États-Unis, en France et aux Pays-Bas<sup>1</sup>. On pouvait alors estimer, pour la dernière décennie, la valeur de l'espérance de vie sans incapacité à environ 59 ans pour le sexe masculin et à 63 ans pour le sexe féminin. La part des années d'incapacité au sein de l'espérance de vie variait selon les pays de 11 à 21 % pour les hommes et de 14 à 27 % pour les femmes (le fait qu'une plus grande partie de l'espérance de vie soit vécue en incapacité chez les femmes, renvoie au fait que leur espérance de vie est plus grande). Le tableau 1 présente le résultat des recherches

1. ROBINE (J.M.), « Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) pour les pays occidentaux au cours de la dernière décennie » in *Rapport trimestriel statistiques sanitaires mondiales*, n° 42, 1989, p. 26.



faites autour de cet indicateur avec des méthodologies différentes et à des dates qui ne sont pas les mêmes.

Il ne permet pas de comparer les différents pays en niveau, mais constitue une base de départ pour comparer les tendances.

**Tableau 1 Espérance de vie sans incapacité (EVSI)**  
 Valeur la plus récente pour chaque pays ou région  
 ou le calcul a été fait

En %

	Sexe masculin			Sexe féminin		
	EV	EVSI	EVSI/EV	EV	EVSI	EVSI/EV
Canada, 1978	70.8	59.2	83.6	78.3	62.8	80.2
Nouveau-Brunswick fin 1970	70.0	56.7	81.0	78.1	61.1	78.2
États-Unis, 1980	70.1	55.5	79.2	77.6	60.4	77.8
France, 1982	70.7	61.9	87.6	78.9	67.2	85.2
Pays-Bas, 1981-1985						
<i>Méthode 1</i>	72.8	59.3	81.5	79.5	57.9	72.8
<i>Méthode 2</i>	72.8	58.7	80.6	79.5	60.6	76.2
Angleterre et Galles, 1985	71.8	58.7	81.8	77.7	61.5	79.2
Québec, 1987	72.1	64.0	88.8	79.5	68.7	86.4

Méthode 1 : utilisation de données sur les limitations d'activité à court et à long terme.

Méthode 2 : utilisation de données sur l'état de santé perçu

### *Évolution dans le temps*

Comme le montrent les tableaux suivants, alors que l'espérance de vie totale a, en France, progressé de 2,5 années entre 1981 et 1991, l'espérance de vie sans incapacité a avancé plus vite : 3 ans pour les hommes, passant de 60,8 à 63,8 ans et 2,6 ans pour les femmes passant de 65,9 ans à 68,5 ans. En dix ans, les habitants de la France ont ainsi gagné en moyenne non seulement des années de vie mais des années de vie sans incapacité voire en bonne santé. Le recul des incapacités s'observe pour toutes les sortes d'incapacité : vie en institution, confinement à domicile, alitement, gêne ou handicap permanent, arrêt d'activité. En particulier, la réduction de la proportion des personnes vivant en institution n'a pas eu pour effet de maintenir à leur domicile plus de personnes sévèrement handicapées qui auraient été exclues par des conditions d'admission plus contraignantes : la proportion de personnes confinées à leur domicile a, elle aussi, décliné.

Des trois scénarios évoqués en première partie concernant l'évolution de la santé des populations (pandémie des troubles de Kramer, équilibre dynamique de Manton, compression de la morbidité de Fries) c'est, disons-le avec prudence, celui de la compression de la morbidité qui s'est joué en France au cours de la dernière décennie, l'augmentation de l'espérance de vie ne s'étant pas accompagnée d'une augmentation du temps vécu en incapacité.

Tableau 2 **Variation des espérances de vie entre 1981 et 1991**

	En années		
	1981	1991	Évolution
<b>Hommes</b>			
Espérance de vie totale	70,4	72,9	+ 2,5
dont : avec incapacité sévère	1,5	1,2	- 0,3
<i>en institution</i>	0,6	0,5	- 0,1
<i>confinés à domicile</i>	0,5	0,3	- 0,2
<i>alités</i>	0,4	0,4	0,0
Espérance de vie sans incapacité sévère	68,9	71,7	+ 2,8
dont : avec incapacité modérée	8,1	7,9	- 0,2
<i>incapacité permanente</i>	6,8	7,1	+0,3
<i>arrêt d'activité</i>	1,3	0,8	- 0,5
Espérance de vie sans incapacité	60,8	63,8	+ 3,0
<b>Femmes</b>			
Espérance de vie totale	78,6	81,1	+ 2,5
dont : avec incapacité sévère	2,3	2,3	0,0
<i>en institution</i>	1,1	1,2	+0,1
<i>confinées à domicile</i>	0,7	0,7	0,0
<i>alitées</i>	0,5	0,4	- 0,1
Espérance de vie sans incapacité sévère	76,3	78,8	+ 2,5
dont : avec incapacité modérée	10,4	10,3	- 0,1
<i>incapacité permanente</i>	8,9	9,1	+0,2
<i>arrêt d'activité</i>	1,5	1,2	- 0,3
Espérance de vie sans incapacité	65,9	68,5	+ 2,6

Sources : *Situations démographiques de la population et enquêtes sur la santé*, Insee.

Calculs : Inserm, Laboratoire d'épidémiologie et d'économie de la santé de Montpellier

### La perception de l'état de santé : un jugement positif

L'appréciation par les individus de leur état de santé est par définition subjective et donc particulièrement sensible à la fois aux conditions de recueil (est-ce à l'occasion d'un recours aux soins, d'un arrêt de travail, dans une institution ou en famille ?) et à la formulation de la question par l'enquêteur.

Il est intéressant de relever que quelle que soit la source d'information (enquêtes du Credoc, enquêtes décennales de l'Insee exploitées par le Credes et le Sesi, baromètres 1992 du CFES), le jugement porté par la population est extrêmement positif.

*La perception de la santé au moment de l'enquête*

En 1992, le *Haut Comité de la Santé Publique* a fait procéder, on l'a vu en première partie, à une enquête sur la perception de la santé en France. Échantillon : 2 030 entretiens téléphoniques.

Tableau 3

	En %	
	<b>1981</b>	<b>1992</b>
Très satisfaisant	27,5	23,2
Satisfaisant	57,1	61,3
Peu satisfaisant	12,5	10,8
Pas satisfaisant du tout	2,9	4,7

Source 1981 : *Credoc Aspirations*.

Source 1992 : *Enquête Credoc - HCSP*.

84,5 % des personnes interrogées au cours de la dernière enquête pensent que, par rapport aux autres personnes de leur âge, leur état de santé est « très satisfaisant » ou « satisfaisant ». Ce taux de satisfaction évolue avec l'âge. Les personnes dont l'âge est compris entre 20 et 29 ans sont les plus satisfaites de leur état de santé (32 % très satisfaites contre 23,2 % dans l'ensemble de la population enquêtée), alors que les personnes les plus âgées jugent leur état de santé peu satisfaisant (21 % peu satisfaites contre 10,8 %). L'état de santé perçu s'élève avec le niveau de formation. Les hommes déclarent un état de santé légèrement meilleur que les femmes.

Dans l'ensemble, le fait de juger que son état de santé est satisfaisant, ce qui est le cas de 61,3 % des personnes interrogées, ne varie pas selon que la personne a ou non consulté récemment un praticien généraliste. Plus qu'à une réalité pathologique, nous sommes avec ce type de réponse, dans le domaine des représentations.

Cette perception positive de l'état de santé personnel s'accompagne d'une perception assez fortement positive des fonctionnalités de la vie quotidienne que l'état de santé permet de réaliser dans de bonnes conditions. Ainsi, 83,6 % des personnes interrogées indiquent que leur état de santé leur permet de faire tout ce qu'elles veulent en matière de déplacements dans le logement, en matière de déplacements hors du logement (71,4 %), dans le travail (63,6 %), dans le domaine de l'alimentation (59,8 %). Toutefois, elles ne sont plus que 48,4 % à effectuer ce même constat en matière d'activités sportives.

Établi sur un échantillon de 2 099 personnes, le *baromètre du Comité français d'éducation pour la santé* donne sensiblement les mêmes résultats : 88,7 % jugent leur état de santé satisfai-

sant (très ou plutôt), ce qui correspond à une moyenne allant de manière décroissante de 95,6 % des 18-19 ans à 78,3 % des 70-75 ans <sup>1</sup>.

### *La perception de l'évolution de la santé*

Interrogés sur leur perception de l'évolution de l'état de santé des Français au cours des dix dernières années, 24 % des répondants estiment que cet état de santé s'est beaucoup amélioré et 33,4 % indiquent qu'il s'est un peu amélioré (enquête du Credoc). 11,2 % pensent que l'état de santé n'a pas évolué pendant cette période. La perception d'une légère détérioration concerne 13,5 % des personnes interrogées, une forte détérioration n'est envisagée que par 10,5 % des personnes. Enfin, 7,4 % indiquent ne pas avoir d'opinion sur ce sujet. *Plus de la moitié des répondants ont ainsi l'image d'une amélioration de l'état de santé de la population.* Le baromètre du CFES donne des résultats convergents : 62 % des personnes enquêtées estiment que la santé s'est améliorée depuis dix ans. Les hommes sont nettement plus sensibles à cette amélioration de l'état de santé que les femmes (64,6 % des hommes pensent que l'état de santé s'est un peu ou beaucoup amélioré contre 57,4 % dans la population interrogée), alors que les femmes optent plus pour une détérioration (à 28,7 % contre 24 %), comme le montre le tableau suivant.

Tableau 4 **Opinion sur l'amélioration de l'état de santé des Français depuis dix ans, en fonction du sexe**

	Homme	Femme	Ensemble
Beaucoup amélioré	26,73	21,41	23,95
Peu amélioré	37,94	29,19	33,37
Pas évolué	11,61	10,9	11,24
Peu détérioré	10,31	16,34	13,46
Beaucoup détérioré	8,47	12,44	10,54
Ne sait pas	4,94	9,72	7,43
Total	100,00	100,00	100,00

Source : Enquête Credoc-HCSP 1992.

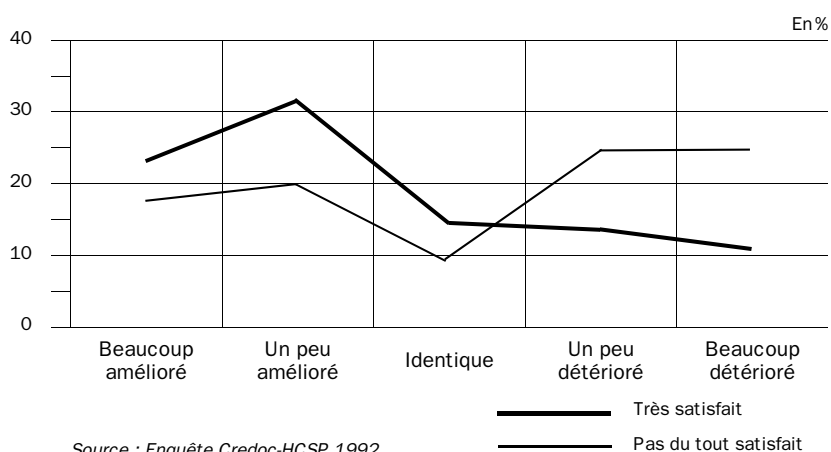
Comme pour la question précédente, formation et situation professionnelle élevées sont assez fortement liées à la perception positive des évolutions.

Ce résultat ne semble pas corrélé à l'intensité des pratiques médicales des personnes interrogées. En effet, on ne constate pas de lien entre l'existence de consultations et les réponses à

1. BAUDIER (F.), DRESSEN (C.H.), ALIAS (F.) (dir.), *Baromètre santé 1992*, Éd. CFES, Vanves, 1994.

cette question. En revanche, le jugement porté sur l'état de santé personnel joue un rôle non négligeable sur la façon dont on estime l'évolution de l'état de santé des Français depuis dix ans : *les personnes qui ne sont pas satisfaites de leur propre état de santé optent, deux fois plus souvent que les autres, pour une détérioration de l'état de santé collectif (49,2 % contre 24 %). Le collectif semble jugé ici à l'aune de l'individuel.*

Figure 5 **Opinion sur l'amélioration de l'état de santé des Français depuis 10 ans, en fonction de l'opinion sur son état de santé** (jugé satisfaisant ou pas du tout satisfaisant)



Ces résultats sont d'autant plus remarquables que les personnes interrogées ont, on l'a vu plus haut, une conception très exigeante de la bonne santé, celle-ci se confondant quasiment avec les notions de « prendre plaisir à la vie » et « faire ce que l'on veut ».

« **La meilleure santé** » : **une exigence paradoxale** La performance sanitaire du pays s'est-elle améliorée ? Autrement dit, indépendamment de l'espérance de vie, des incapacités et de la santé perceptuelle, peut-on dire que la qualité de la santé avec les capacités qu'elle donne « de faire ce que l'on veut » a elle aussi été promue ? On observe des signes à la fois objectifs et qualitatifs de cette positivité renforcée de la santé.

L'augmentation de la taille moyenne connue à travers la conscription est un signe : elle est considérable depuis un siècle (10 cm) et continue à progresser (5 cm en trente ans). L'accroissement des performances sportives se vérifie pour le sport de haut niveau. Peut-elle être extrapolée à l'ensemble de la population ?

---

Mais c'est à des signes plus subtils que se mesure le type de progrès que nous évoquons ici : les Français ont depuis longtemps dépassé le stade des simples impératifs de survie et de protection sanitaire minimale comme en attestent leurs récentes exigences de sécurité quant aux moyens mais aussi quant aux résultats (le nombre de déclarations de sinistres causés chaque année par des médecins a augmenté de 115 % entre 1981 et 1991), leur demande de solutions médicales à des problèmes relevant du bien-être (infertilité, ménopause) et aux problèmes sociaux (comme en atteste la consommation de psychotropes deux fois plus importante chez les chômeurs que dans la population générale).

La comparaison des trois dernières enquêtes décennales du point de vue du nombre de maladies déclarées semble infirmer cette hypothèse puisque le nombre moyen de maladies déclarées par personne est passée de 1,62 en 1970 à 2,86 en 1980 et à 3,3 en 1991, soit un doublement en 20 ans.

En fait, il convient de distinguer entre les deux décennies <sup>1</sup>.

L'évolution 1970-1980 avait été marquée par une forte progression du taux de morbidité prévalente qui était passé de 1,6 à 2,9 maladies par personne et dont les causes avaient été multiples :

- méthodologiques d'abord, puisque pour répondre à l'évolution des mentalités, la liste présentée aux enquêtés avait été complétée en 1980 avec les troubles mentaux, les maladies gynécologiques et les tumeurs. Par ailleurs, certaines rubriques avaient été réécrites, ce qui avait aidé les enquêtés à mieux déclarer leurs maladies. Enfin, au moment du chiffrage, des pathologies telles que l'obésité, les troubles de la vue, la pathologie dentaire et certains antécédents avaient été « rattrapés » en 1980 à partir d'autres questions (poids et taille, port de lunettes, ...) ;
- conjoncturelles ou socioculturelles ensuite, parmi lesquelles on peut citer les progrès de la connaissance médicale, l'augmentation de l'espérance de vie, l'allongement de la durée d'évolution des maladies, l'influence de l'éducation sanitaire, l'augmentation des recours aux soins, l'atténuation de certains tabous (épilepsie, dépression, tumeurs, ...).

La comparaison, sur le plan de la morbidité, des enquêtes de 1980 et 1991 est un exercice moins difficile, puisqu'il n'y a pratiquement pas eu de modifications méthodologiques d'une enquête à l'autre. L'on constate *une faible progression du taux de morbidité prévalente qui passe de 2,9 par personne en 1980 à 3,3 en 1991.*

---

1. SERMET (C.), « De quoi souffre-t-on ? Description et évolution de la morbidité déclarée. France 1980-1991 » in *Solidarité santé*, n° 1, janv.-mars 1994.

Comment cette constatation d'une augmentation – même légère – de la morbidité déclarée se concilie-t-elle avec les enquêtes sur la santé perçue et les mesures « objectives » de la santé qui révèlent une évolution favorable sur dix ans ?

Deux éléments sont à prendre en considération :

- la progression de la morbidité déclarée est surtout importante pour les personnes de 65 à 79 ans (+16 %) et de plus de 80 ans (+25 %). Elle apparaît ainsi comme la contrepartie négative d'un phénomène positif : l'allongement de la durée de la vie ;
- les trois pathologies dont la déclaration s'est le plus développée sont les tumeurs dont le taux de prévalence est passé de 2,8 pour 100 personnes en 1980 à 4,6 en 1991, les maladies endocriniennes et métaboliques (de 19,1 en 1980 à 27,4 en 1991) et les pathologies cardio-vasculaires (de 28,8 en 1980 à 38,5 en 1991).

Comme on le verra plus tard, ces progressions dans la déclaration s'expliquent moins par les hausses dans l'incidence que par le dépistage précoce (des cancers, de l'hypercholestérolémie, des dysfonctionnements thyroïdiens et de l'hypertension) et l'amélioration des traitements qui, notamment dans le cas des cancers et des maladies cardio-vasculaires, allongent la durée de vie des personnes qui en sont atteintes, ce qui augmente la prévalence de ces affections au sein de la population.

Pour ces raisons, on peut paradoxalement soutenir que la progression du nombre des maladies déclarées entre les trois enquêtes n'est pas un signe de détérioration même subjective de l'état de santé : elle est un signe de la médicalisation de la société (6,4 séances de médecins par personne en 1991, contre 5,2 en 1980), elle est peut-être aussi le signe d'une meilleure santé, au sens d'une plus grande sensibilité aux problèmes de santé et d'une meilleure auto-prise en charge de sa santé par la population. A notre époque, l'homme bien portant est un malade qui s'ignore de moins en moins... Ceci rend peut-être compte du paradoxe qui fait coexister des indicateurs de meilleure santé avec un nombre accru de maladies déclarées.

Le groupe 4 (volume annexe) mis en évidence un aspect particulier qui peut paraître marginal, mais qui ne l'est pas si l'on raisonne en termes de santé publique : *l'évolution de la santé dentaire des enfants*.

Des enquêtes réalisées sur un échantillon de quatre mille enfants de six, neuf et douze ans en 1987, 1990 et 1993 montrent que la réduction de la prévalence de la carie dentaire a été spectaculaire puisque, à douze ans l'indice CAO (nombre de dents permanentes cariées, absentes ou obturées) est passé de 4,2 en 1987 à 3,02 en 1990 puis à 2,07 en 1993. La proportion d'enfants nécessitant des soins de carie s'est abaissée au cours de ces six ans de 66,3 % à 37,6 % pour les enfants de six ans,

---

de 77,4 % à 49 % pour ceux de neuf ans et de 74 % à 37,9 % pour les enfants de douze ans.

Ces résultats étonnants montrent l'impact de l'action peu coûteuse qu'a été la supplémentation en fluor du sel de table (arrêté du 31 octobre 1985). Ont également contribué à ce résultat d'autres actions de santé publique – également fort intéressantes en terme de rapport qualité-prix – : les prescriptions médicales de comprimés de fluor, la modification des comportements en matière d'hygiène bucco-dentaire, notamment grâce aux campagnes d'information du public et à la sensibilisation de milieux relais comme les enseignants.

---

LA PROMOTION  
DE LA SANTÉ

La notion de « meilleure santé » s'articule à celle de « promotion de santé », concept illustré par la charte d'Ottawa émise par une conférence internationale de l'OMS en 1986.

La promotion de la santé est le processus visant à donner à l'individu et à la collectivité la capacité d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur niveau de santé. Il s'agit d'un concept évolutif qui désigne les actions visant à favoriser les modes de vie et les autres facteurs sociaux, économiques, environnementaux et personnels qui contribuent à la santé.

**Les soins :  
le progrès  
des techniques  
médicales**

Qu'en est-il de la qualité de la vie pendant les périodes d'« incapacité », notion qui inclut la maladie aiguë, la maladie chronique et le handicap ? La qualité de la vie est un concept mal cerné en France : en raison de la prégnance du modèle biomédical et de notre inculture en santé publique, elle tend à se confondre avec le concept de qualité des soins au sens restreint de qualité technique des soins.

Qu'en est-il de la perception et de l'évolution de celle-ci ?

Toutes les enquêtes témoignent de la satisfaction des Français vis-à-vis des médecins. Ainsi, d'une enquête réalisée par le Credoc sur un échantillon de 825 personnes de plus de 20 ans ayant consulté récemment un médecin en 1993, il ressort que : 66,3 % se déclarent très satisfaits de la consultation et 30 % assez satisfaits<sup>1</sup>.

Le système de soins est en effet accessible (voir p. 26 « Le système de santé ») et techniquement performant. Les améliorations techniques de la dernière décennie ont été parfois spectaculaires qu'il s'agisse des progrès de la biologie (biologie moléculaire, biologie de la reproduction, ...), de l'imagerie (Doppler, échographie, scanner, résonance magnétique nucléaire, ...), de la chirurgie (sous coelioscopie, laser, ...), de l'industrie pharmaceutique (avec les nouvelles molécules intervenues dans

---

1. Enquête réalisée par le Credoc pour l'INC.



tous les domaines y compris ceux qui relevaient de la chirurgie : cyclosporine, interleukine, érythropoïétine, prozac, tacrine, etc.) avec leurs effets combinés qui se manifestent par exemple par le développement des transplantations, des implantations de prothèses ou la pose d'implants.

L'hypothèse peut être posée que la réduction de la durée des incapacités et de leur sévérité n'est pas sans lien avec les progrès intervenus dans deux domaines particulièrement répandus et invalidants : les affections ostéo-articulaires (chirurgie et prothèses) et les maladies cardio-vasculaires (détection précoce, chirurgie, traitement d'entretien).

Les plus récents progrès médicaux notamment dans l'imagerie et la chirurgie ont également la caractéristique fort importante du point de vue de la qualité de vie des malades d'être de moins en moins agressifs et invasifs : chirurgie minimale, sous cœlioscopie et au laser, échographie, IRM, lithotritie.

Les Français ont largement bénéficié de traitements préventifs qui ont pratiquement éradiqué la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos et même la rubéole de la femme enceinte. Au cours des dernières années, le rhumatisme articulaire a pratiquement disparu, les ulcères sont de mieux en mieux traités ainsi que l'infarctus grâce aux médicaments thrombolytiques.

La prise en charge des maladies chroniques bien qu'insuffisante, nous le verrons, s'est améliorée sur certains points grâce, notamment, aux prothèses et aux médicaments, mais aussi grâce à des progrès organisationnels : réduction des temps d'hospitalisation en court séjour comme en moyen séjour (la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux est passée de 16,8 jours en 1980 à 13,10 jours en 1988 – OMS). Parallèlement, hospitalisation de jour (4 210 687 venues en 1986, 6 140 015 venues en 1991 d'après les enquêtes H 80 et EHP)<sup>1</sup>, et soins à domicile se sont développés (28 000 places ont été créées entre 1983 et 1992). Une nouvelle donne – liée aux phénomènes précédents mais aussi à un mouvement de fond de nature sociologique – résulte de la volonté et de la capacité des malades à se prendre en charge eux-mêmes individuellement et collectivement (insuffisants respiratoires ou rénaux, diabétiques, hémophiles, malades du Sida, cancéreux, ...) : ceci change positivement le rapport du malade à sa maladie.

---

1. « Les hôpitaux publics en 1992. Résultats H 80 » in *Documents statistiques*, n° 197, avril 1994. « Les établissements d'hospitalisation privés en 1992. Enquête EHP 1992 » in *Documents statistiques*, n° 201, juin 1994.

**Au regard  
de certaines  
pathologies,  
la France  
a une position  
privilégiée  
ou en voie de  
nette amélioration**

Si l'on se place sous l'angle de la mortalité et de la comparaison internationale, la France bénéficie d'une position avantageuse en matière de *maladies cardio-vasculaires (MCV)*. L'évolution en France, des taux de mortalité prématurée par MCV depuis vingt ans est également très favorable.

Selon les données Eurostat de l'OMS, la France est (sauf pour la mortalité cérébro-vasculaire en Suède et en Suisse) en première position en Europe et ce, avec un écart important non seulement par rapport à la moyenne de l'OMS Europe, mais aussi par rapport à la moyenne de la CEE, que l'on se réfère :

– à l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire ou à leurs composantes (maladies ischémiques et maladies cérébro-vasculaires) ;

**Figure 6 Décès par maladie du système circulatoire**  
Tous âges

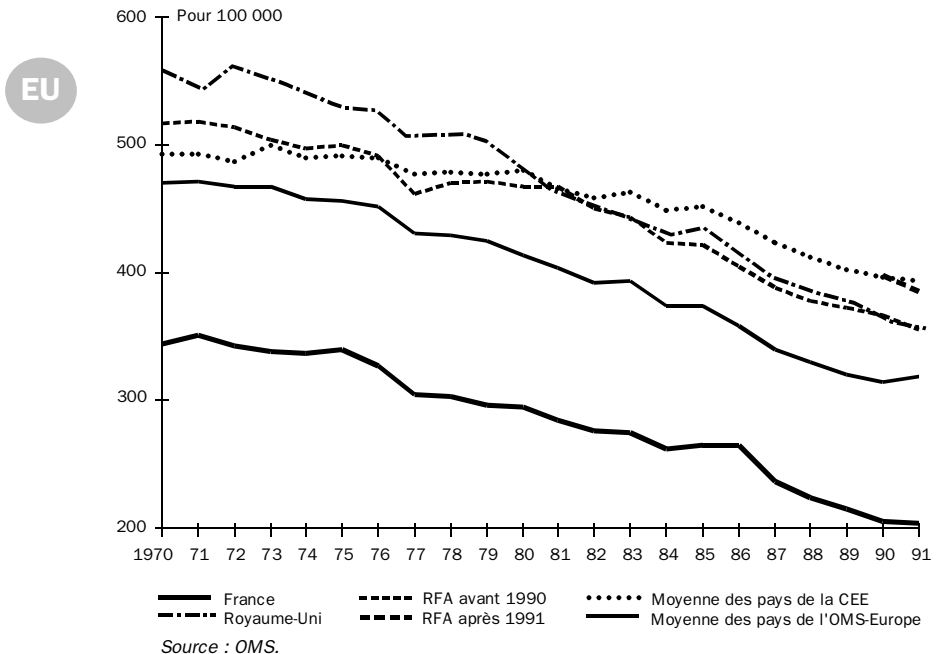
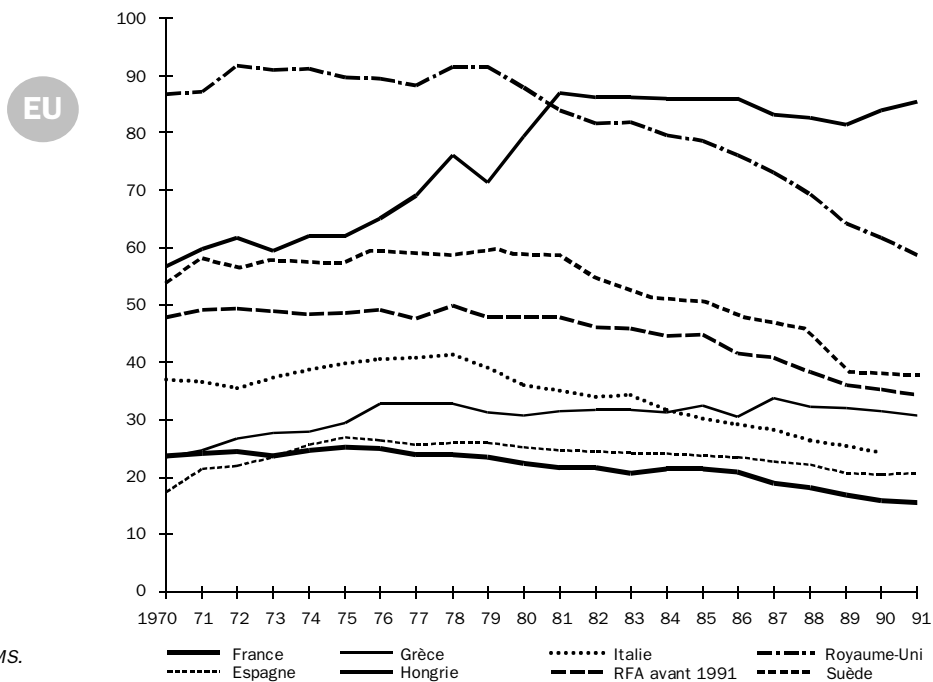
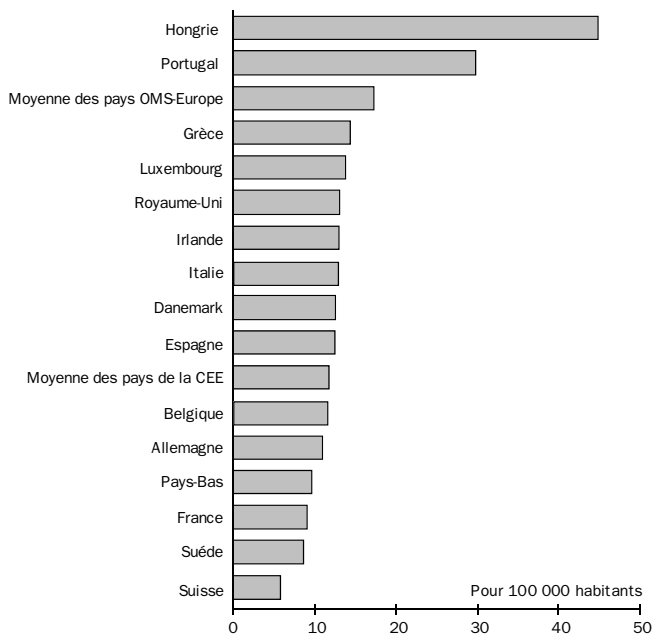


Figure 7 **Taux standardisé de mortalité Cardiopathies ischémiques 0 à 64 ans**



Source : OMS.

Figure 8 **Décès par maladies cérébro vasculaires de 0 à 64 ans en 1991**

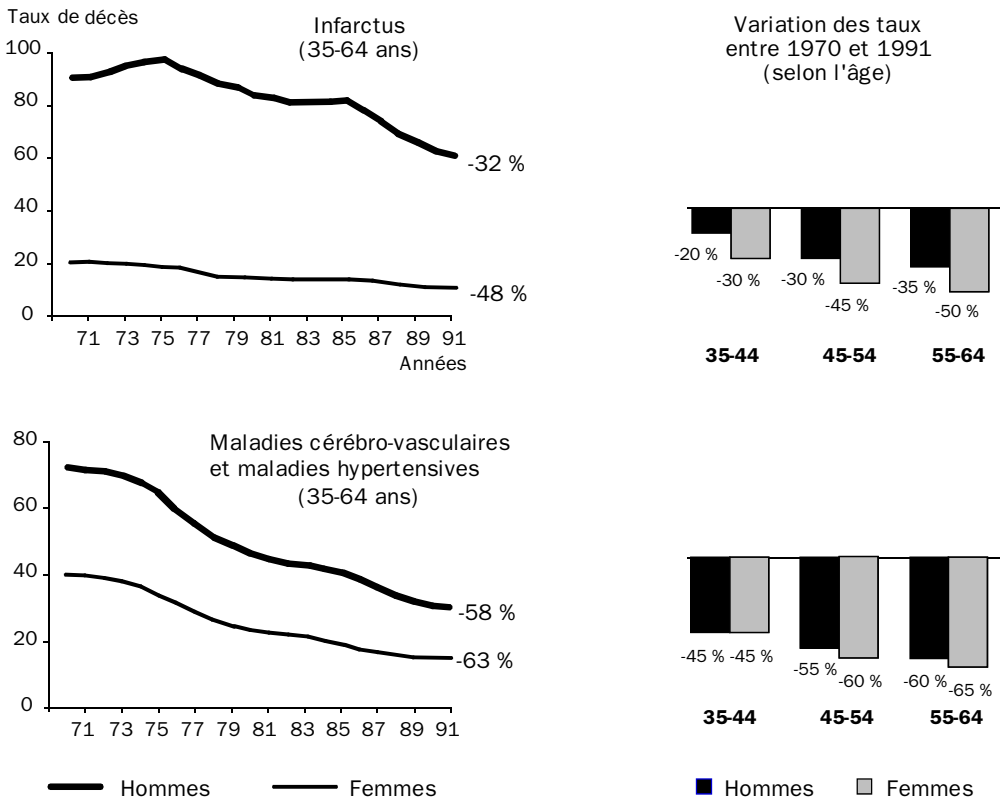


Source : OMS.

- à la mortalité générale ou à la mortalité prématurée (avant 65 ans) ;
- à la situation des hommes ou à celle des femmes.

Pour une période de la vie particulièrement exposée (les âges de 35 à 64 ans), l'on constate, sur la période 1981-1991 une baisse spectaculaire des taux de décès : ils ont diminué de 25 à 31 % et ce - fait exceptionnel - de façon légèrement plus importante chez les hommes que chez les femmes. Même si ce type de mortalité a diminué davantage dans certains pays voisins, les résultats de la France sont remarquables en raison du bon niveau de départ. Le nombre de décès prématurés par pathologie de l'appareil circulatoire est ainsi passé de 24 000 en 1981 à 18 600 en 1991.

Figure 9 **Evolution des taux de décès par pathologies de 1970 à 1991**  
(taux standardisés par âge et variation selon les classes d'âges) <sup>1</sup>



1. Courbe lissée par moyenne mobile sur 3 ans.

Source : Inserm-SC8.

Comment expliquer les progrès importants réalisés au cours des dix dernières années, alors même que les effets retard de l'augmentation de la consommation de tabac des années soixante-dix pouvaient faire craindre une dégradation ?

Si l'on en croit l'enquête décennale Santé <sup>1</sup>, le taux de prévalence des pathologies cardio-vasculaires (pathologie veineuse, hypertension et pathologie artérielle, etc.) est passé de 28,8 pour 100 en 1980 à 38,5 en 1990, augmentation importante qui renvoie non seulement à la « propension croissante » à déclarer, dont nous avons tenté d'analyser la signification, mais aussi aux progrès du dépistage. Dans le domaine de la mortalité par MCV, le système de santé joue un rôle important, du fait des possibilités de prévention (surcharge pondérale, hypercholestérolémie, hypertension) et de traitements précoces mais aussi en raison des techniques médicales (médicaments antihypertensifs, techniques chirurgicales de revascularisation, essor des thérapies thrombolytiques dans l'infarctus du myocarde) et des progrès dans l'organisation des soins (transports sanitaires et services d'urgence).

Des progrès peuvent et doivent être faits notamment pour diminuer les 19 000 morts prématurées par an dont 12 000 sont considérées comme évitables car relevant de la prévention, du soin et de l'amélioration de l'observance. Une étude de l'Unité 194 de l'Inserm montre par exemple que sur 100 personnes hypertendues, seulement 18,4 % sont suffisamment traitées, le reste se répartissant entre :

- 44,6 % hypertension non reconnue ;
- 21,5 % hypertension reconnue non traitée ;
- 15,5 % hypertension insuffisamment traitée.

La position internationale de la France dans ce domaine ne doit cependant pas faire oublier que les maladies de l'appareil circulatoire représentent la première cause de décès, avec près de 176 000 (sur 525 000 au total) en 1991, le premier motif de mise en affection de longue durée par les régimes de Sécurité sociale, 12 % des séjours à l'hôpital en court séjour et 16 % des mises en invalidité.

Au sein du groupe des 38,5 % de Français qui souffrent quotidiennement d'au moins une maladie cardio-vasculaire, la pathologie veineuse est la plus fréquente, 12,4 % des personnes enquêtées déclarent souffrir de varices, de phlébites ou de troubles fonctionnels liés à une insuffisance veineuse (ulcères variqueux, jambes fatiguées, lourdes, ...). Cette pathologie atteint près d'une femme sur cinq, et seulement un homme sur vingt. L'hypertension artérielle est aussi fréquente : elle concerne 12,2 %

---

1. *Solidarité santé*, n° 1, 1994.

---

de la population et touche un peu plus souvent les femmes (14,1 %) que les hommes (10,2 %). Les atteintes cérébro-vasculaires arrivent en troisième position (4,3 %). Souvent conséquence de l'hypertension artérielle, elles sont également un peu plus fréquentes chez les femmes (5,5 % versus 3,1 %). Seule la pathologie artérielle, qui regroupe principalement les artérites des membres inférieurs est plus fréquente chez les hommes (2,3 %) que chez les femmes (1,3 %). Fréquemment associé au tabagisme, ce type d'affection risque de toucher à l'avenir autant les femmes que les hommes.

Si nous intéressons maintenant à d'autres causes de décès en régression lors de la dernière décennie (1981-1991), nous nous devons de citer la baisse de la mortalité prématurée :

- par alcoolisme et cirrhose (15-64 ans) : -33 % chez les hommes, -36 % chez les femmes ;
- par accident de la circulation (5-64 ans) -14 % ;
- par cancer des voies aérodigestives supérieures : -19 % chez les hommes (mais +8 % chez les femmes).

Ces progrès sont principalement liés à la baisse de la consommation d'alcool qui se manifeste depuis une génération. Il reste que, nous le verrons en deuxième partie, l'alcoolisme demeure encore une spécificité péjorative française très marquée.

Autre tendance très positive dans le domaine de la mortalité : la chute persistante de la mortalité par cancer du col de l'utérus. De 1981 à 1991, elle a baissé de 29 % pour les femmes de 15 à 64 ans.

Cette diminution s'inscrit dans une tendance de fond que la généralisation des dépistages a seulement eu pour effet d'accélérer, les facteurs principaux avaient été l'espacement des naissances, les meilleures conditions d'accouchement, l'amélioration de l'hygiène.

Si l'on passe de l'analyse de la mortalité à celle de la morbidité, toujours moins bien connue, peut-on signaler des améliorations au cours de la dernière décennie ? L'enquête décennale permet d'affirmer que dans le contexte d'une légère augmentation de la morbidité prévalente déclarée (passée, on l'a vu, de 2,9 par personne en 1980 à 3,3 en 1991), deux groupes de pathologies ont été significativement moins déclarées par les personnes enquêtées : les affections digestives et les maladies de la bouche et des dents.

Comme l'explique C. Sermet, maître de recherche au CreDES dans un article intitulé : « Les Français et leurs maladies. Description et évolution de la morbidité déclarée – France 1980-1991 <sup>1</sup> » :

---

1. SERMET (C.), *op. cit.*

*« A l'exception des gastralgies, dyspepsies et de la pathologie intestinale (colopathies fonctionnelles), les taux de toutes les affections digestives ont diminué, faisant passer la prévalence moyenne de ces troubles de 22,6 à 18,7 pour 100 personnes. Il faut signaler tout particulièrement la pathologie vésiculaire et les hernies dont la fréquence a été divisée par cinq, peut-être à cause d'interventions plus largement diffusées. Les affections hépatiques ont également diminué : en 1970, pour cent personnes on dénombrait 5,8 « maladies du foie », en 1980, ces affections avaient déjà considérablement diminué atteignant un taux de 1,7 pour 100 personnes, en 1991, ces maladies du foie n'existent pratiquement plus (0,3 pour 100 personnes), traduisant la diffusion des connaissances médicales dans la population.*

*Globalement, les maladies de la bouche et des dents ont diminué de 54,8 pour 100 personnes en 1980 à 50,6 en 1991. Cette diminution masque en fait des évolutions contrastées. Le taux de caries, qui était de 25,2 est passé à 16 pour 100, résultat concret (on l'a vu en page 46) d'une politique intensive de prévention des caries chez les enfants par le fluor et le brossage des dents. A l'inverse, les anomalies de position dentaire et les appareils de redressement dentaire ont augmenté (1,6 à 2,5) ; le développement de l'orthodontie, la sensibilisation des praticiens et la prise en compte accrue des problèmes esthétiques par la population a certainement facilité le traitement et donc la reconnaissance et la déclaration de ces troubles. L'attention plus grande accordée aux dents se traduit également par une forte progression des affections du parodonte (0,6 à 2,2) et en particulier du tartre dentaire. Plus qu'une augmentation de la pathologie, il s'agit ici d'une augmentation de la déclaration de ces affections. »*

**La santé  
de certains groupes  
de population est  
particulièrement  
satisfaisante**

L'excellence, la position privilégiée ou simplement bonne de la situation française au regard des critères évoqués en introduction de cette partie, se manifestent également si l'on examine la santé de certains groupes de population.

Comme dans le rapport du groupe 6 (volume annexe) portant sur les populations spécifiques, nous distinguerons les groupes de population sur des critères d'âge et de sexe.

*Les femmes*

Par rapport aux autres pays développés, le niveau de **l'espérance de vie des femmes en France est quasiment un record**. En 1991 la durée de vie moyenne des Françaises (81,1) est uniquement dépassée par celle des Japonaises (81,7) et dépasse celle observée dans des pays proches tels que le Royaume-Uni (78,6) ou les Pays-Bas (80,1).

---

Pour ce qui est de l'espérance de vie sans incapacité des femmes, l'évolution comprise entre 1981 et 1991 témoigne d'un parallélisme entre l'évolution de cet indice (+2,6 années) et celle de l'espérance de vie (+2,5 ans) : la progression de la durée de la vie ne s'est pas réalisée au détriment de la qualité des années supplémentaires qui ont été gagnées.

Comment les femmes perçoivent-elles leur santé ?

Les enquêtes évoquées plus haut sur la santé perceptuelle n'apportent qu'un seul élément d'information sur la différence de perception : dans l'étude du Credoc, 28,5 % des hommes estiment que la bonne santé « c'est ne pas consulter », alors que 23 % des femmes seulement sont de cet avis. Ceci s'explique peut-être par le fait que les femmes consultent davantage le médecin que les hommes (36 % d'entre elles ont eu au moins une séance de médecin en 1992 au cours du mois de l'enquête, contre 27 % des hommes <sup>1</sup>). De même les femmes déclarent en moyenne beaucoup plus de maladies (3,9 un jour donné) que les hommes (2,7 Enquête décennale).

Il est particulièrement difficile d'interpréter cette différence dans les attitudes et de les mettre en relations avec les états de santé : les femmes vivent-elles plus longtemps parce qu'elles sont en meilleure santé (pour des raisons biologiques par exemple) ou au contraire bien qu'elles soient en moins bonne santé ? Dans ce dernier cas, est-ce parce qu'elles consultent plus (y compris en dehors de la médicalisation de la contraception, de la grossesse et de la ménopause) ou parce que leurs problèmes ou leurs pathologies sont davantage guérissables et ont des retombées positives sur leur état général (par exemple : effet du suivi de la contraception sur les cancers) ?

L'excellence de la position française pour l'espérance de vie des femmes n'est pas sans poser des problèmes : au niveau individuel, deuils et veuvages, dont on sait d'ailleurs qu'ils sont des facteurs péjoratifs du point de vue de la santé ; au niveau collectif, problèmes économiques (emploi des veuves, retraites), problèmes de santé, problèmes d'organisation des soins des personnes âgées et de prise en charge des maladies chroniques et des handicaps.

### *Les personnes âgées*

Autre point fort de la santé en France : celle des **personnes âgées**. Elle est évidemment corrélée au point précédent puisque les femmes constituent la grande majorité des personnes âgées. Le sex-ratio femmes/hommes qui est de 1,3 à 60 ans et de 1,5 à 65 ans passe à 1,8 après 75 ans.

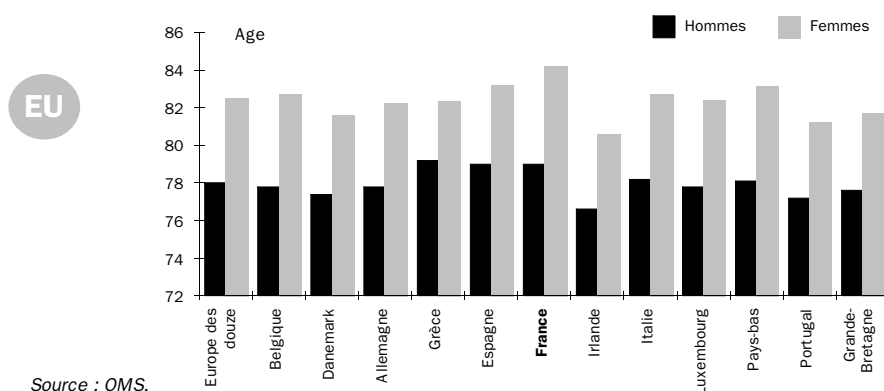
---

1. BOCOgnANO (A.), GRANDFILS (N.), LE FUR (Ph.), MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.), « Santé, soins et protection sociale en 1992 », *Credes*, n° 982, août 1993.



L'amélioration de la santé des personnes âgées se manifeste par le fait que les gains récents en espérance de vie (+2,5 entre 1981 et 1991) ne sont pas la conséquence d'un accroissement de la longévité humaine, ni de progrès importants dans les domaines de la mortalité infantile ni même dans la mortalité prématurée, mais reflètent une baisse de la mortalité au sein du groupe des personnes âgées. Entre 1980 et 1990, le gain des 2,59 années a bénéficié pour plus de moitié aux personnes de plus de 60 ans (1,31 pour les hommes, 1,67 pour les femmes). Parmi ceux-ci, les plus de 75 ans ont été des bénéficiaires importants : les hommes de plus de 75 ans ont gagné 0,53 an, les femmes de plus de 75 ans ont gagné encore 1 an. Le tableau suivant montre qu'à 60 ans l'homme a encore une espérance de vie de près de 19 ans (chiffre le plus élevé en Europe après la Grèce) et la femme de 24 ans.

Figure 10 **Age espéré à 60 ans en Europe (1990)**



Source : OMS.

Une étude faite sur les centenaires dans quatorze pays industriels souligne que leur nombre a progressé de 8 à 10 % au cours des dix dernières années. Cette réalité conduit à soulever la question des limites de la longévité humaine. Comme le dit J. Vallin dans une publication intitulée « l'avenir de l'espérance de vie <sup>1</sup> » :

*« Il n'est pas très difficile d'admettre que l'homme, comme toute espèce vivante, est doué d'une certaine durée de vie et que sa biologie fixe à cette durée un maximum. Il est déjà plus difficile de préciser où se situe cette limite extrême de la vie humaine. »*

1. VALLIN (J.), *L'avenir de l'espérance de vie*. Actes d'un séminaire de la Société internationale de démographie, d'économie et de sociologie médicale, Paris : 13 sept. 1991, Puf – Ined, Paris, 1993.

---

*On sait seulement que, concrètement, certains individus, extrêmement rares, ont réussi à vivre près de cent vingt ans, telle la doyenne actuelle des Français (et sans doute de l'humanité). Faut-il en conclure que la limite est de cent vingt ans ? Tous les experts ne sont pas d'accord.*

*Il est également assez évident que pour l'essentiel, en allongeant l'espérance de vie, on n'a fait jusqu'à présent que permettre à de plus en plus d'individus de vivre une fraction importante de cette durée maximum pour laquelle l'organisme humain est construit. On n'a pas déplacé la limite, on a seulement rapproché la moyenne du maximum et par là même réduit les possibilités de gains futurs. Certes, si le maximum est de cent vingt ans, la marge peut paraître encore grande. Mais en réalité, il est peu probable que le maximum soit le même pour tous. Reste alors à savoir comment se distribuent les limites individuelles. Là-dessus aussi les avis divergent. Butera-t-on, comme le pense le rhumatologue américain James Fries contre un plafond quasi infranchissable dès 85 ans d'espérance de vie, du fait de la très forte concentration autour de cet âge des limites biologiques individuelles, ou bien verra-t-on, comme le pensent beaucoup de démographes, la mortalité aux grands âges continuer de baisser profondément et entraîner l'espérance de vie beaucoup plus haut ? Enfin, s'il existe indubitablement une limite biologique, n'y a-t-il pas lieu de penser que les progrès de la biologie permettront un jour de modifier cette limite elle-même ? »*

*Autre signe : l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité après 65 ans entre 1981 et 1991.*

L'incapacité peut survenir à tous les âges et ce dès la naissance. Ainsi, 54 % des années d'incapacité des hommes sont vécues avant 65 ans. Cette proportion est plus faible pour les femmes (43 %), ce qui est lié à leur durée de vie plus longue : la part de l'après-65 ans est plus importante pour elles.

Après 65 ans, la durée moyenne de vie avec incapacité au sens large a diminué de 8,5 à 8,0 ans pour les femmes entre 1981 et 1991, alors qu'elle a augmenté de 5,3 à 5,6 ans pour les hommes. Néanmoins, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie globale des hommes après 65 ans, la part de leur temps vécu en incapacité est passée de 37,3 % à 35,6 %, ce qui représente une légère compression relative.

Pour l'incapacité sévère au contraire, on note une diminution absolue pour les hommes de (1,0 à 0,9 an) mais une légère augmentation pour les femmes (de 1,8 à 2,0 ans). Cette augmentation s'explique par l'accroissement en dix ans du nombre d'années vécues en institution par les femmes au-delà de 65 ans (de 1,1 à 1,3 ans). Cette fois encore, compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie après 65 ans, la part relative du temps vécu par les femmes en incapacité sévère n'a pas augmenté.

Tableau 5 Variation de l'espérance de vie à 65 ans entre 1981 et 1991

En années

	1981	1991	Évolution
<b>Hommes</b>			
Espérance de vie totale	14,1	15,7	+ 1,6
<i>dont : avec incapacité sévère</i>	1,0	0,9	- 0,1
Espérance de vie sans incapacité sévère	13,1	14,8	+ 1,7
<i>dont : avec incapacité modérée</i>	4,3	4,7	+ 0,4
Espérance de vie sans incapacité	8,8	10,1	+ 1,3
<b>Femmes</b>			
Espérance de vie totale	18,3	20,1	+ 1,8
<i>dont : avec incapacité sévère</i>	1,8	2,0	+ 0,2
Espérance de vie sans incapacité sévère	16,5	18,1	+ 1,6
<i>dont : avec incapacité modérée</i>	6,7	6,0	- 0,7
Espérance de vie sans incapacité	9,8	12,1	+ 2,3

Sources : Situations démographiques de la population et enquêtes sur la santé, Insee.

Calculs : Inserm, Laboratoire d'épidémiologie et d'économie de la santé de Montpellier.

Pour approcher la question de la qualité de vie des personnes âgées retenons trois indices :

- un indice de dépendance à domicile ;
- un indice d'institutionnalisation ;
- l'évolution de leurs déficiences lorsqu'elles sont hébergées en collectivité.

Si l'on suit A. Lebeaupin, moins de 3 % des 65-74 ans (110 000 personnes) et moins de 12 % des plus de 74 ans (440 000 personnes dont 3/4 de femmes) déclarent avoir besoin d'une aide pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de leur domicile. Au-delà de 90 ans, la population de personnes confinées au lit ou au fauteuil ou ayant besoin d'aide pour sortir, est de moins de 50 % <sup>1</sup>.

Autre signe de la situation relativement favorable des personnes âgées : peu d'entre elles vivent en institution même aux âges extrêmes de la vie. Par rapport à 1962, la proportion des 60 ans et plus habitant en collectivité reste stable et les personnes âgées en couple restent de plus en plus souvent en vie tous les deux (*Insee Première* – Avril 1993) <sup>2</sup>. Même au-delà de 90 ans, moins de 32 % d'entre eux logent en institution.

1. LEBEAUPIN (A.), « Les incapacités permanentes des personnes âgées », in *Solidarité santé*, n° 1, 1994.

2. MARTINEZ (C.), « Passé le cap des 60 ans », in *Insee Première*, n° 255, avril 1993.

Tableau 6

En % par classe d'âge

	Plus de 60 ans			De 60 à 74 ans			Plus de 75 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Population des ménages	96,9	94,6	95,6	98,1	98,4	58,3	94,2	83,8	90,7
<i>dont : en logements-loyers</i>	0,7	1,6	1,2	0,3	0,5	0,4	1,6	3,3	2,7
Population hors ménage	3,1	5,4	4,4	1,9	1,6	1,7	5,8	11,2	9,3
<i>dont : en maison de retraite et hospices</i>	1,9	3,5	3,0	0,9	0,7	0,8	4,4	8,4	7,1
<i>en communauté religieuse</i>	0,2	0,6	0,4	0,1	0,5	0,3	0,2	0,8	0,6
<i>en hôpital</i>	0,5	0,9	0,8	0,3	0,3	0,3	1,1	1,8	1,6
<i>En collectivité (institutions et foyers)</i>	3,3	6,9	5,4	1,6	2,0	1,8	7,3	14,3	12,0

Source : Recensement de la population de 1990, Insee.

L'interprétation de cette institutionnalisation relativement faible n'est pas univoque dans la mesure où elle peut résulter d'une insuffisance quantitative de l'offre de places en établissements : en 1991 les institutions (long séjour : 69 000 places, maisons de retraite : 350 000, logements foyers : 142 000) disposaient de 561 000 places, le taux d'équipement en hébergement collectif était de 139 places pour mille personnes âgées de plus de 75 ans. Le maintien à domicile ne s'opère pas nécessairement dans les meilleures conditions possibles. On sait que si des personnes âgées sont plus souvent propriétaires que les autres, leurs logements sont moins confortables que la moyenne (67 % des logements des plus de 60 ans disposent de tout le confort contre 75 % pour la population générale en 1991 – Sesi). La faiblesse en nombre des services de soins à domicile (47 468 places en 1992) et de l'aide ménagère (600 000 bénéficiaires en 1991) est une réalité à laquelle les pouvoirs publics tentent de remédier (27 834 créations de places dans les services à domicile entre 1983 et 1992) <sup>1</sup>.

En ce qui concerne l'évolution des déficiences et des soins aux personnes âgées en institution, une enquête publiée en mars 1993 par le Credes (A. et A. Mizrahi) montre des tendances plutôt favorables : sur la période qui va de 1977 à 1988, la population y résidant a notablement vieilli mais la motricité des personnes, souvent remarquable après 80 ans, s'est globale-

1. LEBEAUPIN (A.), « Les services de soins à domicile », in *Informations rapides*, n° 29, oct. 1992. Sesi, annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1993-1994.

ment améliorée. Les déficiences sensorielles sont restées stables. Le niveau moyen des troubles psychiques s'est accru. L'incontinence a fortement augmenté. Parallèlement à ces changements et pour tous les niveaux de déficience, les soins d'entretien se sont considérablement accrus pour tous les pensionnaires et spécialement pour les personnes dépendantes<sup>1</sup>.

Dans une réflexion sur la vieillesse de demain, Paul Paillat rappelant à quel point la santé et le niveau économique et culturel des « nouveaux vieux » sont meilleurs que ceux de leurs parents, formule le jugement suivant : « *Nous accumulons des ressources humaines auxquelles nous ne prêtons pas assez d'attention. Les avoir libérées plus tôt de la contrainte d'un travail salarié est un progrès considérable. Est-ce une raison de se priver de leur concours qui, demain dans une Europe plus vieillie, se révélera indispensable pour le bien de tous, y compris du leur* »<sup>2</sup> ?

L'accroissement prévisible du nombre de personnes très âgées soulève la question du nombre de personnes âgées dépendantes dans les années à venir. Compte tenu du recul constant de l'âge moyen de l'entrée dans la dépendance, il est raisonnable de prévenir un plus grand nombre de personnes dépendantes pour les années venir mais pour une durée plus brève.

### *Les nouveau-nés et les enfants*

Ce premier âge de la vie est crucial en termes de santé publique non seulement en raison de son impact en termes d'espérance de vie et d'années potentielles de vie perdues mais aussi pour sa signification en termes de qualité de la vie et d'acquisition d'habitudes de vie et de comportements de santé, qui peuvent être essentiels pour l'avenir de la santé d'une population (alimentation, sommeil, exercice physique, tabagisme, alcoolisme, insertion sociale, vaccinations, etc.).

Sans être au tout premier rang en ce qui concerne les *taux de mortalité périnatale* (nombre d'enfants de plus de 500 grammes et de 22 semaines d'âge gestationnel morts avant le 8<sup>e</sup> jour après la naissance rapporté au nombre total de naissances) et de *mortalité infantile* (enfant morts avant l'âge d'un an), la France se situe « en queue du peloton de tête », avec une évolution tendancielle favorable.

- 
1. MIZRAHI (A.), MIZRAHI (An.), « Évolution des déficiences et des soins aux personnes âgées en institution. France 1977-1988 », *Credes*, n° 966, mars 1993.
  2. Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherches sur les problèmes des personnes âgées (Cleirppa) ; Fondation nationale de gérontologie (FNG), *Veillir en France*, Paris : ministère des affaires sociales et de l'intégration : Secrétariat d'État à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés, 75 p.

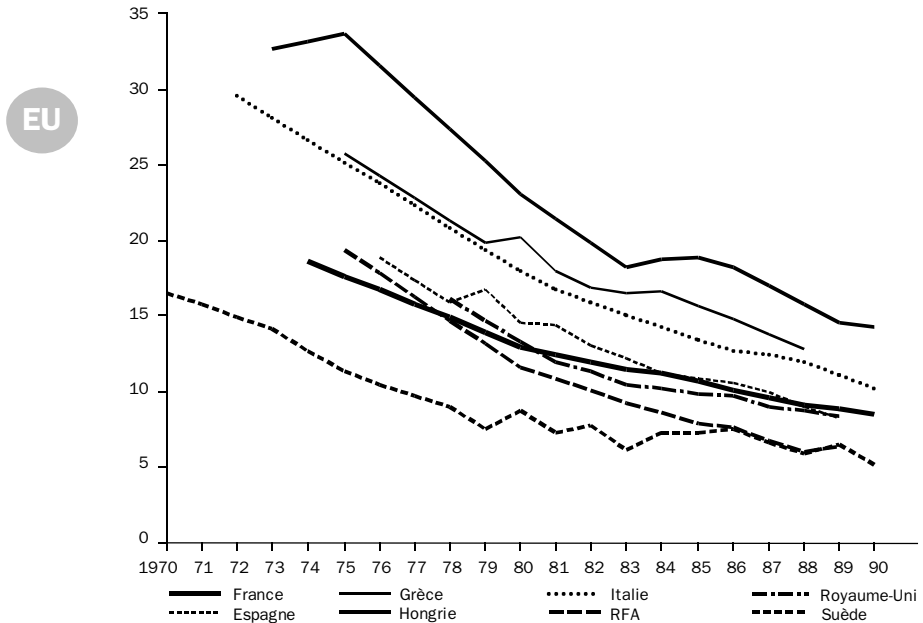
Pour la *mortalité périnatale* qui, entre 1960 et 1990, a évolué de 18,1 pour 1 000 naissances totales à 8,3, la France n'est en 1990 qu'au 12<sup>e</sup> rang (source OCDE).

Elle est précédée par le Japon : 5,5 ; l'Allemagne : 6,0 ; la Finlande : 6,2 ; l'Islande : 6,3 ; la Suède : 6,5 ; le Canada : 7,7 ; l'Autriche : 6,9 ; la Nouvelle Zélande : 7,2 ; la Norvège : 7,5 ; la Suisse : 7,7 ; le Royaume-Uni : 8,1 (chiffres de 1990).

Elle est à égalité avec le Danemark : 8,3.

Elle devance l'Espagne : 8,8 (chiffres de 1989) ; les États-Unis : 9,6 (chiffres de 1989) ; l'Australie : 10,3 ; l'Italie : 10,5 (chiffres de 1989).

Figure 11 **Mortalité périnatale, taux pour 1 000 naissances vivantes**



Source : OMS.

Pour la mortalité infantile qui est passée de 27,4 pour 1 000 naissances vivantes en 1960, à 13,8 en 1975, puis à 7,2 en 1990, la France se situait à cette date au 10<sup>e</sup> rang mondial (source OCDE). Pour 1993 l'estimation est de 6,5 pour 1000. La France est précédée par le Japon : 4,6 ; la Finlande : 5,6 ; l'Islande : 5,9 ; la Suède : 6,0 ; le Canada et la Suisse : 6,8 ; la Norvège : 7,0 ; l'Allemagne et les Pays-Bas : 7,1 (chiffres de 1990).

Elle devance le Danemark : 7,5 ; l'Autriche : 7,8 ; l'Espagne : 7,8 (chiffres de 1989) ; la Belgique et le Royaume-Uni : 7,9 ; l'Autriche et l'Italie : 8,2 ; les États-Unis : 9,1.

Les principales causes de décès à cet âge sont les symptômes et états morbides non définis (la mort subite du nourrisson touche chaque année 1500 enfants, soit la moitié des enfants décédés à cet âge), les affections d'origine périnatale et les anomalies congénitales.

De 1 à 14 ans, les décès sont rares (40 pour 100 000 entre 1 et 4 ans, 20 pour 100 000 entre 5 et 14 ans), les trois principales causes sont les accidents (33 % des décès entre 1 et 4 ans contre 20 % en Belgique, en Italie et au Royaume-Uni), les tumeurs et les anomalies congénitales. Entre 1975 et 1990, les taux de mortalité entre 1 et 14 ans ont baissé de moitié.

Les départements d'outre-mer ont connu une progression remarquable, spécialement en Martinique et à la Réunion où les mortalités périnatales et infantiles sont proches du niveau métropolitain. En revanche, pour ce qui est de la mortalité périnatale, la Guadeloupe avait un taux de 22 ‰ en 1989 et la Guyane une mortalité infantile de 14,7 ‰ en 1989.

Deux domaines restent des enjeux majeurs de santé publique en raison de l'importance cruciale de la périnatalité en terme d'espérance de vie mais aussi de qualité de la vie mesurée notamment par l'absence d'anomalies et de handicaps : la lutte contre la prématurité (naissances avant la 37<sup>e</sup> semaine soit 4,3 % des naissances) et l'hypotrophie (poids de naissance inférieur à 2 500 grammes, soit 5,3 % des naissances). Ces objectifs qui impliquent l'amélioration de la surveillance de la grossesse et la prévention font partie du plan « périnatalité » lancé en Avril 1994 <sup>1</sup>.

## Éléments d'explication

Chercher à comprendre comment la France est parvenue à un niveau d'état de santé élevé et qui n'a pas cessé de s'améliorer, dépasse le cadre de cette synthèse, tant, on l'a vu, les « déterminants » de la santé sont multiples, intriqués, interactifs. Ils s'inscrivent dans la culture, l'histoire et le système de protection sociale du pays.

---

1. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville : Service de l'information et de la communication (Sicom), *Périnatalité : le plan du gouvernement*, Dossier d'information, 12 avril 1994.

---

Nous nous en tiendrons à quelques considérations générales avant d'étudier plus avant quelques déterminants spécifiques. Tout d'abord et c'est l'élément principal, la France est un pays développé qui a connu depuis cinquante ans une ère de paix intérieure et extérieure sans précédent, sans catastrophe écologique majeure. La santé d'un pays c'est d'abord, comme pour l'individu, l'absence de malheur comme en témoigne a contrario l'évolution de l'espérance de vie, et notamment de la mortalité infantile dans certains pays d'Europe de l'Est (Russie, Bulgarie, Pologne,...)

**Les déterminants généraux** Pays « béni des dieux » par son climat et ses ressources naturelles, notamment en eau, la France jouit d'un *système écologique* favorable.

Même si certains aspects ne laissent pas d'être inquiétants (voir p. 150), la prise de conscience écologique au cours des années quatre vingt, qui a placé les problèmes de qualité de l'environnement en première ligne et a multiplié les signaux d'alarme sur ces sujets, a permis que se poursuivent les efforts de maîtrise de la qualité de l'eau et de l'air, de lutte contre le bruit et de gestion des déchets. Les accidents tels que les épisodes de pollution atmosphériques de l'hiver 1954 dans le nord de la France ne se rencontrent plus. L'effort de contrôle de la qualité des eaux reste permanent, et, malgré des teneurs en nitrates dépassant les normes admises, pour près d'un million d'habitants, on ne constate pas à l'heure actuelle de problèmes liés à cette pollution.

Les Français ont une structure démographique caractéristique des pays riches et un *niveau de vie* élevé. Leur *instruction* est poussée. Il existe un certain degré de *cohésion sociale*.

La *structure démographique* est caractéristique des pays riches : cinquante huit millions d'habitants en 1990, un accroissement de 0,5 % par an entre 1982 et 1990, une tendance au vieillissement moins accentuée qu'en Grande-Bretagne, Allemagne, Italie, Belgique et Danemark, qui porte à 11 millions (presque 20 %) le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans, un indice conjoncturel de fécondité d'un niveau plutôt élevé en Europe mais qui, entre 1982 et 1993, a baissé de 1,88 à 1,65 enfant par femme (712 000 naissances en 1993 contre 743 000 l'année précédente).

Cette baisse de la fécondité exprime le retard du calendrier de la procréation. Comme le dit M. L. Levy dans « Population et sociétés » (n° 288), « les femmes nées en 1963 atteignent aujourd'hui la trentaine avec en moyenne moins de 1,3 enfants alors que leurs aînées nées en 1940 en avaient à cet âge 1,8 ». Ce décalage dans le temps de l'âge de procréation du premier enfant était apparu comme caractéristique des générations du



baby-boom, celles de « l'émancipation professionnelle des femmes et de la maîtrise de la fécondité ». « La nouvelle baisse apparaît liée de plus aux difficultés des générations confrontées à la crise de l'emploi <sup>1</sup>. »

La limitation et l'espace des naissances sont à mettre en relation avec l'amélioration de la santé des femmes au cours du dernier demi-siècle.

Tableau 7 Indicateurs démographiques 1984-1993

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993 (p)
(en milliers)										
Naissances	760	768	778	768	771	765	762	759	743	712
Décès	542	552	547	527	525	529	525	525	521	528
Excédent naturel	217	216	232	240	247	236	236	234	222	184
Solde migratoire	45	38	39	44	57	71	80	90	90	90
Variation totale	262	254	271	284	304	307	316	324	312	274
Taux de natalité (en ‰)	13,8	13,9	14,0	13,8	13,7	13,6	13,4	13,3	13,0	12,3
Taux de mortalité (en ‰)	9,9	10,0	9,8	9,4	9,3	9,4	9,3	9,2	9,1	9,2
Taux de mortalité infantile (r)	8,3	8,3	8,0	7,8	7,8	7,5	7,3	7,3	7,2	7,2
Indice de fécondité (c)	1,80	1,81	1,83	1,80	1,80	1,79	1,78	1,77	1,73	1,65
Espérance de vie (en années)										
Hommes	71,2	71,3	71,5	72,0	72,3	72,5	72,7	72,9	73,2	73,3
Femmes	79,3	79,4	79,7	80,3	80,5	80,6	80,9	81,1	81,4	81,5
Mariages (en milliers)	281	269	266	265	271	280	267	280	271	254
Taux de nuptialité (en ‰)	5,1	4,9	4,8	4,8	4,8	5,0	5,1	4,9	4,7	4,4
Population (l) (en milliers)	55 157	55 411	55 651	55 966	56 270	56 577	56 893	57 218	54 530	57 804
Moins de 20 ans (l) en %	29,2	28,9	28,6	28,3	38,1	27,8	27,5	37,1	26,8	26,4
65 ans ou plus (l) (en %)	12,8	13,0	13,3	13,5	13,7	13,9	14,1	14,3	14,5	14,7

(c) Nombre d'enfants pour une femme

(p) provisoires

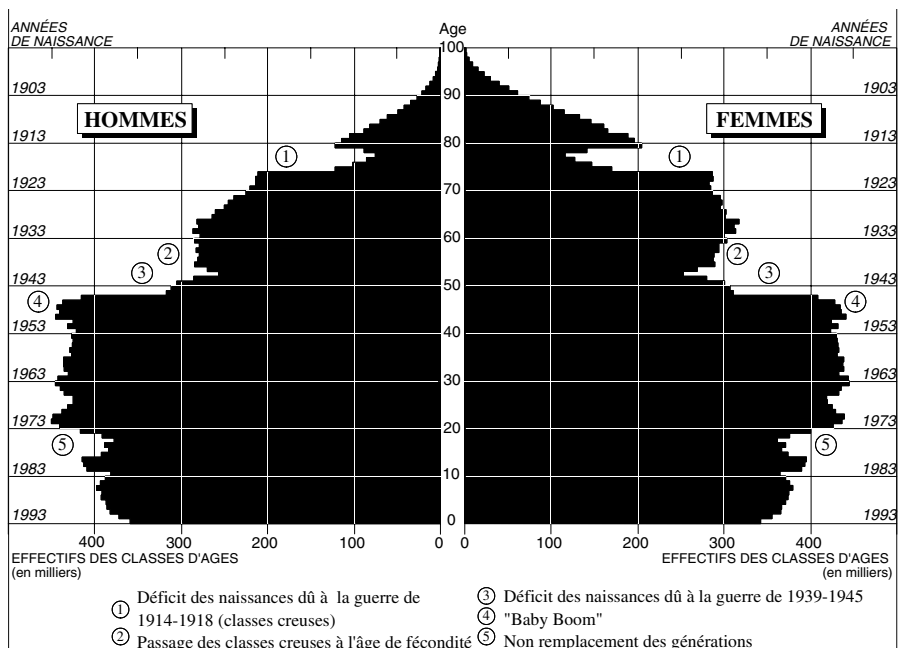
(r) taux pour 1 000 naissances vivantes

(l) en fin d'année

Source : INSEE.

1. LÉVY (M.L.), « La population de la France de 1990 à 1993 », in *Population et société*, n° 288, mars 1994.

Figure 12 **Pyramide des âges de la France au 1<sup>er</sup> janvier 1994**



Source : Ined.

Du point de vue économique, la France se situe parmi les pays riches.

Avec un PIB de plus de 900 milliards de dollars en 1990, elle se place parmi les pays ayant le niveau de vie le plus élevé de la planète. Ce niveau de vie a continué de s'accroître dans cette décennie, le PIB par habitant passant de 11 860 dollars en 1980 à 16 128 dollars en 1988.

Il existe de nombreux autres descripteurs de ce niveau de vie comme les biens de consommation (77 % des ménages ont une automobile en 1991) et de communication (le téléphone est présent dans 95 % et la télévision dans le même pourcentage des foyers) <sup>1</sup>.

Malgré la persistance de l'illettrisme et de l'analphabétisme, le *niveau scolaire* est élevé. Comme le montre le tableau ci-après, 40 % de la population atteignait en 1982 le niveau du BEPC. En 1993, le chiffre de 50 % doit d'ores et déjà être dépassé.

1. Monteiro (S.), ROWENCZYK (C.), « L'équipement des ménages en 1991 » in Insee – Résultats – Consommation et modes de vie, n° 241, juin 1993.

Tableau 8 **Évaluation de la répartition de la population selon le niveau de diplôme**

Niveau de diplôme le plus élevé	1982	1990
Aucun diplôme ou certifi- cat d'études primaires	60,2	48,6
BEPC	8,4	10,2
CAP, BEP	14,6	19,2
BAC	9,1	11,2
BAC + 2	3,8	5,3
Diplômes supérieurs	3,8	5,3

Source : Recensements de la population 1982 et 1990.

Ces chiffres doivent être complétés par l'étude des répartitions des classes d'âges, qui accentue très fortement cette évolution. C'est ainsi qu'en 1992, sur l'ensemble des 827 000 jeunes sortis du système éducatif 9,6 % n'avaient acquis aucun diplôme (12,9 % en 1988) <sup>1</sup>.

Peut-on avancer quelques indices de culture dans le domaine de la santé ? Un indicateur simple est fourni par la presse spécialisée dans les problèmes de santé et de beauté. Entre 1986 et 1991, le tirage total annuel de ce type de magazines (qui ne correspond pas toujours à la diffusion effective) est passé de 16 114 000 à 28 340 000. Pendant la même période, le nombre de mensuels passait de 11 à 16, et le nombre de trimestriels passait de 3 à 5 <sup>2</sup>.

En ce qui concerne la *cohésion sociale*, deux indicateurs peuvent être signalés qui rendent compte en partie de la situation relativement favorable des femmes et des personnes âgées : le taux d'activité de femmes est très élevé en France : 73 % en 1990 contre 62 % en 1980, ce qui place la France bien en tête des pays de l'OCDE pour « la participation féminine ». Elle n'est dépassé que par la Suède et le Danemark et se situe devant le Royaume-Uni et l'Allemagne (respectivement 65 % et 60 % en 1989) <sup>3</sup>. En 1993 le revenu total avant impôt, par foyer de retraité, s'établissait à 9 000 francs par mois, plus que le revenu des actifs <sup>4</sup>.

1. Étude du ministère de l'Éducation nationale : Direction de l'évaluation et de la prospective.
2. Service juridique et technique de l'information, *Tableaux statistiques de la presse 1986 et 1991*.
3. OCDE, *Les systèmes de santé de pays de l'OCDE : Environnement socio-économique, sources statistiques*, Vol. II, collection Études de politique de santé, n° 3, OCDE, Paris, 1993, 200 p.
4. Centre d'études des revenus et des coûts, *Revenu et condition d'existence des personnes de plus de 60 ans : Les Revenus*, Documents du Cerc n° 108, La Documentation française, Paris, 1993,

---

L'état de santé que nous constatons en 1994 est d'une certaine manière le produit de la prospérité d'après-guerre, celle des « trente glorieuses ». Ce n'est que dans une vingtaine d'années que se traduiront peut-être sur les indicateurs de santé les effets de la crise économique et du chômage qui se poursuivent depuis les années 1975.

**Quelques  
déterminants  
spécifiques**

### *Les conditions de vie*

#### *L'alimentation*

Malgré l'existence de « poches » de grande pauvreté, la ration alimentaire en France est, en moyenne, suffisante en quantité. Bien que les efforts de contrôle de la qualité des produits et que la politique d'éducation nutritionnelle soient à poursuivre sans relâche, il reste que globalement le mode d'alimentation joue un rôle positif. La qualité, la variété, la régularité des repas, l'absence d'excès en sel et en graisses animales – surtout dans le sud de la France –, une consommation modérée de vin ne seraient pas étrangères au « french paradox » qui, chez les Anglo-saxons désigne la cohabitation d'une mortalité cardio-vasculaire singulièrement basse et de la réputation culinaire des Français.

Selon l'enquête décennale sur la santé, près de 15 % de la population est concernée par la surcharge pondérale, cette dernière étant définie par un poids supérieur à 20 % du poids idéal déterminé par la formule de Lorentz. L'obésité est plus fréquente chez la femme.

#### *Le logement*

75 % des logements ont tout le confort y compris le chauffage (enquête logement de l'Insee, 1988) et 54 % des ménages sont propriétaires de leurs résidences principales.

De 52 % en 1973 la proportion de ménages qui se déclarent satisfaits de leurs logements est passés à 68 % en 1988 (source : Insee – *Enquêtes logement*). La surface moyenne des logements est passée de 68 m<sup>2</sup> en 1970 à 85 m<sup>2</sup> en 1988. Près d'un tiers de la population réside dans des pavillons construits depuis la fin des années soixante.

Malgré ces améliorations, la proportion de « mécontents » est de 8 % en 1988. Elle est deux fois supérieure chez les ouvriers (13 %) et les employés (11 %) que chez les cadres (6 %). 28 % des ouvriers étrangers sont insatisfaits. La qualité du logement est corrélée à la catégorie sociale. Les mauvaises conditions (ou d'absence) de logement sont des indicateurs de handicap social, voire de cumul de handicap et de ce fait, nous le verrons, corrélées à la mauvaise santé.

### *L'exercice physique*

On le sait, un exercice physique modéré est une pratique positive pour la santé entendue aussi bien au sens de non-maladie (prévention des maladies cardio-vasculaires : « Bougez votre cœur », prévention de l'ostéoporose, ...) qu'au sens positif de bien-être.

A cet égard, la diffusion de la pratique sportive en France peut constituer un indicateur. Une enquête de l'Insep (Institut national du sport et de l'éducation physique) réalisée en 1985 a fait apparaître un spectaculaire développement des activités physiques et sportives : en 1967 un Français sur quatre déclarait avoir une activité de ce type, en 1985 ils étaient 73,8 % de la population des 12 à 74 ans, presque trois sur quatre, à pratiquer le sport. Ce qui a été appelé le « raz-de-marée sportif » des Français semble s'être poursuivi depuis, autant en termes de sport de loisir qu'en sport de compétition (qui au contraire, présente plutôt des inconvénients en termes de santé publique), sans atteindre le niveau de pratique sportive des pays anglo-saxons <sup>1</sup>.

Du point de vue de l'appartenance sociale, c'est moins l'extension de la pratique que le type de discipline pratiqué qui fait la différence : ainsi le football touchait-il 2,9 % des cadres contre 11,6 % des ouvriers alors que ces derniers ne pratiquaient le ski que pour 4 % d'entre eux contre 25,5 % des cadres.

### *L'hygiène de base*

Elle s'est améliorée. Selon le « baromètre santé », en 1992, le nombre moyen de douche par semaine était de 5,2 par personne âgée de plus de 18 ans, près de 9 personnes sur 10 déclaraient se laver les mains avant chaque repas, et les Français se brossaient les dents en moyenne 1,8 fois par jour.

### *Le système de santé*

Le système de santé n'est qu'un déterminant parmi d'autres de l'état de santé d'un pays. Il n'a qu'un faible impact sur la durée de la vie en général (les autres déterminants interviendraient pour une part cinq à dix fois plus importante, l'OCDE estime que la dépense de la santé n'explique que 20 % de la différence entre les pays en matière de mortalité). Il importe cependant de ne pas sous-estimer son rôle :

- sur la mortalité périnatale et infantile. Une étude de l'OCDE faite en 1987 met en relief la corrélation inverse qui existe entre la dépense de santé par habitant et le taux de mortalité infantile ;
- sur les maladies « guérissables » ;

---

1. IRLINGER (P.), « Les activités physiques et sportives : un développement sans précédent » in *Sociologie santé*, n° 7, décembre 1992.

---

– sur la qualité de vie des personnes malades ou handicapés. Le rôle du système de soins dans ce domaine ne peut que croître en raison de la montée des maladies chroniques.

Le système de soins qui, en France, est construit sur le modèle biomédical curatif, présente, encore aujourd'hui, des qualités indéniables. Il est accessible et techniquement performant, même si son efficacité n'est pas évaluée.

Son principe de base est la liberté d'accès (sans réelle responsabilisation des acteurs). Cette accessibilité résulte de la rencontre entre une offre abondante (avec 300 000 lits de court séjour, 160 000 lits de moyen et de long séjour et 100 000 lits de psychiatrie, avec 600 000 professionnels médicaux et paramédicaux dont 150 000 médecins, la France est un des pays les mieux dotés par habitant au monde) et une demande solvabilisée par les mécanismes de garantie collective que sont l'assurance maladie (99,9 % de la population couverte dont 8,7 % exonérés du ticket modérateur – CreDES 1992) et les couvertures complémentaires (87 % de la population), complétés par le système de l'aide sociale. 11 % des personnes n'ont ni la couverture complémentaire ni l'exonération du ticket modérateur <sup>1</sup>.

Il existe par ailleurs des dispositifs préventifs dont l'accès est gratuit : service départemental de protection maternelle et infantile (avec consultations prénatales, consultations d'enfants jusqu'à six ans et centres de planification), les centres antivénéériens, les dispensaires antituberculeux, les centres de dépistages anonymes et gratuits pour le Sida, les dispensaires d'hygiène mentale et les services préventifs de la médecine du travail, la médecine scolaire et universitaire, etc.

La bonne couverture du territoire en services de protection maternelle et infantile, la qualité de ces services, la dynamique donnée à la prise en charge de la mère et du nouveau-né par le programme de périnatalité des années 1970 – un des seuls véritables programmes de santé publique qui ait vu le jour en France – expliquent les progrès accomplis dans le domaine de la périnatalité.

Les enquêtes du CreDES « *Santé soins et protection sociale* » réalisées depuis 1988 auprès d'un panel de près de 10 000 assurés sociaux montrent que la consommation des Français a atteint un niveau très élevé. Le poste « services médicaux et santé » représente 13,2 % du budget des ménages en 1992. Il est celui qui a le plus augmenté entre 1980 et 1992. La consommation médicale fait partie de la vie quotidienne ; au cours du mois d'enquête du CreDES, 32 % des personnes ont eu recours au moins une fois à un médecin, 38 % ont consommé de la pharmacie, 5,5 % ont eu au moins un

---

1. Sesi, *op. cit.*, BOCOGNANO (A.), GRANDFILS (N.), LE FUR (Ph.), MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.), *op. cit.*

examen de biologie. Bien que la consommation de biens et de services médicaux reste plus élevée chez les salariés que chez les indépendants et au sein des salariés, chez les cadres et les employés, les écarts de consommation entre groupes socioprofessionnels ont eu tendance à se réduire entre 1960 et 1991 ; c'est un fait remarquable, car on le verra, sur les autres plans, les inégalités s'accroissent.

Ce qui a caractérisé l'évolution du rapport des Français à leur système de santé au cours de la décennie 1980-1991 (cf. Mormiche, « Deux décennies d'évolution des consommations médicales », *Solidarité santé* n° 1) est la poursuite – bien qu'à un rythme annuel deux fois moins important qu'au cours de la décennie précédente – de l'augmentation des recours aux soins. Comme le montre le tableau suivant, le rythme de variation annuel moyen des séances de médecins a été de 2 % entre 1980 et 1991.

Tableau 9 L'évolution des recours aux soins entre 1970 et 1991

Type de soins	Nombre moyen de recours par an et par individu		Rythme de variation annuel moyen	
	1980	1991	1970-1980	1980-1991
Séance médecins	5,2	6,4	4,2	2,0
Généralités	3,6	4,3	3,1	1,5
<i>dont visites à domicile</i>	1,5	1,3	2,7	-1,4
<i>dont autres consultations</i>	2,1	3,0	3,4	3,3
Spécialités	1,6	2,2	7,4	3,0
Séances d'analyse	1,0	1,4	n.d.	3,3
Analyse, examens, radios détail	1,9	3,6	10,2	6,1
<i>dont examens par rayons</i>	0,3	0,5	6,2	4,4
<i>dont analyses, examens</i>	1,4	3,0	11,8	6,9
Séances d'auxiliaires paramédicaux	3,9	5,5	4,3	3,5
<i>dont infirmières</i>	2,5	3,2	4,6	2,7
<i>dont kinésithérapeutes</i>	1,1	1,9	7,4	4,9
Séances de dentistes	1,4	1,4	1,5	-0,4
Total séances praticiens	11,4	14,8	4,5	2,4
Pharmacie <sup>1</sup>	27,4	37,2	4,2	2,8
prescrite	23,7	32,3	5,4	2,9
sans ordonnance	3,7	4,9	-1,1	2,6
sorties d'hospitalisations pour 100 personnes	16,6	15,5	3,0	-0,6

Source : Enquêtes décennales santé 1970, 1980 et 1991, Insee.

1. Nombre de boîtes ou unités de conditionnements.

Le Français consulte en moyenne 6,4 fois son médecin par an et achète 37,2 boîtes ou unités de conditionnement. Il est intéressant de noter que ce sont principalement les actes les plus techniques qui ont progressé : analyse et examens (+6,9 % par an), radios (+4,4 %), consultation de spécialistes (+3 % par an)

et que les soins d'auxiliaires paramédicaux (essentiellement infirmières et kinésithérapeutes) ont explosé, si l'on examine le groupe des personnes âgées de plus de 60 et surtout de plus de 75 ans. En revanche, le recours aux soins dentaires a baissé chez les adolescents et les jeunes : il s'agirait d'une retombée positive des efforts de prévention dont nous avons vu plus haut les effets positifs sur la santé dentaire.

Cette croissance de la consommation est généralement analysée comme le résultat concomitant de facteurs multiples qui, chacun, y contribuent pour une part limitée. Du côté de la demande : le vieillissement de la population a un rôle moins important que l'arrivée à l'âge de la vieillesse d'une génération plus habituée à consommer que la génération précédente ; l'extension, déjà largement amorcée en 1980, de la couverture complémentaire aux professions indépendantes a moins joué que la médicalisation des comportements qui s'est traduite par une progression des recours préventifs, même dans les couches populaires (examens de santé volontaires ou obligatoires, vaccination, contraception). Du côté de l'offre sont mis en avant moins les effets de son évolution en quantité que ceux de la technicisation et de la densification du soin (1,6 séance de spécialiste par personne et par an en 1980, 2,2 en 1991 ; incorporation dans la séance d'actes de diagnostics et de soins ; longueur des ordonnances -6,1 conditionnements pharmaceutiques prescrits en 1980, 6,7 en 1991, 6,7 soins d'auxiliaires et analyses et examens prescrits en 1980, 8,3 en 1991).

L'importance de la consommation en volume, pour peu significative qu'elle soit de la qualité des soins et du niveau de santé du pays devait être relevée comme une caractéristique de la situation française, particularité dont on peut estimer que, même de façon limitée, elle joue un rôle positif. On l'a montré plus haut, la population a pu, grâce à l'accessibilité du dispositif, bénéficier largement des progrès techniques les plus avancés.

Signalons, également, la bonne couverture vaccinale de la population et sa progression entre 1981 et 1990. C'est ainsi que, d'après les chiffres de l'OMS, les couvertures vaccinales de la polio, de la rougeole et de la tuberculose ont évolué comme suit.

Tableau 10

En %

	1981	1990
Polio	80	85
Rougeole	0,01	71
Tuberculose	80	80



Dès 1988, 80 % des enfants de 2 ans avaient une vaccination complète contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche et contre la tuberculose. Si la couverture vaccinale des enfants est très satisfaisante, celle des adultes laisse à désirer, sauf pour la grippe. En 1988, dix millions d'adultes n'avaient jamais été vaccinés contre le tétanos, dix-sept millions contre la poliomyélite, le pourcentage des vaccinés diminuant lorsque l'âge augmente. En revanche un adulte sur cinq avait déjà été vacciné contre la grippe, la couverture augmentant ici avec l'âge <sup>1</sup>.

Une étude du CFES (baromètre santé 1992) montre, à propos d'une vaccination facultative concernant des pathologies souvent considérés comme bénignes (rougeole, rubéole, oreillons), le rôle des parents et des médecins traitants <sup>2</sup>.

Le refus de la vaccination est rare. Il concerne 6,2 % des parents dont les enfants ont entre un et deux ans et 12,3 % de ceux dont les enfants ont plus de deux ans.

Si la couverture vaccinale des enfants âgés de un à deux ans n'est que de 77,5 % en 1992, c'est principalement parce que les parents ne sont pas toujours bien informés. L'information est liée à la fréquentation régulière d'un médecin. En outre, le profil des parents non vaccinants est le suivant :

- ils ont plus souvent un seul enfant de moins de 18 ans ;
- leur niveau d'étude et leur catégorie socioprofessionnelle sont plus élevés que ceux des parents vaccinants.
- ils vivent plus souvent au Sud de la France qu'au Nord (63 % -68 % -69 % de taux de couverture vaccinale en Aquitaine, Paca et Languedoc-Roussillon contre 84 % en Ile-de-France) ;
- ils se déclarent plus fréquemment sans religion et se disent mal informés sur les grands thèmes de santé.

Les médecins qui déclarent ne pas vacciner systématiquement les enfants âgés de un à deux ans par le Ror (13,6 % des médecins généralistes) ont le profil suivant :

- ils ont plus de quarante ans et habitent le Sud de la France ;
- ils pratiquent un mode d'exercice particulier comme l'homéopathie, effectuent moins d'actes médicaux que la moyenne ;
- ils ne lisent pas régulièrement la presse médicale et pensent que la santé des Français ne s'est pas améliorée depuis dix ans.

---

1. JESTIN (Ch.), « Obligatoires ou recommandées, les vaccinations sont-elles bien pratiquées en France ? », in *Solidarité santé*, n° 3-4, mai-juin, juillet-août 1990.

2. BAUDIER (F.), DRESSEN (Ch.), ALIAS (F.) (dir), op. cit.

---

## **Conclusion générale**

Trois conclusions se dessinent avec certitude : l'espérance de vie est élevée et en progression, plaçant notre pays dans le peloton de tête en matière de durée de vie des femmes et des personnes âgées ; la faible mortalité par maladie cardio-vasculaire est également une caractéristique positive de l'état de santé des Français ; la consommation de soins a progressé considérablement au cours des vingt dernières années et même au cours de la dernière décennie, ce qui a modifié le rapport de la population à la santé et à la maladie.

Les autres constatations sont davantage empreintes d'incertitude étant donné le caractère expérimental de la notion d'espérance de vie sans incapacité et la difficulté d'appréhender les aspects qualitatifs de la santé et notamment sa perception par la population. Néanmoins il existe dans ces domaines des indices attestant d'une situation satisfaisante.



---

## Chapitre 3

---

# La santé en France comporte néanmoins des faiblesses structurelles et est menacée de détériorations

Nous l'avons vu, les points forts de l'état de santé en France recèlent en leur sein même des contre parties négatives. Ainsi l'exceptionnelle durée de vie des femmes fait-elle apparaître en creux la surmortalité masculine, de même que le vieillissement de la population entraîne une extension de la pathologie chronique, de l'incapacité et du handicap.

Ces « revers de médaille » seront présentés dans cette troisième partie, en même temps que les points faibles, qui posent problème ou encore qui représentent d'importants défis pour l'avenir.

Dès que l'on se penche sur les écarts que cachent les moyennes et les descripteurs synthétiques, dès que l'on s'intéresse davantage aux problèmes qualitatifs, il devient nécessaire de nuancer voire de contredire le jugement « globalement positif » que nous avons porté, surtout si l'on prend en compte l'état de santé de certains groupes ou sous-groupes de population définis principalement selon des critères sociaux.

**Description** Nous analyserons successivement :

- les problèmes de surmortalité prématurée et évitable ;
- les singularités péjoratives en matière de morbidité, d'incapacité et de qualité de vie ;
- les disparités sociales et géographiques ;
- la fragilisation de certains groupes et sous groupes.

**Mortalité prématurée et évitable : une situation préoccupante**

***En préalable, quelques définitions***

La mortalité prématurée est définie comme l'ensemble des décès survenus avant 65 ans. La limite de 65 ans, qui peut sembler restrictive, a été choisie par homogénéité avec les indicateurs utilisés au niveau européen (en particulier par l'Organisation mondiale de la santé).

L'indicateur « *Années potentielles de vies perdues* » (APVP), complémentaire de celui de la mortalité prématurée, permet de prendre en compte la plus ou moins grande précocité des décès au sein de la mortalité prématurée. Il est défini comme le nombre d'années qu'un sujet, mort prématurément, c'est-à-dire avant l'âge de 65 ans, n'a pas vécu. Ainsi, un décès survenu à 52 ans compte pour 13 années perdues. Les décès survenu avant l'âge d'un an ne sont pas inclus dans cet indicateur pour deux raisons : leur étiologie est très différente de celle des décès d'âge supérieur et chacun de ces décès aurait un poids trop important au sein des APVP totales.

Au sein de la mortalité prématurée, nous avons isolé certaines causes de décès « évitables ». Le concept de *mortalité évitable* est utilisé depuis une dizaine d'années au niveau européen pour décrire (production d'atlas géographiques) et analyser (facteurs déterminants), les différences de mortalité entre pays et, au sein de chaque pays, entre zones géographiques. Les causes de mortalité évitable sont définies comme les causes de décès qui, compte tenu des connaissances médicales et de l'état du système de santé, devraient pouvoir être évitées ou du moins diminuées avant l'âge de 65 ans :

- mortalité évitable liée aux risques individuels : parmi les causes de mortalité évitable, sont distinguées celles dont la fréquence pourrait être diminuée essentiellement par une action sur les comportements individuels : en particulier, risques liés à la consommation de tabac, à l'alcool, à une conduite dangereuse, ... Cette sélection de causes de décès comprend les cancers du poumon, les cancers des VADS (cancers des voies aérodigestives supérieures – lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage), l'alcoolisme (psychoses alcooliques – cirrhoses), les accidents de la circulation, les suicides et le Sida ;
- mortalité évitable liée au système de soins : l'autre partie de la mortalité évitable est constituée de pathologies 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). Elle regroupe des causes de décès telles que les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébro-vasculaires et hypertensives, les cancers du sein, de l'utérus, des testicules, maladies de Hodgkin, leucémies, asthme, ulcères digestifs, appendicites, hernies abdominales, lithiases, la mortalité périnatale (moins de 7 jours) et maternelle.

---

La distinction entre mortalité évitable liée aux risques individuels et mortalité évitable liée au système de soins peut paraître parfois arbitraire car le niveau de mortalité de nombreuses pathologies dépend souvent simultanément du fonctionnement du système soins et de facteurs de comportement individuel (une carence dans le domaine du dépistage peut-être due à la faiblesse du système de santé mais également à un comportement individuel de refus de toute prévention primaire). Cependant, même si elle revêt parfois un caractère abrupt, cette distinction s'avère opérationnelle en particulier pour l'analyse des déterminants des inégalités.

Ces termes de mortalité prématurée et de mortalité évitable peuvent choquer dans la mesure ou ils sembleraient connotés par une sorte de norme, voire de jugement moral, avec – pourquoi pas ? – des implications sur la prise en charge des malades : culpabilisation ou désignation de ceux qui auraient pu « éviter » la mort (et ses coûts pour la collectivité), dévalorisation de ceux qui n'entrant pas dans la catégorie des « morituri » prématurés, peuvent être abandonnés à leur condition de mortels. D'autre part, la notion d'évitabilité est très extensive : il est évident que toutes les conduites à risque ne peuvent pas être éliminées (d'ailleurs une société sans risque est-elle souhaitable ?), il est clair aussi qu'aucun système de soins, si performant soit-il, ne fonctionne dans des conditions idéales. Cependant parce que cette terminologie est entrée dans le vocabulaire épidémiologique international et qu'elle présente un caractère opérationnel, nous la reprendrons dans ce rapport, tout en mettant en garde contre les dérives de ces notions.

### *Le constat*

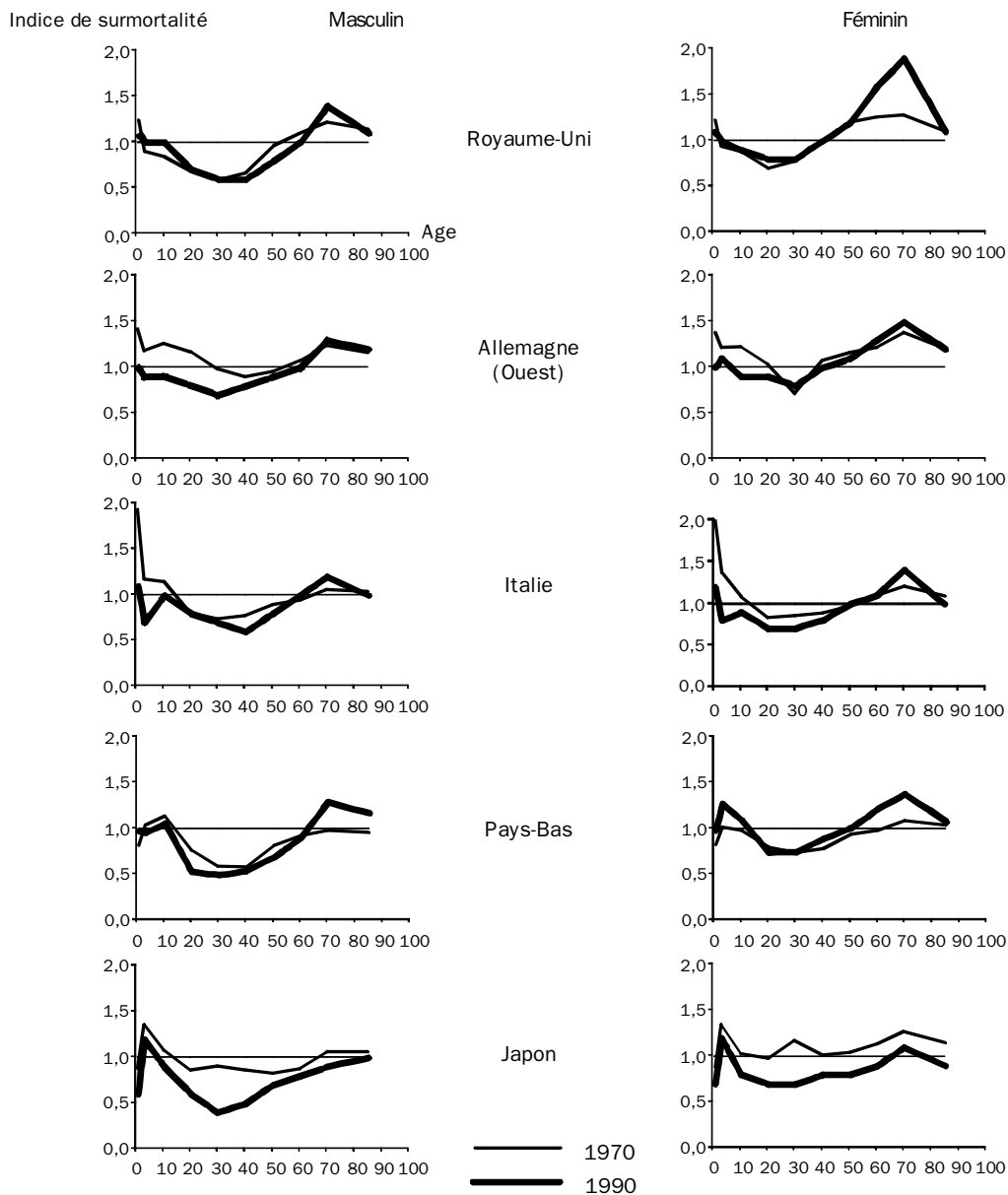
#### *La mortalité prématurée*

L'état de santé en France présente une grande faiblesse si on compare notre pays aux pays européens et au Japon par exemple : l'importance de la mortalité prématurée et évitable. Celle-ci est résumée dans le graphique synthétique extrait du groupe 3 (volume annexe) qui compare, pour les hommes et pour les femmes, le niveau de la mortalité aux différents âges en France (dont la situation est représentée par le trait horizontal fixé à 1) avec le Royaume-Uni, l'Allemagne (ancienne RFA), l'Italie, les Pays-Bas, le Japon.

Trois conclusions se dégagent :

- la surmortalité prématurée (c'est-à-dire avant 65 ans) en France est très accentuée chez les hommes jusqu'à l'âge de 60-65 ans ;
- la surmortalité prématurée relative existe aussi chez les femmes mais jusqu'à l'âge de 45-50 ans (sauf en comparaison avec le Japon) ;
- entre 1970 et 1990 la situation relative de la France s'est fortement dégradée chez les hommes et plutôt dégradée chez les femmes.

Figure 13 **Niveau de mortalité dans différents pays par rapport à la France selon l'âge en 1970 et 1990**  
(mortalité de référence fixée à 1)



Interprétation : une valeur de 1,5 pour un pays à un âge donné signifie que la mortalité à cet âge dans le pays considéré, est 1,5 fois plus élevée qu'en France ; une valeur de 0,5 signifie que la mortalité à cet âge est moitié moins élevée qu'en France. Par exemple, on note en 1990 pour les hommes, une surmortalité en France avant 65 ans par rapport à l'Allemagne ; en 1970, la différence est moins nette.

Source : OMS.

---

L'importance de la mortalité prématurée et évitable n'est pas en contradiction avec l'espérance de vie élevée de la population de notre pays en raison de la faiblesse de la mortalité infantile et de la proportion de personnes âgées et très âgées. Elle va de pair avec la surmortalité masculine beaucoup plus accentuée dans notre pays que dans les pays voisins. Rappelons que l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est de 8,2 ans en France contre 5,4 ans au Royaume-Uni (1990).

La mortalité prématurée (avant 65 ans) a touché en 1991 : 124 222 personnes, 87 884 hommes et 36 338 femmes, soit 24 % des 524 685 décès (32 % chez les hommes, 14 % chez les femmes). Cette proportion est restée stable au cours de la dernière décennie. Notons aussi que le taux de décès prématuré est globalement plus élevé encore dans les DOM qu'en métropole. Au sein de la mortalité prématurée, 52 % des morts sont considérés comme évitables : plus de 60 000 personnes meurent en France pour des raisons de prises de risques individuels (40 000 personnes) ou auraient pu être théoriquement sauvés par le système de soins (20 000 personnes).

Ce chiffre de 60 000 personnes d'âge actif, souvent très jeunes (5 000 hommes, 2 400 femmes meurent, chaque année, avant 25 ans), jeunes (12 000 hommes, 4 400 femmes entre 25 et 44 ans), ou moins jeunes (31 000 hommes, 11 000 femmes entre 44 et 65 ans), doit donner à réfléchir : il signe une déficience majeure de la santé publique en France, il trace les contours d'un enjeu essentiel, il dessine un horizon pour des priorités de santé publique.

*Les raisons* de la surmortalité prématurée en France sont claires.

En 1991 les causes de la mortalité avant 65 ans étaient :

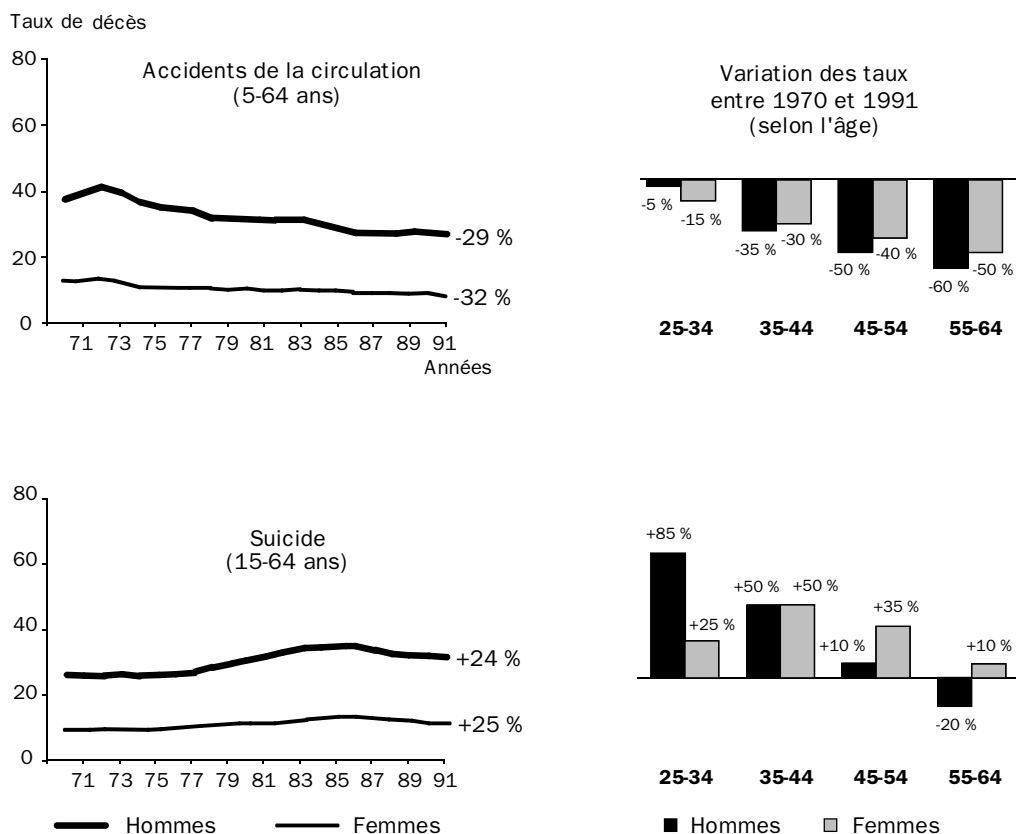
- les accidents et morts violentes, qui représentent 10 % de la mortalité totale mais 20 % de la mortalité prématurée, soit 25 013 personnes (dont 18 787 hommes) : accidents de la circulation (7 801), suicides (8 114), autres traumatismes (9 098). Le poids des accidents de la circulation et des suicides est particulièrement élevé en France ;
- les cancers (plus d'un décès sur trois), qui représentent 27 % de la mortalité générale mais 36 % de la mortalité prématurée : cancers du poumon (9 007 personnes dont 8 091 hommes) et les cancers des voies aérodigestives supérieures (6 857 personnes dont 6 357 hommes) dont l'impact est une spécificité française, liée à l'association alcool-tabac ;
- cirrhoses et psychoses liées à l'alcoolisme, qui représentent 2,3 % de la mortalité générale et 6 % de la mortalité



prématurée : 7 482 morts dont 5 406 chez les hommes. La tendance à la baisse est très marquée, puisqu'en 1980 l'on comptait encore 14 934 morts (dont 13 182 chez les hommes) ; – les cardiopathies ischémiques (9,4 % de la mortalité générale, 5,9 % de la mortalité prématurée) viennent ensuite avec 7 311 décès prématurés. Elles ne sont pas, on l'a vu, une particularité française péjorative.

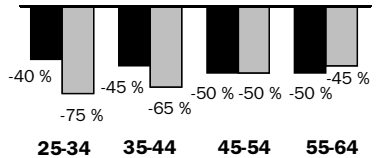
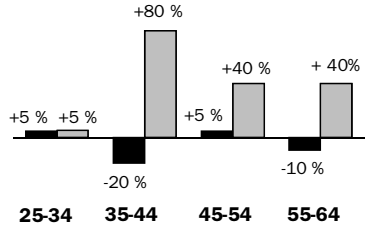
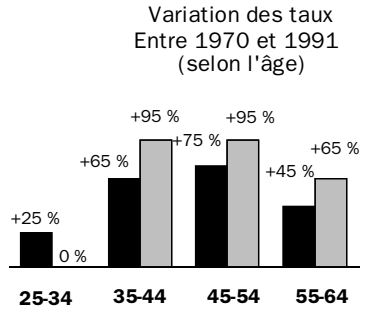
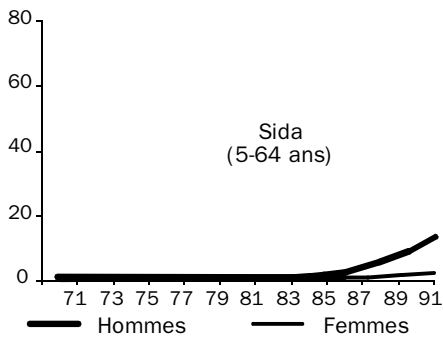
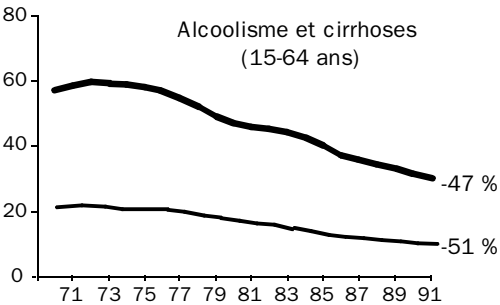
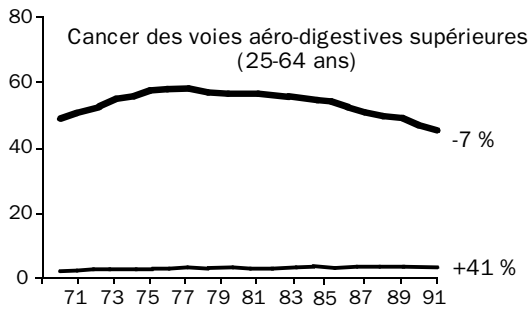
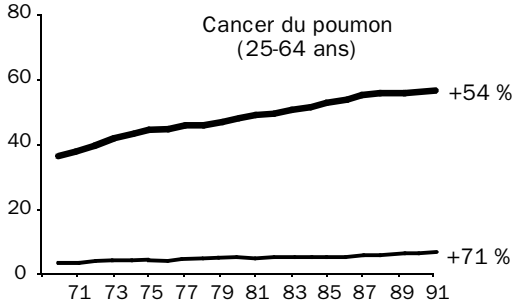
La figure 14 indique dans le détail les tendances sur 20 ans de ces causes majeures de mortalité prématurée. La période de 20 ans a été retenue, de préférence à l'étude de la décennie, parce qu'elle permet de dégager plus clairement les évolutions.

Figure 14 **Evolution des taux de décès - Par pathologies de 1970 à 1991**  
(taux standardisés par âge et variation selon les classes d'âges) <sup>1</sup>



1. Courbe lissée par moyenne mobile sur 3 ans.

Taux de décès



■ Hommes □ Femmes

Interprétation :

pour les hommes de 25 à 64 ans, les taux de décès par cancer du poumon ont progressé de 54 % entre 1970 et 1991 ; cette progression a atteint + 75 % entre 45 et 54 ans.

1. Courbe lissée par moyenne mobile sur 3 ans.

Source : Inserm-SC8.

Le cancer du poumon qui est corrélé au tabagisme est en croissance extrêmement forte. Suivent le suicide et le Sida. Ces causes de décès sont également en augmentation dans les pays voisins (sauf la Suède pour les suicides). Le cancer des VADS, l'alcoolisme et cirrhose qui sont encore à des niveaux très élevés, diminuent. Il en est de même pour les accidents de la route dont la diminution (-25 % sur vingt ans) est cependant nettement moins prononcée qu'en Allemagne (-65 %), en Grande-Bretagne (-35 %) ou en Italie (-45 %).

Que peut-on dire des prévisions de la mortalité pour le facteur de risque le plus meurtrier après les accidents : le tabagisme. Il provoque 60 000 morts par an dont la moitié sont prématurés (cancers du poumon, cancers des VADS, mortalité cardiovasculaire) ? Compte tenu d'une part de l'inertie lié au temps s'écoulant entre le début de l'usage du tabac et l'apparition clinique des maladies (plusieurs décennies pour le cancer du poumon), et d'autre part des caractéristiques de la consommation (stabilité à tous les âges, avec chez les adultes une augmentation de la consommation des femmes, et, chez les 12-18 ans, une proportion de 25 % de fumeurs réguliers chez les garçons et filles), les prévisions de la mortalité liée au tabagisme à l'horizon 2025 sont alarmantes (165 000 décès, 110 000 chez l'homme et 55 000 chez la femme), Il est possible d'enrayer cette épidémie mortelle et d'espérer, à l'instar du Royaume-Uni, une stabilisation puis une diminution de la mortalité masculine pour le cancer du poumon. Pour les femmes, tous les efforts doivent tendre à casser la progression de la consommation afin d'enrayer la croissance actuelle du taux de mortalité pour le cancer du poumon (plus du doublement à l'horizon en 2010).

Si l'on raisonne en termes d'*années potentielles de vie perdue (APVP)*, notion qui prend en compte la plus ou moins grande précocité des décès, ce sont les accidents et morts violentes qui ont le poids le plus lourd (un tiers contre un quart pour les tumeurs).

### ***La mortalité évitable***

Décomposons la mortalité prématurée selon trois composantes :

- causes de décès évitables liées principalement à un comportement individuel à risque (« mortalité évitable liée aux risques individuels ») ;
- causes de décès évitables pour lesquelles le rôle du système de soins ou de dépistage est important, même si le comportement individuel influe encore (« mortalité évitable liée au système de soins ») ;
- autres causes de décès.

---

L'on peut estimer en 1991 que la mortalité évitable représente 53 % des décès prématurés (35 % pour la mortalité évitable liée aux comportements individuels à risque, 18 % pour la mortalité évitable par le système de soins). Ainsi 60 000 décès, antérieurs à 65 ans sont considérés comme évitables (40 000 par les comportements, 20 000 par le système de soins).

Le poids de la *mortalité évitable liée aux comportements à risque* apparaît deux fois plus élevé chez les hommes (40 % contre 22 % chez les femmes). Il a eu tendance à augmenter entre 1981 et 1991. Il varie selon l'âge et joue le rôle le plus important entre 25 et 44 ans (les causes de mortalité évitable liées aux comportements à risque représentent, entre 25 et 44 ans, la moitié des décès pour les hommes et plus d'un tiers pour les femmes). Cinq pathologies prédominent dans des proportions proches : cancer du poumon (poids un peu plus élevé) puis suicide, alcoolisme, accident de la circulation et cancer VADS. Chez les femmes, trois causes arrivent largement en tête : alcoolisme, suicide et accidents de la circulation. La mortalité par Sida occupe pour l'instant une place limitée.

En 1991, un total de 3 551 décès par Sida ont été enregistrés en France. Ces 3 551 décès représentent 0,7 % du total des décès toutes causes survenus en 1991. Cette part est nettement plus élevée pour le sexe masculin (1,1 % contre 0,2 % pour les femmes).

La proportion de décès dus au Sida augmente fortement pour les groupes d'âge jeune. Ainsi pour les décès survenus entre 25 et 44 ans, la part du Sida atteint 10,6 % chez les hommes et 4,6 % chez les femmes. Pour les hommes entre 25 et 44 ans, le Sida a ainsi un poids équivalent à celui des maladies de l'appareil circulatoire (12 %) et les autres accidents (12 %).

La part des décès par Sida par rapport à la mortalité toutes causes varie très fortement selon les grandes villes française. Pour les hommes, deux villes ressortent très nettement : Nice et Paris. Dans ces deux villes, le Sida représente, en 1991, quatre décès sur dix entre 25 et 44 ans.

Pour les femmes, c'est la ville de Nice qui apparaît la plus touchée (un décès sur 4 entre 25 et 44 ans).

A titre de comparaison, aux États-Unis, le Sida a représenté durant la même période 1,5 % du total des décès pour l'ensemble de la population, 19,9 % des décès entre 25 et 44 ans chez les hommes et 7,3 % des décès chez les femmes. Ces proportions sont ainsi environ doubles de celles observées en France (le Sida constitue aux États-Unis, la deuxième cause de décès pour l'ensemble des décès survenus entre 25 et 44 ans et la première cause de décès chez les hommes de cette même classe d'âge).

Pour la *mortalité évitable liée au système de soins*, le poids des différentes causes est très différent selon les deux sexes. Chez l'homme, presque huit décès sur dix sont dus à des maladies de

l'appareil circulatoire (50 % pour les maladies ischémiques), alors que, pour la femme, c'est le cancer du sein qui constitue presque la moitié des décès.

Avec un taux de 12,1 pour 100 000 naissances vivantes en 1992 soit 90 morts maternelles par an (décès survenu pendant la grossesse ou 42 jours après l'accouchement), sous-évalué d'après l'Inserm d'environ 50 %, la France se situe au 10<sup>e</sup> rang en Europe, loin derrière la Grande – Bretagne qui, avec un système d'enregistrement très rigoureux, présente un taux de 8,5 pour 100 000.

Si le critère de bon état de santé d'une population est, non pas l'espérance de vie moyenne ou l'espérance de vie sans incapacité, mais l'importance de la mortalité « prématurée », avant 65 ans, la situation de la France doit être reconnue comme mauvaise (120 000 personnes). Le jugement sera encore plus négatif si l'on s'intéresse à la mortalité dite évitable (60 000 personnes). L'on peut s'étonner à cet égard des moyens très faibles donnés à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, causes majeures, de la mort d'environ 100 000 hommes à tous les âges (60 000 par le tabac -40 000 par l'alcoolisme), soit prèsqu'un cinquième de l'ensemble des décès annuels.

**Le poids  
des maladies  
chroniques  
et liées au  
comportement**

***Les pathologies liées aux comportements***

Nous nous intéressons ici, non plus au versant « mortalité » de l'état de santé, mais aux aspects liés à la morbidité. Celle-ci est, comme l'explique le groupe 3 dans le volume annexe, relativement mal connue par le système d'information français.

On a vu le rôle prépondérant des comportements dangereux (consommation de tabac, d'alcool, de psychotropes, vitesse, conduites sexuelles à risques) dans l'explication de la surmortalité prématurée et évitable. Celles-ci ont également d'importants effets au niveau des pathologies et des incapacités. C'est ce point que nous étudierons ici, renvoyant pour les données sur les consommations et les comportements à la partie « Facteurs explicatifs » consacrée aux déterminants (p. 151). *L'alcoolisme* est source d'une morbidité non immédiatement létale, en particulier dans le domaine digestif, neurologique et psychiatrique. Il est un facteur d'aggravation des autres pathologies, en diminuant la résistance de l'organisme et ses facultés à récupérer. L'incidence du syndrome d'alcoolisme fœtal s'établit à environ 1 000 cas par an. Bien que peu d'études aient été réalisées sur le sujet – ce qui est significatif du déni dont ce problème fait l'objet – on sait que 29,5 % des hommes et 11,1 % des femmes de la clientèle des généralistes est constituée de buveurs excessifs (plus de 28 verres par semaine pour les hommes, 14 pour les femmes) à risque ou déjà

---

malades<sup>1</sup>. Une partie non négligeable des services d'urgence et des lits d'hôpitaux est occupée par des malades de l'alcool (entre 15 et 35 % suivant les études), sans parler des hôpitaux psychiatriques qui sont en France le « lieu d'accueil » d'un grand nombre d'entre eux.

*Le tabagisme* est la source d'une morbidité considérable : les insuffisances chroniques respiratoires, les accidents cardiaques et vasculaires cérébraux, les artérites, l'ostéoporose postménopausique, les infections des voies aériennes chez les enfants de parents fumeurs exposent à des incapacités et des handicaps dont l'impact épidémiologique et le retentissement économique devraient être mesurés. Le tabagisme favorise aussi l'apparition d'autres cancers que celui du poumon (VADS et vessie) et n'est pas étranger à l'importance de l'hypotrophie chez les nouveau nés.

Même une faible quantité de tabac augmente considérablement les risques. L'étude conjointe des effets de la dose (nombre de cigarettes par jour) et de la durée (nombre d'années de tabagisme) du tabagisme montre que le risque de cancer du poumon est proportionnel au nombre de cigarettes consommées multiplié par la durée du tabagisme à la puissance quatre ou cinq. Il n'existe pas de seuil au-dessous duquel fumer régulièrement (tous les jours) n'expose pas à un excès de risque de cancer du poumon<sup>2</sup>.

*La toxicomanie*, c'est-à-dire la prise de produits toxiques illicites (héroïne, cocaïne, cannabis, LSD, colles et solvants) mais aussi licites – consommation en dehors des prescriptions normales des psychotropes, tranquillisants, hypnotiques, anti-dépresseurs, barbituriques – est difficile à mesurer en raison même de sa clandestinité. Par l'enquête annuelle Sesi du mois de novembre, les toxicomanes fréquentant le dispositif de prise en charge sont évalués à 37 236 en 1992<sup>3</sup>. Ce chiffre est difficile à interpréter en termes de prévalence de la dépendance de la dépendance à ces produits, puisqu'il s'agit d'un indicateur de fréquentation d'établissements et de services et que le facteur « offre » se combine au paramètre « demande ».

La polémique sur l'importance relative du phénomène en France par rapport à d'autres pays, notamment ceux qui ont plus ou moins dépénalisé certains produits comme l'Italie, l'Espagne, les

- 
1. *Prévalence des risques et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte des médecins généralistes en métropole*, HUAS (D.), ALLEMAND (H.), LOISEAU (D.), PESSIONE (F.), RUEFF (B.), 1993.
  2. DOLL (R.), PETO (R.), « Cigarette smoking and bronchial carcinoma : dose and time relationship among regular smokers and lifelong non-smokers », *Journal of epidemiology and Community health*, 32,303-313, 1987.
  3. Sesi « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1992 », *op. cit.*

Pays-Bas et l'Allemagne est assez vaine, en raison du flou sur les chiffres (voir analyses du groupe 2).

Si le caractère directement létal de la toxicomanie – mesuré par l'indicateur d'ailleurs sous-renseigné, « overdose » (454 en 1993, 172 en 1980, 5 en 1970) – semble limité, son caractère indirectement mortel est important, notamment par l'intermédiaire du Sida. L'enquête du Sesi évalue à 32 % le pourcentage de toxicomanes séropositifs parmi les toxicomanes dont le statut sérologique est connu, toujours au sein de la population prise en charge dans les structures sanitaires et sociales.

Les autres effets de la toxicomanie sur la santé sont nombreux : hépatites, dégradation de l'état général, troubles infectieux, optiques et dermatologiques, accidents divers.

Ces trois grandes formes de dépendances se caractérisent par leur combinaison de plus en plus fréquente et par rajeunissement de ceux qui en sont les victimes.

Autres pathologies liées au comportement : *les maladies sexuellement transmissibles*. Elles sont surveillées par différents réseaux de laboratoires ou de médecins généralistes ainsi que par les dispensaires anti-vénériens, ce qui permet seulement de saisir les tendances de l'évolution de ces pathologies.

L'incidence des gonococcies est fortement décroissante depuis 1985. Il en est de même des urétrites masculines, pathologie considérée comme assez représentative des MST. Les chlamydiae représentent 20 % des diagnostics de MST dans les dispensaires anti-vénériens. Elles touchent essentiellement les sujets jeunes (âgés de moins de 30 ans) et davantage les femmes que les hommes. De plus, c'est un germe fréquemment en cause dans les stérilités. L'enquête décennale Santé fait apparaître en 1991 pour les pathologies génito-urinaires un taux de morbidité prévalente de 2,7 % et une morbidité incidente aiguë de 3,3 % par rapport à l'ensemble des maladies déclarées.

Il semble que les MST, qui représentent une cause majeure de stérilité, ne soient pas en augmentation. Toutefois compte tenu de leur association fréquente avec le VIH et des complications qu'elles peuvent entraîner, il est nécessaire d'améliorer leur dépistage et leur prévention.

Nous avons vu plus haut les effets du Sida sur la mortalité. L'infection à VIH est encore mal connue parce que l'épidémie se déroule sous nos yeux, ce qui explique en partie que l'on raisonne ici, en termes de cas *cumulés* depuis le premier cas déclaré (1982). La particularité en termes de morbidité est de se décomposer en une phase de séropositivité dont le caractère de maladie est peu sensible (cette période peut dépasser dix ans), suivie d'une phase de maladie chronique plus ou moins longue (durée moyenne : deux ans) entrecoupée d'épisodes plus ou moins

---

aigus (maladies opportunistes, mycoses, rétinites) et graves (toxoplasmose, tuberculose, encéphalopathie).

Comme beaucoup de maladies chroniques graves et peut-être plus encore, le Sida est une « maladie qui donne le temps de mourir et qui donne à la mort le temps de vivre, le temps de découvrir le temps et de découvrir enfin la vie <sup>1</sup>. »

Quelles sont les grandes tendances de l'épidémie ?

– Une aggravation quantitative et qualitative de la morbidité liée au Sida : au 31 décembre 1993, 30 003 cas cumulés de Sida avaient été déclarés en France. Compte tenu des délais de déclaration et de la sous-déclaration (entre 10 et 20 % des cas), le nombre réel de cas diagnostiqués se situe autour de 40 000 cas depuis le début de l'épidémie. Le nombre de cas diagnostiqués au cours des 2 dernières années est respectivement de 5 022 et 5 105, soit un taux d'accroissement de 7,6 % entre 1992 et 1993. Le nombre de patients infectés, pris en charge dans les établissements de soins, augmente au cours du temps, l'augmentation étant particulièrement marquée pour les patients atteints de Sida. Chez ces malades, les formes cliniques les plus graves, survenant à un stade avancé de la maladie, sont en forte progression <sup>2</sup>.

– Des disparités de répartition importantes qui se maintiennent dans le temps :

- *disparités géographiques* : l'Ile-de-France et les régions Antilles-Guyane et Provence-Alpes-Côte d'azur, les premières touchées, représentent 61 % des cas diagnostiqués sur les douze derniers mois. Le taux de cas de Sida cumulés pour 1 000 habitants se situe autour de 1 dans ces trois régions et autour de 0,4 pour 1 000 pour les trois suivantes : Languedoc-Roussillon, Aquitaine et Midi-Pyrénées ;

- *disparités d'âge et de sexe* : 85 % des cas de Sida diagnostiqués en 1993 et 80 à 90 % des séropositifs dépistés ont entre 20 et 50 ans. La moyenne d'âge des cas de Sida et des séropositifs est en légère augmentation au cours du temps. Sur la même année 1993, on compte quatre hommes pour une femme parmi les cas de Sida, mais la proportion de femmes augmente au cours du temps ;

- *disparités suivant les groupes de transmission* : les homosexuels masculins représentent 39 % des cas de Sida diagnostiqués en 1993, les toxicomanes 28 %, les hétérosexuels 16 %, les hémophiles et transfusés 4 % et les enfants infectés par voie materno-fœtale 0,6 %. La part des hémophiles/transfusés se réduit au cours du temps, en raison, notamment, du

---

1. GUIBERT (H.), *Cytomégalo virus : journal d'hospitalisation*, Seuil, Paris, 1994, 92 p.

2. Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, *Mission sida, soins et sida. les chiffres clés*, MASSV, Paris, mars 1994.



dépistage obligatoire sur les dons de sang et du chauffage des facteurs de coagulation. L'augmentation des cas est plus forte dans le groupe des hétérosexuels (+25 % entre 1992 et 1993), que dans les autres groupes. Cette croissance importante est surtout liée à la transmission sexuelle à partir de sujets toxicomanes ou de sujets séropositifs dont ne connaît pas le mode de contamination et à l'augmentation du nombre de femmes d'origine africaine ou partenaires de sujets de même origine. Ces tendances sont confirmées par les résultats des enquêtes de prévalence et de mesure de l'activité de dépistage.

Néanmoins, dans le groupe des hétérosexuels, le poids de l'épidémie reste faible par rapport aux autres groupes de transmission : en 1993, le taux de cas de Sida hétérosexuels rapportés à l'ensemble de la population hétérosexuelle est environ 150 fois moins important que le taux d'incidence chez les homo-bisexuels et environ 700 fois moins important que chez les toxicomanes.

– Estimation de la population séropositive : un premier rapport publié fin 1990 permettait de fixer une fourchette vraisemblable qui se situait entre 85 000 et 195 000 personnes. Les études développées depuis (en particulier l'étude sur le comportement sexuel des Français et les études de prévalence) ont permis d'affiner les estimations. La fourchette vraisemblable se situe dans la partie basse de celle donnée précédemment, soit à environ 100 000 personnes.

Cette stabilité, voire une baisse de la prévalence de l'infection par le VIH en France peut être expliquée par un nombre de nouvelles contaminations égal ou inférieur au nombre de décès, compte tenu du nombre de décès en forte progression dans la population séropositive. En outre, des enquêtes de prévalence (Priva Dav et Priva gest) montrent que cette stabilité globale s'accompagne d'un taux élevé de nouvelles contaminations pour certains sous-groupes, en particulier celui des homosexuels masculins fréquentant les dispensaires antivénériens, et ayant eu antérieurement un dépistage négatif, mais en revanche d'une diminution des nouvelles contaminations dans d'autres groupes (toxicomanes) <sup>1</sup>.

Signalons pour finir la place des *hépatites* dont l'incidence, en réalité très mal connue, semble être en augmentation. Les virus responsables des hépatites ont été identifiés progressivement depuis trente ans. Parmi les six virus connus, nous ne retiendrons

---

1. MEYER (L.), COUTURIER (E.), BROSSARD (Y.), Groupe Prévadav, « Prévalence de l'infection par le VIH chez les patients consultants pour suspicion de MST (Prévadav : 2<sup>e</sup> année) » in *BEH*, n° 27, 1993.  
COUTURIER (E.), BROSSARD (Y.), LARSEN (Y.) et al., « Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne. Une enquête anonyme non corrélée : Prévagest (II<sup>e</sup> année : 1992-1993) », in *BEH*, n° 38, 1993.

---

que l'hépatite A (26 000 cas nouveaux déclarés par la France à l'OMS en 1992), l'hépatite B (8 500 cas nouveaux déclarés en 1992 mais on estime, à partir des centres de transfusion sanguine qu'environ deux millions d'adultes ont été infectés par ce virus et que 10 % d'entre eux sont porteurs chroniques de l'antigène HBS et contagieux).

Ces virus se transmettent par voie sexuelle, sanguine et materno-fœtale. La fréquence de l'hépatite C qui se transmet essentiellement par voie sanguine est encore plus méconnue. Les hépatites B et C posent un important problème de santé publique en raison des risques de passage à la chronicité, celle-ci pouvant évoluer vers la cirrhose ou l'hépatocarcinome. Le phénomène n'est cependant pas nouveau : son ampleur est en partie un effet des nouvelles possibilités de détection et de reconnaissance. La méconnaissance de la situation épidémiologique empêche de se prononcer sur le sérieux des pronostics parfois alarmistes sur la prévalence dans les années à venir de ce type d'affection. Les vaccinations contre l'hépatite B (depuis 1981) et contre l'hépatite A (depuis 1992) devraient au contraire en diminuer la fréquence. Dans ce domaine sensible et important, il est particulièrement nécessaire de développer la surveillance et le suivi épidémiologique.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une pathologie liée au comportement, nous rattacherons à ce chapitre la tuberculose en raison de sa contagiosité et de sa liaison actuelle avec le Sida.

La mortalité et la morbidité par *tuberculose* qui s'établissaient respectivement en 1980 à 80 cas pour un million d'habitants et à un taux d'incidence de 63 pour 100 000 habitants, ont progressivement diminué jusqu'à un taux de mortalité 15 pour un million et à une incidence de 15,9 pour 100 000 en 1992. Le taux de létalité est inférieur à 10 % et continue à baisser.

9 220 cas ont été recensés en France en 1992, ce qui a représenté, pour la première fois depuis des décennies, une augmentation des cas déclarés par rapport à l'année précédente. La maladie a été responsable de 805 décès en 1992. La tendance à l'augmentation semble s'être poursuivie en 1993 (9 678 cas suivant des données provisoires). Le statut sérologique pour le VIH des tuberculeux était, connu dans 39 % des cas : le nombre de séropositifs tuberculeux recensés était de 603 sur 8 820 cas de tuberculeux déclarés en 1991. Il faut être vigilant, compte tenu de l'existence de souches multirésistantes chez les sidéens aux États-Unis, phénomène dont la France semble être à l'abri jusqu'à maintenant.

A la fin de ce passage en revue des maladies liées à des conduites dites à risque, il nous faut rappeler que la vitesse excessive (notamment quand elle est associée à l'alcool ou aux psychotropes) provoque non seulement des accidents mortels mais de

nombreuses incapacités et handicaps et que les tentatives de suicide (dont le nombre est évalué à 100 000 par an) laissent non seulement des traces psychiques mais des traces physiques (blessures, handicaps).

### *Le mal-être psychologique et social*

Est inclus dans cette rubrique le champ des troubles psychologiques qui ne se rattache pas aux grandes pathologies mentales chroniques, parce qu'il est lié à un mal-être qui peut être profond et durable (dépressions) ou se traduire par des manifestations aiguës mais ne relève pas habituellement d'un arsenal thérapeutique lourd. Attachons nous d'abord à ce que l'enquête décennale désigne comme « troubles mentaux et du sommeil ».

Ceux-ci touchent 22,8 % des femmes et 12,9 % des hommes. « Ces affections sont dominées par les insomnies qui touchent 6,5 % des personnes, les dépressions qui concernent 4,9 % des individus et l'anxiété 4,7 %<sup>1</sup>. »

Elles représentent 5,5 % des maladies déclarées en 1991 et 5,4 % en 1980. Dans le cadre de la légère augmentation des maladies déclarées entre ces deux dates, les troubles mentaux et du sommeil ont donc cru dans la même proportion au cours de la dernière décennie, alors qu'ils avaient presque doublé entre 1970 et 1980, donnant alors lieu aux hypothèses d'interprétation suivantes de P. Aiach : « *pathologisation et psychopathologisation de certains faits sociaux, multiplication des ventes de médicaments psychotropes, généralisation de l'enseignement de la psychiatrie en médecine, participation des médecins à la tendance ambiante à la psychopathologisation, en relation avec une certaine revendication des généralistes quant à se reconnaître un rôle prépondérant en matière de troubles « psy », et une tendance des patients à interpréter leurs troubles en termes « psy » et à chercher une aide auprès de leur médecin*<sup>2</sup>. »

Joue actuellement le fait que les situations éprouvantes pour les individus sont nombreuses : modes de vie stressants, chômage de longue durée, menaces de précarisation, isolement social. Elles sont responsables de souffrance psychique et exposent à des risques : problèmes de santé mentale plus sévères, conduites menaçant la vie comme le suicide, ou menaçant la société, comme la violence, abus de produits toxiques pour la santé (alcool, tabac, drogues). Ces situations sont très inégalement réparties (banlieues défavorisées, zones de destructuration industrielle).

---

1. SERMET (C.), *op. cit.*

2. BRUCKER (G.), FASSIN (D.), Santé publique, Éd. Marketing, Paris, 1989.

---

Un autre signe de l'importance de ce malaise psychologique est *la consommation de psychotropes* : 8,6 % des hommes et 13,7 % des femmes de plus de 18 ans prennent au moins une fois par semaine, et depuis au moins six mois, des médicaments psychotropes (somnifères, tranquillisants, barbituriques, antidépresseurs). Chez les chômeurs, la proportion est de 1,8 fois plus élevée que la moyenne. Le lien entre la prise de ces médicaments et l'estimation de son propre état de santé est très fort : un homme qui s'estime en bonne santé en prend 25 % moins souvent, une femme 45 % fois moins souvent.

La tendance au traitement psychiatrique des problèmes sociaux a été vivement dénoncé dans le livre blanc de l'Association nationale des présidents et vice-présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers de psychiatrie 1994.

Dans son livre *Des Paradis pleins la tête*, E. Zarifian en souligne non seulement les effets iatrogènes mais les dangers éthiques : la souffrance psychique n'est pas nécessairement une maladie, elle est aussi une dimension irréductible de l'existence humaine, dimension à laquelle il peut être donné du sens et de la valeur. « *Il n'est pas normal que la France soit le premier consommateur au monde de tranquillisants, sauf à supposer que nous sommes un pays en grand danger social. Si la quantité est excessive, c'est que des personnes qui ne sont pas des « malades » consomment des psychotropes. On a parlé de « produits de confort » dans ce cas, mais s'agit-il encore de médicaments ou de « drogues sociales » ? Tout abus est dangereux : pour l'individu chez qui on anesthésie l'affectif et la vigilance et pour la société qui ne se bat plus contre l'adversité*<sup>1</sup>. »

Passant de la psychopathologie de la vie quotidienne à des troubles plus importants qui se manifestent par des violences à soi-même (suicides, tentatives de suicide) ou aux autres (retenons ici les sévices à enfants), l'on peut s'appuyer sur les données suivantes.

### ***Suicides et tentatives de suicide***

Comme le montre le rapport de M. Debout fait pour le Conseil économique et social, les statistiques sur le suicide et *a fortiori* sur les tentatives de suicide sont peu fiables et sous-évaluées (à 20 % ?)<sup>2</sup>.

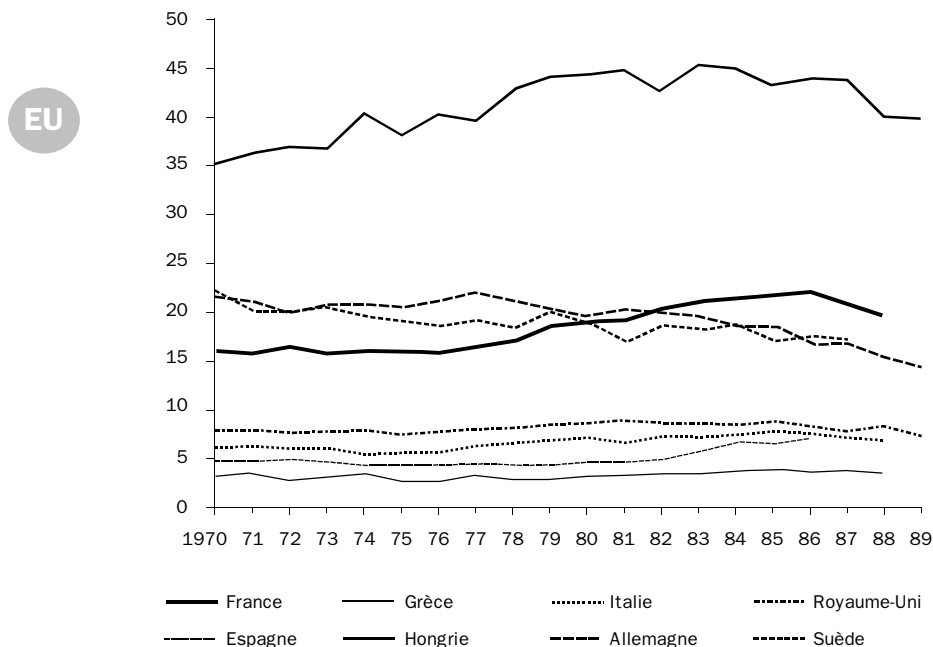
La mortalité par suicide en France est élevée : 11 502 décès en 1991 soit 2,2 % des décès. Comme le montrent la figure qui suit, la France a un taux de suicide important et, sur vingt ans, des tendances plus défavorables que la plupart de ses voisins.

---

1. ZARIFIAN (E.), *Des Paradis pleins la tête*, Odile Jacob, Paris, 1994.

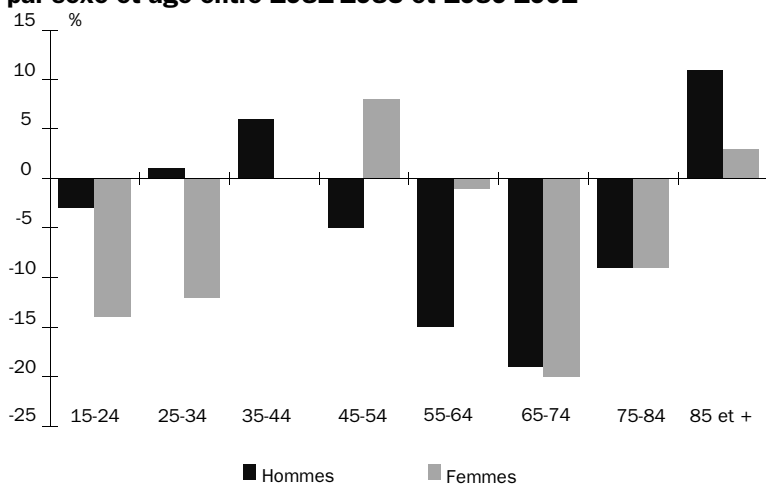
2. DEBOUT (M.), *Le Suicide*, Direction des journaux officiels, Paris, 1993.

Figure 15 **Evolution des taux standardisés de mortalité par suicides dans différents pays**



Source : OMS.

Figure 16 **Evolution en pourcentage des taux de mortalité par suicide par sexe et âge entre 1981-1983 et 1989-1991**



Source : Inserm-ORS.

---

Les hommes se suicident 2,5 fois plus que les femmes. Le groupe d'âge le plus concerné (plus de 20 sur 100 000) est le groupe des plus de 70 ans. En 1990, plus de 800 jeunes de moins de 25 ans se sont suicidés. Entre 15 et 24 ans, le suicide représente la deuxième cause de mortalité après les accidents. L'évolution des taux de suicide entre 1981 et 1991 est particulièrement inquiétante dans le groupe des jeunes adultes hommes de 35 à 44 ans (+6 %), des femmes de 45 à 54 ans (+8 %) et des personnes de plus de 85 ans (+11 % chez les hommes) comme le montre la figure 16.

La question des tentatives de suicide sera abordée dans la partie « La persistance des comportements à risque » (p. 151).

### *Sévi­ces à enfants*

Ceux-ci sont un peu arbitrairement rattachés à ce chapitre. L'origine des conduites violentes intrafamiliales n'est pas nécessairement psychiatrique. Elle s'enracine en général dans les troubles affectifs au cours de l'enfance du parent violent. Elle est souvent corrélée à l'alcoolisme. L'impact psychologique sur la famille et bien évidemment sur les victimes de la maltraitance est considérable.

Nous reprendrons ici la définition proposée par la commission Barrot en décembre 1988.

« On désigne communément sous le vocable d'enfants maltraités les enfants victimes, de la part de leurs parents ou d'adultes en ayant la garde, soit de brutalités volontaires, soit d'une absence intentionnelle de soins entraînant des lésions physiques ou des troubles de l'état général. On y inclut également les enfants victimes de comportements plus difficiles à mettre en évidence, car ne laissant pas de trace physique : brutalités mieux contrôlées, comportements sadiques, manifestations de rejet, de mépris, d'abandon affectif, exigences éducatives disproportionnées... Leur retentissement sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être aussi grave que celui des sévi­ces corporels <sup>1</sup>. »

Environ 40 000 enfants sont, chaque année, signalés et pris en charge par la justice ou l'aide sociale à l'enfance. L'enquête nationale réalisée par M. Choquet et S. Ledoux (Inserm) auprès de 13 000 enfants scolarisés en 1992 révèle que 0,7 % des garçons et 9 % des filles se déclarent avoir été victimes de violences sexuelles <sup>2</sup>. Les mauvais traitements occasionnent 600 décès par an et un nombre important, bien que difficilement chiffrable avec précision, d'incapacités physiques mais surtout

---

1. Commission Barrot.

2. CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), *Adolescents*, Inserm, Paris, 1994.

des troubles considérables du développement psychoaffectif des enfants qui les subissent.

Dans l'enfance, ces troubles se traduisent par des problèmes de comportement (inhibition, passivité ou au contraire agitation et instabilité, fugues, absentéisme et échec scolaires). Plus tard, ils se traduisent par des difficultés d'intégration sociale et par des difficultés dans les relations avec leurs propres enfants.

### *Les maladies chroniques*

On l'a vu, l'espérance de vie sans incapacité est élevée et tend plutôt à s'améliorer. Mais si « la pandémie des malades chroniques » qu'annonçaient certains épidémiologistes n'est pas à l'ordre du jour, les maladies de la population française tendent à se chroniciser parce que les progrès de la médecine ont transformé des maladies rapidement mortelles en maladies chroniques (mucoviscidose, insuffisance rénale, cardiaque etc.) ou ont allongé la durée de vie des malades chroniques (insuffisants respiratoires, diabétiques, etc.) enfin, en raison du vieillissement de la population (après 80 ans les personnes déclarent plus de huit maladies un jour donné contre 3,3 dans la population moyenne).

Il y a aussi de nouvelles sources de production de maladies chroniques dans le développement d'un certain « mal-être » (problèmes de santé mentale), dans certaines détériorations de l'environnement (asthmes) et aussi probablement dans les modes de vie (dorsalgies).

Nous verrons successivement les maladies mentales et les autres pathologies chroniques.

### *Les maladies mentales*

D'une certaine façon comme le dit, Édouard Zarifian dans *Des Paradis plein la tête*, « les maladies mentales n'existent pas » : moins encore que les maladies somatiques, elles répondent au modèle biomédical linéaire du symptôme, diagnostic-traitement <sup>1</sup>.

Chaque trouble psychique « du plus banal (l'anxiété) au plus complexe (le monde des schizophrénies), s'exprime de manière multiforme. Les symptômes (crise d'angoisse, hallucination, humeur dépressive) renvoient à des mécanismes biologiques et peuvent être traités par des médicaments. Toutefois, le biologique n'est qu'un aspect d'une trilogie qui comprend aussi le psychologique et le social. » Aussi, une des spécificités de la « maladie mentale » est-elle que le processus thérapeutique implique le patient dans la globalité de son être et qu'il engage

---

1. ZARIFIAN (E.), *op. cit.*

---

encore bien davantage que les maladies somatiques, le regard et la compréhension de l'entourage et de la société toute entière.

Du point de vue du regard des professionnels, la dernière décennie s'est caractérisée par ce que M. Demangeat appelle « le retour de Babel », à savoir la multiplication des théories et des techniques thérapeutiques : théories neurobiologiques, sociales et communautaires, doctrines comportementalistes ou psychanalytiques avec leurs déclinaisons institutionnelles, qui se traduisent par autant de types de prise en charge : médicamenteuses, psychothérapies individuelles, familiales de groupe, systémiques, etc.

La prévalence de la pathologie psychiatrique lourde (psychoses, névroses, troubles de la personnalité etc.) dans la population générale n'est pas mesurée. On l'appréhende à travers les rapports annuels des secteurs en psychiatrie et on peut l'analyser plus finement grâce à une enquête réalisée en mars 1993 par la Direction générale de la santé et le Centre Inserm collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale. Celle-ci porte sur les patients fréquentant les secteurs de psychiatrie générale. Les limites de ce travail tiennent au fait qu'il s'agit d'une enquête de clientèle, ceci auprès d'une partie seulement du dispositif de prise en charge (le dispositif spécialisé public et au sein de celui-ci 411 secteurs de psychiatrie générale sur 800) et aussi d'une coupe transversale, c'est-à-dire d'une photographie pendant la durée de l'enquête, ce qui sur-représente les pathologies ayant requis des soins intensifs pendant cette période <sup>1</sup>.

Les rapports annuels des secteurs de psychiatrie montrent la progression de la file active des secteurs de psychiatrie : 660 000 adultes en 1981, 760 000 en 1991 ; 201 000 enfants en 1986, 260 000 enfants en 1991. Pour mieux connaître la population adulte appuyons nous sur l'enquête précitée.

Sur 103 000 personnes suivies pendant la période de l'enquête, 63 % le sont en ambulatoire, 12 % sont en hospitalisation à temps partiel et 25 % à temps complet.

La répartition par sexe et âge est assez voisine de celle observée en population générale. Avec 48 % d'hommes et 52 % de femmes, le sex ratio de la population suivie par le secteur est comparable à celui de la population générale. Les moins de 20 ans représentent à peine 2 % de l'ensemble. La répartition par âge de la population suivie par les secteurs est proche de celle de la population générale âgée de 20 ans et plus.

---

1. BOISGUÉRIN (B.), PARAYRE (C.), QUEMADA (N.), « La clientèle du dispositif de soins sectorisé de psychiatrie. Premiers résultats d'une enquête nationale » in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 7.



*La prise en charge est diversifiée.* Cinq pathologies regroupent 58 % des patients. Les diagnostics les plus fréquents sont la schizophrénie (23 %), la dépression (12 %), les « autres troubles délirants » (8 %), les troubles de la personnalité (8 %) et les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (7 %). Cette répartition varie selon le sexe des patients ; ainsi la schizophrénie et les troubles liés à l'alcool sont plus répandus chez les hommes, tandis que la dépression l'est plus chez les femmes.

Elle diffère également en fonction du mode de prise en charge : les patients ayant un diagnostic de schizophrénie représentent 24 % des hommes et 14 % des femmes suivis en ambulatoire, ils représentent 43 % des hommes et 29 % des femmes suivis à temps partiel. A l'inverse la dépression est plus fréquente parmi les patients suivis en ambulatoire (10 % des hommes et 19 % des femmes) que parmi ceux suivis à temps complet (4 % des hommes et 9 % des femmes). Y compris pour les patients les plus lourds, les prises en charge sont variées : les schizophrénies sont suivies à 50 % en ambulatoire, 19 % à temps partiel et 31 % à temps complet.

*L'isolement est une caractéristique spécifique.* Le célibat est beaucoup plus répandu chez les patients suivis et, à l'inverse, la situation de personne mariée y est plus rare. Ainsi 64 % des hommes et 38 % des femmes sont célibataires, pour 28 % des hommes et 22 % des femmes (âgés de 20 ans et plus) en population générale. Cet écart est observable pour tous les groupes d'âge. Si le célibat ne reflète pas la situation réelle, étant donné l'importance de la cohabitation hors mariage, la part des célibataires vivant seul constitue un indicateur d'isolement.

Chez les hommes comme chez les femmes, la part des célibataires et divorcés vivant seuls est plus importante dans la population des secteurs que dans la population générale : 35 % des hommes et 33 % des femmes célibataires vivent seuls pour 22 % des hommes et 25 % des femmes célibataires en population générale.

Ces deux effets se conjuguent et se traduisent par une part importante de personnes vivant seules : 31 % des hommes et 27 % des femmes vivent seuls (11 % des hommes et 17 % des femmes de 20 ans et plus en population générale). La part des personnes vivant seules par tranche d'âge est toujours beaucoup plus élevée dans la population des secteurs, exceptés les 75 ans et plus.

*Une faible insertion professionnelle et une autonomie financière limitée.* L'exercice d'une activité professionnelle est relativement rare chez les patients suivis par les secteurs de psychiatrie : 18 % ont une activité professionnelle en milieu ordinaire et 3 % en milieu protégé. Parmi les personnes âgées de 20 à 64

---

ans, les actifs ayant un emploi représentent 24 % des hommes et 26 % des femmes suivis par les secteurs, à comparer à des pourcentages de 76 % des hommes et 56 % des femmes en population générale.

Quelle que soit la tranche d'âge, la part des actifs ayant un emploi est plus de deux fois plus faible dans la population des secteurs.

32 % des hommes et 23 % des femmes perçoivent l'Allocation aux Adultes Handicapés.

Dans le champ de la santé mentale deux domaines sont appelés à se développer : celui de la pédopsychiatrie en raison de l'intérêt préventif à s'occuper précocement (même avant la naissance...) des problèmes psychologiques et celui de la gérontopsychiatrie, car la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées prennent une grande ampleur du fait de l'allongement de la durée moyenne de vie. Les données d'Eurodem montrent que la prévalence des démences en Europe progresse avec l'âge : de 1 % de 60 à 69 ans, à 35 % au-delà de 95 ans. L'étude française Paquid (programme de recherche personnes âgées quid) confirme que la prévalence des démences est aux alentours de 5 % au-delà de 65 ans, soit environ 350 000 personnes. Si les patients de moins de 65 ans sont inclus, le nombre total de démences s'élèverait en France environ à 500 000. Dans l'étude Paquid, la maladie d'Alzheimer représente 70 % des cas, la démence vasculaire 10 %, les autres causes se partageant les 20 % restant. Le nombre total de maladies d'Alzheimer s'établirait ainsi à 350 000.

En raison de leur nature particulière, du déni et du rejet dont ils font l'objet, mais aussi des nouvelles possibilités qu'offre la pharmacopée d'agir sur le cerveau (« bonheur sur ordonnance » ou « paradis pleins la tête »), les troubles de la « santé » mentale posent des problèmes éthiques particulièrement importants, autour du thème des droits des malades, du contrôle social et de la mise des cerveaux sous influence.

### *Les maladies chroniques somatiques*

Leur expansion se lit si l'on compare les enquêtes décennales 1980 et 1991 puisque nous l'avons vu, ce sont celles dont la prévalence a le plus augmenté (tumeurs, maladies endocriniennes et métaboliques, pathologies cardio-vasculaires, maladies dermatologiques, maladies ostéo-articulaires).

Nous en sélectionnerons quelques-unes regroupées selon deux axes :

– les « vieilles » pathologies chroniques lourdes (cancers, maladies cardio-vasculaires, diabète) ;

– les pathologies dont le développement apparaît comme un phénomène relativement nouveau.

### *Les « vieilles » pathologies chroniques*

Leur prévalence croissante est liée au vieillissement de la population. Il ne sera question ici que des cancers et du diabète.

*Les maladies cardio-vasculaires*, première cause de décès tous âges confondus et qui touchent 38 % de la population ont été étudiées dans la deuxième partie du rapport (p. 45).

Concernant les *cancers*, l'analyse de la morbidité est particulièrement difficile à dissocier de celle de la mortalité, pour des raisons structurelles (les taux de létalité très élevés) mais aussi parce que le système d'information en France est déficient sur l'incidence et la prévalence. Certes, des registres de cancer existent mais ils ne couvrent pas tout le territoire. La dernière enquête représentative sur l'incidence fournit des données sur la période 1978-1982<sup>1</sup>.

Les cancers occupent une place importante et croissante parmi les grandes pathologies. En 1990, en effet, ils ont été à l'origine de 140 000 décès, c'est-à-dire de 27 % du nombre total de décès. En 1954, 15 % des décès étaient provoqués par un cancer.

Les estimations de l'incidence des cancers en France, sont relativement anciennes puisqu'elles concernent la période 1978-1982. Elles font état de 164 000 nouveaux cancers annuels pendant cette période. Des travaux plus récents estiment à 221 000 l'incidence des cancers en 1990 : 118 000 chez les hommes et 103 000 chez les femmes.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont les mêmes, que l'on considère les décès par cancer de l'année 1990 ou l'incidence estimée pour cette même année :

- poumon, voies aérodigestives supérieures, prostate et colon-rectum chez l'homme ;
- sein, colon-rectum et utérus chez les femmes.

Le poids plus ou moins important des différentes localisations, selon que l'on considère les nouveaux cas ou les décès, s'explique essentiellement par les différences de survie après le diagnostic. Les taux de guérison sont en effet très variables d'un cancer à l'autre, même si, pour chaque cancer, le pronostic dépend surtout du stade et de l'extension de la tumeur au moment du diagnostic, et notamment de l'existence ou non de

---

1. BENHAMOU (E.), LAPLANCHE (A.), WARTELLE (M.) et al., *Incidence des cancers en France 1978-1982*, Inserm, Paris, 1990.

métastases. Pour des localisations fréquemment et rapidement létales comme le poumon, le poids dans la mortalité est plus élevé que le poids dans l'incidence. A l'inverse, le cancer du sein représente 25 % des nouveaux cas de cancers et 18 % des décès par cancers.

Les cancers les plus fréquents chez l'homme ont de faibles probabilités de survie à cinq ans : moins de 10 % pour le poumon et l'œsophage, 35 à 45 % pour la bouche et le pharynx. Les cancers du sein et de l'utérus sont en moyenne de meilleur pronostic : 60 à 70 % de survie à 5 ans pour le cancer du sein, 50 à 60 % pour le cancer du col de l'utérus.

Cette situation explique en grande partie la forte surmortalité masculine pour cette pathologie (2,3 pour l'ensemble des cancers en 1990), surtout importante pour les cancers des voies aérodigestives supérieures et du poumon. Pour ces localisations, la mortalité chez les hommes est, en effet, 9 à 23 fois plus élevée que chez les femmes en 1990, et la différence entre les deux sexes s'est creusée entre 1950 et 1990.

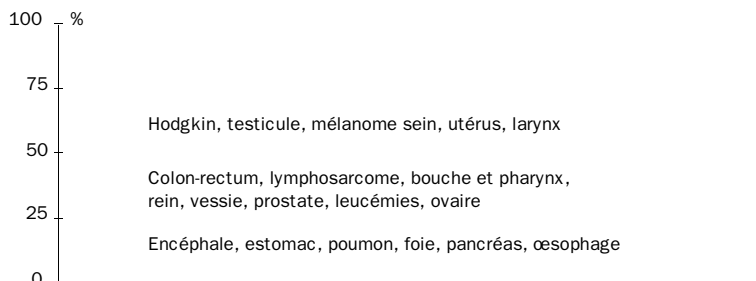
Tableau 11 **Répartition selon le sexe et la localisation des décès et des nouveaux cas de cancers en 1990**

	Décès		Nouveaux cas	
	Effectif	%	Effectif	%
<b>Hommes</b>				
Bronches, poumon	18 805	21,80	20 494	17,30
VADS*	12 056	14,00	16 465	13,90
Prostate	9 211	10,70	17 611	14,90
Colon-rectum	8 035	9,30	14 166	12,00
Autres localisations	38 059	44,20	49 691	41,90
Total	86 166	100,00	118 427	100,00
<b>Femmes</b>				
Sein	10 173	18,30	26 121	25,30
Colon-rectum	7 725	13,90	14 580	14,10
Utérus	3 139	5,60	8 688	8,40
Autres localisations	34 628	62,20	53 751	52,20
Total	55 665	100,00	103 140	100,00

Sources : Esteve (J.), Kricke (J.), Parkin (D.M.), *Facts and figures of cancer in the European Community*, Eds IARC, Lyon, 1993 et Lyon (J.), Hatton (F.), Maguin (P.), Maujol (L.), *Statistiques des causes médicales de décès 1990*, Eds Inserm, Paris, 1993.

\* VADS (voies aéro-digestives supérieures) : bouche, pharynx, œsophage et larynx.

Figure 17 **Ordre de grandeur des taux moyens de survie à 5 ans (en %) pour les principales localisations cancéreuses**



Sources : Esteve (J.), Kricke (J.), Parkin (d.m.), *Facts and figures of cancer in the European Community*, Eds IARC, Lyon, 1993 et Sancho-Garnier (H.), *Encycl. méd. Chir.* à paraître.

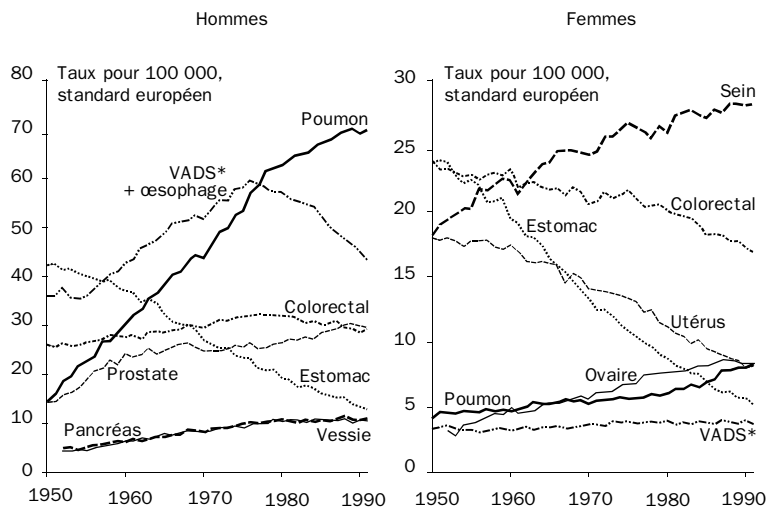
A ce jour, seules les données de mortalité fournissent une information sur l'évolution de cette pathologie. Mais leur interprétation est délicate car la mortalité dépend d'une part de l'incidence, et cette dernière résulte souvent d'une exposition aux facteurs de risque vingt ou trente ans auparavant, d'autre part de la survie, qui peut être améliorée par la précocité du diagnostic et par l'efficacité des thérapeutiques mises en œuvre. Enfin l'amélioration du diagnostic peut expliquer en partie l'augmentation de l'incidence de la mortalité pour certaines localisations.

Entre 1981-1985 et 1986-1990, on observe une relative stabilisation de la mortalité cancéreuse, chez les hommes comme chez les femmes (44 600 morts avant 65 ans en 1991, 42 700 en 1981). Mais cette situation recouvre des évolutions très différentes selon les localisations (baisse de mortalité par cancer de voies aéro-digestives supérieures pour les hommes, utérus et intestin pour les femmes, estomac pour les deux sexes).

La mortalité par cancer de la prostate chez les hommes, et par cancer du sein chez les femmes ont également continué à augmenter pendant cette période, mais on observe un ralentissement des taux de progression annuels pour le sein.

Ce qui doit être souligné fortement est l'augmentation de la mortalité par cancer du poumon, considérable chez les hommes, important chez les femmes (5,7 % des décès par cancer, même pourcentage que le cancer de l'utérus). La progression extrêmement rapide – inéluctable pendant encore plusieurs années même si la consommation de tabac s'infléchit – de ce cancer vient en quelque sorte anéantir les progrès réalisés sur les autres localisations. Or il s'agit d'un cancer évitable...

Figure 18 **Evolution de la mortalité par cancer en France entre 1950 et 1990**



\* VADS (voies aérodigestives supérieures) : bouche, pharynx, œsophage et larynx.

### *Le diabète*

La prévalence du diabète en France avoisine 2 % de la population : il existe un peu plus d'un million de diabétiques dans notre pays. Le diabète non insulino-dépendant (DNID), qui apparaît habituellement vers la cinquantaine, est de loin le plus fréquent, puisqu'il représente environ 85 % des diabètes. Le diabète insulino-dépendant (DID), qui débute généralement dans l'enfance ou l'adolescence, concerne lui, environ, 125 000 personnes.

La fréquence globale du diabète tend à augmenter dans notre pays comme d'ailleurs partout dans le monde notamment du fait de l'allongement de l'espérance de vie. Ce vieillissement des populations retentit principalement sur la fréquence du DNID mais le DID semble lui aussi en expansion et l'amélioration des soins délivrés aux diabétiques insulino-dépendants contribue également à augmenter leur espérance de vie et à accroître leur nombre.

Il n'est pas aisé de mesurer le retentissement de la maladie car il est très fréquemment associé à d'autres pathologies (maladies cardio-vasculaires, atteintes rénales et oculaires). Le diabète est un bon exemple de la nécessaire implication des personnes à risque ou des patients dans les processus de prévention ou de soins. Pour le DNID, le risque principal est représenté par l'obésité et la répartition abdominale de la graisse. Le traitement des

malades insulino-dépendants implique sans doute, plus que pour toute autre affection, la participation active et éclairée du malade.

### *D'autres pathologies chroniques*

Nous nous concentrerons sur deux troubles dont l'incidence augmente : les maladies rhumatismales (polyarthrite rhumatoïde, lombalgies, ostéoporose) et l'asthme.

*Les maladies ostéo-articulaires et rhumatismales* : les maladies ostéoarticulaires représentent 13 % des maladies déclarées (enquête décennale 1991). L'on peut distinguer :

- la pathologie rachidienne (lombalgies, sciatiques, arthrose racidienne) qui touche 15,2 % de la population enquêtée ;
- l'arthrose (non rachidienne) et les douleurs articulaires qui concernent 12 % de la population.

Ces affections atteignent plus souvent les femmes.

Trois manifestations dominent nettement en termes de morbidité et d'invalidité : la polyarthrite rhumatoïde, les lombalgies et l'ostéoporose.

*La polyarthrite rhumatoïde* est une affection articulaire particulièrement grave, qui se manifeste par des atteintes articulaires irréversibles, progressivement invalidantes. Cette affection intéresse 1 % de la population, soit près de 600 000 cas en France. Elle frappe la femme trois fois plus souvent que l'homme et survient à tout âge, y compris chez l'enfant. Elle est particulièrement fréquente entre 30 et 50 ans, c'est-à-dire en pleine période d'activité professionnelle et de responsabilité familiale. Elle provoque une incapacité professionnelle totale chez plus de la moitié des malades après cinq ans d'évolution.

*Les douleurs lombaires ou lombalgies* sont, pour la plupart, l'expression de lésions dégénératives des éléments anatomiques qui assurent la mobilité des vertèbres lombaires. Ces lombalgies, dites banales par opposition à celles qui traduisent des affections graves, notamment tumorales, se présentent sous la forme d'épisodes aigus (lumbago) transitoires et bénins, ou sous la forme d'une lombalgie chronique, terme éventuel de la répétition des accidents aigus.

L'épidémiologie des lombalgies n'a jamais fait l'objet d'études spécifiques en population générale. La fréquence de cette pathologie est toutefois mesurée indirectement par les résultats d'enquêtes sur les motifs de recours aux soins<sup>1</sup>. Les lombalgies justifient 2,7 % des consultations, 8 % des actes de radio-diagnostic et 30 % des actes de kinésithérapie. Globalement, on

---

1. AGGUZOLI (F.), LE FUR (Ph.), SERMET (C.), « Clientèle et motifs de recours aux soins en médecine libérale. » *France 1992, Credes*, n° 1008, mars 1994.

---

estime que les lombalgies sont à l'origine de 13 % des accidents du travail et de 7 % des arrêts de travail.

En outre, les lombalgies chroniques conduisent souvent à une réduction définitive de la tolérance à l'effort qui peut exiger une modification des habitudes de vie et en particulier du poste de travail, mais aussi provoquer une mise en invalidité. *L'importance de l'ostéoporose* est appréciée indirectement par la fréquence des fractures qui en résultent, le plus souvent au niveau du col du fémur, du rachis ou de l'avant-bras. Ces fractures sont très fréquentes, notamment chez la femme après la ménopause.

Les quelques 50 000 fractures du col du fémur recensées annuellement pourraient doubler dans les vingt prochaines années. Ces fractures du col du fémur sont graves car dans l'année qui les suit, 15 % des patients meurent, 50 % perdent durablement leur autonomie. Plus fréquentes mais moins graves, les fractures de vertèbres ou de l'avant-bras sont pénibles, transitoirement invalidantes et altèrent la qualité de vie.

Ces maladies, douloureuses et incapacitantes, peuvent être soulagées par des traitements médicamenteux et plus ou moins corrigées par des interventions chirurgicales palliatives. Mais la médecine est relativement démunie pour les guérir. En ce qui concerne les lombalgies et l'ostéoporose, la place de la prévention est essentielle : alimentation, exercice physique dès l'adolescence, ergonomie au travail et, chez les femmes, au moment de la ménopause, supplémentation en calcium et traitements hormonaux, sous réserve d'études de coûts-efficacité plus approfondies. En 1994, d'après une enquête de l'Association française pour l'étude de la ménopause, 30 % des femmes entre 50 et 55 ans avaient un traitement hormonal.

*L'asthme* : depuis une dizaine d'années, l'asthme apparaît comme une cause de plus en plus importante de morbidité et de mortalité, en France et dans de nombreux autres pays.

En France, le nombre total de décès tous âges est passé de 1489 en 1980 à 2 130 en 1985 et 2 146 en 1989 et 2 023 en 1991. Les taux standardisés de mortalité ont commencé à augmenter en 1980 pour les hommes, et dès 1975 pour les femmes. Cette augmentation s'est poursuivie jusqu'en 1986, année où l'on observe un pic, pour les hommes comme pour les femmes, puis les taux diminuent légèrement jusqu'en 1990. Dans la tranche d'âge des 5-34 ans, on observe une tendance à l'augmentation pendant toute la période considérée, avec également un pic en 1986.

Cette augmentation générale de la mortalité par asthme, affectant certains pays plus que d'autres, ne peut s'expliquer, surtout chez les 5-34 ans, que par une augmentation de la prévalence



de la maladie ou par une augmentation de la proportion des cas graves parmi les asthmatiques.

Compte tenu des progrès thérapeutiques réalisés ces dernières années, l'hypothèse d'une augmentation des formes graves au détriment des formes légères semble peu probable. En revanche, différentes enquêtes épidémiologiques réalisées dans des populations de sujets jeunes, montrent une augmentation de la prévalence cumulative de l'asthme et de la rhinite allergique entre 1968 et 1992.

Les objectifs du traitement de l'asthme sont d'améliorer la qualité de vie des patients par le contrôle durable des symptômes, la prévention des poussées, le rétablissement d'une fonction pulmonaire normale. Maintenir une activité normale, y compris dans la pratique du sport et éviter les effets indésirables des médicaments anti-asthmatiques font partie des objectifs du traitement.

Considéré jusqu'il y a quelques années comme une maladie aiguë, lié à un phénomène immédiat de bronchoconstriction, l'asthme est maintenant reconnu comme une maladie inflammatoire chronique. Un programme de prise en charge de l'asthme en 6 volets a été recommandé pour son efficacité thérapeutique, lors de la conférence de consensus international qui s'est tenue en 1992 :

- éduquer les patients dans la prise en charge de leur asthme ;
- évaluer et surveiller la sévérité de l'asthme par des mesures objectives de la fonction pulmonaire ;
- éviter ou contrôler les facteurs déclenchant les crises d'asthme ;
- élaborer des stratégies thérapeutiques au long cours ;
- établir un schéma thérapeutique des poussées d'asthme ;
- assurer un suivi régulier.

### *Les maladies iatrogènes*

On les définira comme les effets pathologiques provoqués par un médicament ou par un acte médical à visée diagnostique ou thérapeutique. Elle peuvent résulter d'une faute, d'une erreur ou d'un aléa imprévisible et inévitable.

Les incidents et accidents iatrogènes, sont un problème important de santé publique. Ainsi, selon une étude américaine, la proportion des hospitalisations pour accident thérapeutique se situerait dans une fourchette comprise entre 4 et 6 % du total des hospitalisations. Une étude réalisée au CH de Grenoble estimait à 7,5 % celle des hospitalisations pour accidents dûs aux médicaments. Par ailleurs, le taux des infections nosocomiales hospitalières est estimé à 7,4 % des hospitalisations (BEH du 4 octobre 1993). Six hôpitaux sur les 39 étudiés ont un taux

---

de prévalence supérieur à 10 %. les services à risque supérieur à la moyenne sont en réanimation (28,1 %), la chirurgie (7,4 %) et la médecine (7,2 %).

La diffusion très large des procédures diagnostiques et thérapeutiques (due à leur efficacité croissante) a entraîné une augmentation du nombre de ces pathologies. Une attitude prudente doit être suivie lorsque la procédure (ex coronarographie) comporte un risque même faible. Dans ce cas le bénéfice attendu pour le malade doit être justifié.

En matière de contentieux, sur les 5 000 nouvelles affaires instruites chaque année entre 1977 et 1991 par la campagne d'assurance pour les médecins libéraux « le sou médical », 14 % ont conduit à des procédures pénales. L'analyse des contentieux montre que les problèmes « d'organisation du service » sont à l'origine d'autant d'ouvertures de dossiers que les « problèmes médicaux <sup>1</sup>. »

L'essor relativement mal maîtrisé en France des techniques d'assistance médicale à la procréation pose des problèmes de ce type : les stimulations répétées de l'ovulation ne sont pas anodines, les taux de prématurité, l'hypotrophie, les naissances multiples sont très supérieurs à la moyenne.

**La qualité de la vie des personnes malades et handicapées : une insuffisance structurelle**

Nous avons vu en deuxième partie que les progrès de la médecine (diagnostic-soins) largement diffusés par un système de soins très généralement accessible ont rendu les maladies plus courtes et plus supportables, du moins dans leur phase aiguë. Mais ces avancées d'ordre général, communes aux pays les plus développés, ne doivent pas masquer les graves problèmes suivants :

- la prise en charge de la douleur au sens large est insuffisante ;
- une attention insuffisante est portée aux problèmes rencontrés par les personnes souffrant de handicaps.

***La lutte contre la douleur***

Sous ce terme est désigné ce qui a trait à la prévention, à l'évaluation et au traitement des douleurs, qu'elles soient aiguës ou chroniques, intercurrentes ou associées à la fin de la vie.

Les douleurs sont l'un des premiers motifs de consultation en médecine générale. Elles concernent la population générale mais plus spécialement :

- les personnes âgées handicapées ou en fin de vie ;
- les malades atteints d'affections ostéoarticulaires, neurologiques et neuromusculaires évolutives ;

---

1. MUNOZ-PEREZ (B.), THOUVENIN (D.), « La responsabilité civile médicale : des procès très contentieux » in *Infostat Justice*, n° 35, janvier 1994.

- les personnes atteintes de cancer ou du Sida ;
- les personnes ayant subi des opérations ou en réanimation ;
- les enfants malades (le tout-petit en soins intensifs, l'enfant polyhandicapé, l'enfant brûlé, ...).

Les enquêtes en France ont porté spécialement sur la douleur des cancéreux et des patients sidéens, ainsi que sur les douleurs postopératoires.

D'une étude réalisée par le groupe d'Étude et de Recherche sur la douleur (Gerd) auprès de six cent malades cancéreux, il apparaît que les douleurs ne sont traitées de façon satisfaisante que dans un tiers des cas.

Une enquête similaire faite auprès de malades sidéens montre que, parmi les 54 % de patients infectés par le VIH et décrivant des douleurs, 28 % seulement se disent soulagés de plus de 80 % de leur douleur par le traitement qui leur est administré.

Parmi les personnes interrogées dans une enquête nationale auprès d'un échantillon représentatif de mille personnes de la population générale, 50 % des personnes opérées au cours des cinq années précédentes gardaient un très mauvais souvenir de la douleur qu'elles avaient ressentie après l'intervention.

Des études complémentaires pratiquées auprès des médecins anesthésistes (239 anesthésistes) et des infirmières (186 infirmières de chirurgie), confirment que des comportements inadaptés persistent en France : évaluation de la douleur faite par les soignants et non par les patients eux-mêmes, ceci conduisant à une sous-estimation des douleurs, administration très insuffisante d'antalgiques, surestimation de degré de soulagement des patients.

Il est significatif de relever que la France est au quarantième rang mondial pour la consommation de morphiniques, et que l'évaluation et le traitement de la douleur ne faisaient pas partie de la formation initiale des médecins jusqu'à une date récente. Le faible nombre de patients accueillis dans les trente deux unités de soins palliatifs, créés récemment et fortement concentrés sur les départements de la Seine et du Rhône, est aussi un signe du retard de notre pays en ce domaine : 5 000 patients par an contre 40 000 en Grande-Bretagne (dans des structures de nature différente des unités françaises).

Pourtant, il y a aujourd'hui le moyen de réduire, dans la quasi totalité des cas la douleur des malades et des personnes en fin de vie. La marge de progression est très importante.

Dans le même esprit, le retard de la France par rapport à ses voisins dans la mise en œuvre de politiques de réduction des risques est significatif d'une absence de culture de santé publique. Rappelons que les textes sur la contraception et l'IVG ne

---

sont intervenus qu'en 1967 et 1975. Dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes, si les traitements de substitution sont à l'ordre du jour, c'est à cause du risque Sida, bien davantage qu'en raison de la prise en compte de la souffrance du toxicomane et de la volonté de l'aider à se réinsérer : il y aura, en décembre 1994, 1 600 toxicomanes bénéficiant de programmes de traitement par la méthadone.

### ***Les conditions de vie des personnes en situation de handicap ou de dépendance***

Nous nous intéressons ici aux personnes handicapées et dépendantes, dans la définition qui a été donnée de ces termes en première partie (premier encadré). Le handicap peut être mental, moteur, sensoriel. Il peut résulter de malformations congénitales, d'accidents (route, sport, travail, accidents domestiques, tentatives de suicide, ...), de maladies aiguës ou chroniques. Il est souvent lié au vieillissement (près de 50 % des personnes âgées de plus de 90 ans sont dépendantes [« confinées au lit ou au fauteuil ou ayant besoin d'aide pour sortir »]). L'enquête décennale évalue à 550 000 le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans déclarant avoir besoin d'une aide pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de leur domicile.

En fait la notion de handicap est entourée de flou : y sont parfois incluses des déficiences et des incapacités. C'est pourquoi les évaluations vont de 362 000 à cinq millions de personnes :

- 362 000 personnes en 1989 (Enquête ES-Sesi) qui fréquentent les établissements et les services médico-sociaux. A cet égard, signalons que la prévalence des malformations congénitales est estimée, suivant les définitions, à une fourchette qui va de 12 à 32 pour 1 000 (retards intellectuels sévères : entre 3 et 6 pour 1 000, infirmités motrices cérébrales : entre 1,3 et 3 pour 1 000). Voir *Les personnes handicapées en France : données sociales* – publication du CTNERHI ;
- 592 000 bénéficiaires de prestations pour handicap (Source : Cnaf 1992) ;
- 1 213 000 personnes atteintes de handicaps sévères de 0 à 59 ans (Source Ined, 1983) ;
- 3 200 000 personnes vivant à domicile déclarées handicapées par une personne du ménage (Enquête Insee « Conditions de vie » 1987) ;
- l'estimation la plus large est celle du Sesi (Inforapides n° 50). Sur la base de la réponse à une question de l'enquête décennale 1991 « y a-t-il dans le ménage des personnes handicapées ou ayant simplement quelques gênes ou difficultés dans la vie quotidienne », il a estimé à plus de cinq millions le nombre de personnes vivant à domicile avec un handicap, une gêne ou une difficulté dans la vie quotidienne.

Ces approches ne sont pas contradictoires. Elles illustrent bien le fait que la santé est une représentation qui varie suivant le regard que l'on porte sur elle et suivant les circonstances du recueil des données : chaque définition du handicap ouvre sur une facette du phénomène. Ce non-enfermement du handicap dans le langage épidémiologique témoigne d'une certaine manière de la lucidité et de la tolérance du regard de la société sur ce phénomène qui interroge la norme.

Le groupe 4 (volume annexe) décrit cette population de cinq millions de personnes, correspondant à une notion très extensive du handicap comme :

- une population âgée (plus de 27 % des personnes de plus de 60 ans le sont) ;
- une population à dominante de déficience motrice (3,4 % de la population) puis visuelle (2,8 %), puis auditive (1,3 %).

La vie des personnes handicapées, surtout si elles le sont d'une manière sévère, dépend de la qualité de l'environnement et de la prise en charge.

Or, sur ces deux points, la situation en France présente de graves insuffisances : il n'est pas sûr que toute personne, quel que soit son état physique ou mental bénéficie de l'autonomie maximale compatible avec son état, malgré un important dispositif juridique qui affirme ses droits aux soins, à l'insertion scolaire, sociale et professionnelle et aux loisirs.

Pour nous limiter à la vie quotidienne, prenons l'exemple des techniques de suppléance et de l'accessibilité dans les transports. Nous évoquerons également les difficultés d'insertion et de réinsertion des malades mentaux.

Le rapport du Commissariat général du Plan *Santé 2010*<sup>1</sup> faisait le constat d'une limitation très dommageable de la diffusion *des techniques de suppléance* pour l'aide à la vie quotidienne : il s'agit de produits dont le domaine d'application est varié, le niveau de sophistication plus ou moins important : lunettes, prothèses auditives, fauteuils roulants, adaptation d'objets quotidiens (voitures aménagées, par exemple) ; robots, systèmes d'assistance informatisés (parfois orientés vers la correction d'un handicap spécifique), aide à l'exécution des gestes de la vie quotidienne (manger, s'habiller,...), systèmes qui augmentent la sécurité physique, personnelle (télé-alarme, télé-surveillance) au domicile.

Les produits existants sont peu ou mal connus du monde médical et donc insuffisamment intégrés dans les programmes de rééducation. Se posent des problèmes d'information des usagers et des professionnels, d'accessibilité et de remboursement.

---

1. SOUBIE (R.), *Santé 2010*, La Documentation française, Paris, 1993, 3 vol.

---

La diffusion des innovations est lente pour une série de raisons :

- l'investissement industriel est insuffisant pour assurer une mise sur le marché des produits à des prix raisonnables ;
- leur développement soulève des problèmes éthiques et sociaux ;
- leur essor reste très lié aux capacités de transfert de technologies développées dans un autre contexte mais aussi aux capacités des usagers « dépendants » à s'approprier ces nouvelles techniques ;
- la formation et la sensibilisation des professionnels sont très faibles.

De plus, il semble y avoir en France une méconnaissance particulière pour les produits les plus simples, mais pas pour autant les moins efficaces, comme si un certain degré de sophistication paraissait toujours nécessaire à la crédibilité.

Si l'on dépassait ces obstacles, des gains considérables en terme de qualité de vie pour un très grand nombre de personnes pourrait être attendus.

De même l'*accessibilité des transports* est un ressort essentiel de l'insertion des handicapés. Il ne concerne pas seulement les personnes ayant des difficultés motrices, mais les aveugles, les personnes âgées, les épileptiques, les mal-entendants. Aussi bien du point de vue de l'aménagement de l'accès aux transports, de la voirie, de la signalétique et des transports en commun (autobus à plancher bas) que du point de vue de l'information des usagers et des professionnels, le retard de la France par rapport à des pays voisins comme la Suède et l'Allemagne est important.

Depuis la mise en place de la politique de sectorisation en 1970, l'*insertion des malades mentaux* a fait de grands progrès.

Dans le secteur public comme dans le secteur libéral, des modes de soins diversifiés ont été mis en place : consultations, soins à domicile, hospitalisation à temps partiel ainsi que différentes formes d'accueil à temps partiel, tous ces services étant progressivement sortis de l'hôpital pour être implantés dans la cité. S'y est ajouté dans les hôpitaux, un objectif de lutte contre la chronicisation (promotion d'une hospitalisation psychiatrique de qualité, centrée sur des techniques de soins intensifs et individualisés, développement de l'hospitalisation librement consentie, ...). L'arsenal thérapeutique s'est élargi : apparition de formes nouvelles de prise en charge psychothérapeutique, mise sur le marché de nouveaux médicaments.

Ces efforts se sont traduits en psychiatrie adulte par une baisse régulière de l'hospitalisation complète, en nombre de personnes et en durée moyenne de séjour : aujourd'hui, les quatre cinquièmes des patients vus au moins une fois dans l'année de référence ont bénéficié de prises en charge ambulatoires, dont plus de 20 %

de visites à domicile. Un peu plus d'un tiers des patients est pris en charge à temps complet. Pour la moitié d'entre eux, il s'agit du seul mode de soin. Les autres, ont également bénéficié d'autres modes de prise en charge. 10 % des patients ont été pris en charge à temps partiel (Enquête déjà citée).

En psychiatrie infanto-juvénile, la presque totalité des enfants et adolescents sont suivis sur un mode ambulatoire, seulement 3 % étant hospitalisés à temps plein et 6 % à temps partiel.

Cependant de nouveaux problèmes se posent ;

- comment concilier l'exigence de recentrage de l'hôpital sur sa fonction soignante et sur la qualité des soins, avec l'impératif de ne pas rejeter indûment des patients, au long passé institutionnel ? C'est le problème de certains patients invalidés par des processus psychotiques au long cours, ne pouvant vivre seuls, en raison de leur maladie, mais aussi en raison de la dépendance qu'ils ont par rapport au milieu psychiatrique. Leur hospitalisation n'est plus justifiée par une indication médicale mais parce qu'il n'existe pas suffisamment de relais adaptés ;
- quel est le devenir et la qualité de vie de patients présentant des pathologies graves et au long cours en dehors de l'hôpital ? Autrefois, ils seraient restés à l'hôpital. Maintenant une partie d'entre eux a pu retrouver une capacité d'autonomie suffisante pour assumer la vie quotidienne avec un minimum d'aide, mais, on l'a vu plus haut, ils sont très isolés sur le plan social et familial, certains vivant seuls ou en appartements associatifs et restant suivis sur un mode ambulatoire. Des enquêtes ponctuelles confirment leurs grandes difficultés à se loger dans les grandes agglomérations.

Il apparaît nécessaire de développer une catégorie spécifique de soins destinés à faciliter la reprise de contact du malade avec le monde réel : *les soins de réadaptation*. Ceux-ci pourraient s'appuyer sur des appartements thérapeutiques, des ateliers, des accueils familiaux, encore très insuffisamment répandus. La réinsertion, quant à elle, devrait être confiée à des institutions sociales et sortir du champ de la psychiatrie. Mais les travailleurs sociaux n'y sont pas préparés par leur formation et n'ont pas les moyens de jouer ce rôle d'interface.

Le dispositif spécifique de prise en charge des handicapés (lois de 1975 et de 1987 notamment) présente un certain nombre d'insuffisances dans sa mise en application pratique et dans les concepts sous-jacents :

- la lourdeur de la procédure d'entrée et les clivages administratifs et financiers (État, département, sécurité sociale) en freinent l'efficacité ;
- la prise en charge des adultes reste un problème difficile en raison de la pénurie d'institutions spécialisées ;
- les textes concernant l'accessibilité pour les handicapés moteurs sont mal appliqués ;

- l'intégration professionnelle est en retard par rapport aux objectifs fixés par la loi – mais étaient-ils réalistes ? –, les entrepreneurs préférant souvent payer l'indemnité compensatrice plutôt que d'embaucher des travailleurs handicapés ;
- l'intégration scolaire est, elle aussi, insuffisante ;
- l'intégration sociale de la personne handicapée est trop souvent considérée comme un tout ou rien, alors qu'il s'agit d'un processus qu'il faut accompagner. Ceci se traduit par l'accent mis sur les institutions pour personnes handicapées, et amène à laisser de côté une politique d'accompagnement largement développée dans nombre de pays étrangers ; les aides au maintien à domicile et le soutien au réseau familial qui reste un élément déterminant de la santé au sens de l'OMS, sont insuffisants ;
- la prédominance donnée au traitement social du handicap amène à négliger, voire à rejeter, les préoccupations sanitaires, alors que la personne handicapée peut avoir des problèmes de santé, qu'elle connaît le vieillissement, et que la frontière entre maladie et handicap n'est pas toujours aussi nette qu'on le proclame souvent ;
- d'une manière générale la fragmentation entre des professionnels, des institutions, des financements des différents aspects de la vie quotidienne des personnes handicapées et dépendantes est un obstacle à une prise en charge satisfaisante, globale et humaine.

La représentation sociale des personnes handicapées a fait, semble-t-il, des progrès sensibles. L'opinion accepte assez bien les handicapés moteurs et/ou sensoriels, en qui elle voit volontiers le prototype du handicap (bien que ces personnes représentent ensemble moins de 20 % des handicapés). La tolérance reste médiocre pour les polyhandicapés, et pour les personnes déficientes mentales.

La connaissance concernant le handicap est insuffisante :

- l'épidémiologie reste à faire ; faute d'avoir mis en place un système d'information adéquat lors de la mise en place de la loi de 1975, les enquêtes existantes sont partielles et traitées avec retard ;
- la recherche est extrêmement déficiente, qu'il s'agisse, entre autres, de la représentation sociale, de l'économie du handicap, ou du vieillissement des personnes handicapées.

### **Des inégalités persistantes**

Celles-ci peuvent être analysées sous des angles très divers (en fonction par exemple de l'âge, du sexe, de l'exposition à certains risques), sans oublier que chaque individu a un patrimoine génétique et un potentiel de santé qui lui sont propres. Nous privilégierons les approches sociales et géographiques sans omettre que l'inégalité majeure est celle qui, en matière d'espérance de vie, sépare les hommes des femmes, quelle que soit la tranche d'âge considérée et avec une tendance à l'accroissement de la différence (voir « Le sexe masculin » p. 125).



### *Les inégalités sociales*

Il existe dans tous les pays des disparités de santé selon les catégories sociales et les régions. L'OMS a fait de la réduction de ces inégalités un objectif de son programme « La Santé pour tous en l'an 2000 ».

La question des disparités sociales est délicate à analyser pour des raisons techniques (nécessité d'études longitudinales et caractère évolutif des catégories socioprofessionnelles). Elle l'est aussi en raison de la complexité des déterminants sociaux et de la difficulté de s'appuyer sur un indicateur synthétique. Certes la catégorie socio-professionnelle (ainsi les catégories : professions libérales, cadres, employés, agriculteurs, ouvriers, etc.) dont nous avons vu au premier chapitre les limites, rend compte, en partie, du revenu, des conditions de vie, du statut social et de la place dans la hiérarchie sociale ainsi que du diplôme. Mais le statut professionnel (exemple : salarié, chômeur, retraité, étudiant), l'instruction, le statut matrimonial jouent un rôle, ainsi que d'autres facteurs plus subtils comme le sentiment de précarité vis-à-vis de l'emploi ou la culture de santé propre à des groupes ou des sous groupes sociaux qui, face à un même symptôme, conduira ou non à un recours au soin <sup>1</sup>.

Les travaux les plus récents sur les inégalités sociales (Credes – Inserm – Ined) font apparaître que, si la PCS (profession, catégorie sociale) et le statut professionnel restent des catégories pertinentes – en tous cas plus disponibles que les autres – les lignes de fractures que sont le revenu disponible ou le risque de précarité, la situation et le réseau familial jouent un rôle important.

Par ailleurs, il est clair que le cumul des facteurs a des effets multiplicateurs. Comme le dit P. Aiach : « Tout se passe comme si, à chaque fois qu'un facteur défavorable se manifeste, l'effet négatif était multiplié pour ceux qui sont dans la situation sociale la plus « mauvaise », c'est-à-dire qui sont déjà exposés à l'un de ces facteurs de risque. Et inversement, à chaque fois qu'un facteur favorable intervient, l'effet positif semble plus fort pour les privilégiés (cas du mariage pour les cadres supérieurs). Un exemple clair de ce processus est la baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires : globalement, elle est de 7 % de 1958 à 1978 pour les 45-54 ans ; mais, alors que les cadres supérieurs, les professions libérales et les artisans-commerçants ont connu la diminution la plus forte (-28 %), la mortalité des ouvriers spécialisés, des manœuvres et des salariés agricoles a légèrement augmenté (+6 %). Des facteurs de risque (chômage,

---

1. AIACH (P.), CEBE (D.), *Expression des symptômes et conduites de maladie : facteurs socio-culturels et méthodologiques de différenciation*, collection Grandes enquêtes, Ed. Inserm, Doin, Paris, juin 1991.

---

« stress », célibat plus fréquents) amplifient la situation créée par le statut social. Le même phénomène se produit entre les hommes et les femmes du point de vue de la mortalité : l'espérance de vie des femmes, déjà meilleure que celle des hommes, augmente encore plus rapidement <sup>1</sup>. »

Au-delà des clivages sociaux, des différences très individuelles ont été récemment mises en relief à partir de l'enquête décennale. Elles font référence au climat familial de l'enfance. Ainsi l'état de santé des personnes qui ont eu des difficultés familiales avant 18 ans (disputes ou mésententes graves entre les parents, manque grave affectif, maladie, handicap ou accident grave du père ou de la mère) est-il aggravé de 14 à 28 % par rapport à celles qui ont vécu une jeunesse sans problèmes <sup>2</sup>. Ces résultats vont dans le même sens que les enquêtes de M. Choquet (Inserm) qui montrent que l'état de santé des jeunes est fortement influencé par la qualité de leur environnement familial.

Nous verrons successivement les écarts en matière :

- d'espérance de vie ;
- d'incapacités ;
- de morbidité ;
- de consommation à risque ;
- de consommation médicale.

### *L'espérance de vie*

Les inégalités sociales devant la durée de la vie sont importantes et en augmentation.

Comme le montre le groupe 3 (volume annexe), sur la période de 1980-1989, l'écart d'espérance de vie entre le groupe des cadres supérieurs et celui des manœuvres était de 8 ans à 35 ans et de 4, 5 ans à 60 ans. Ces écarts ont augmenté car la baisse de la mortalité a davantage touché les catégories du haut de l'échelle sociale (+2,3 ans d'espérance de vie en 20 ans pour les uns, contre seulement +1,5 ans pour les autres).

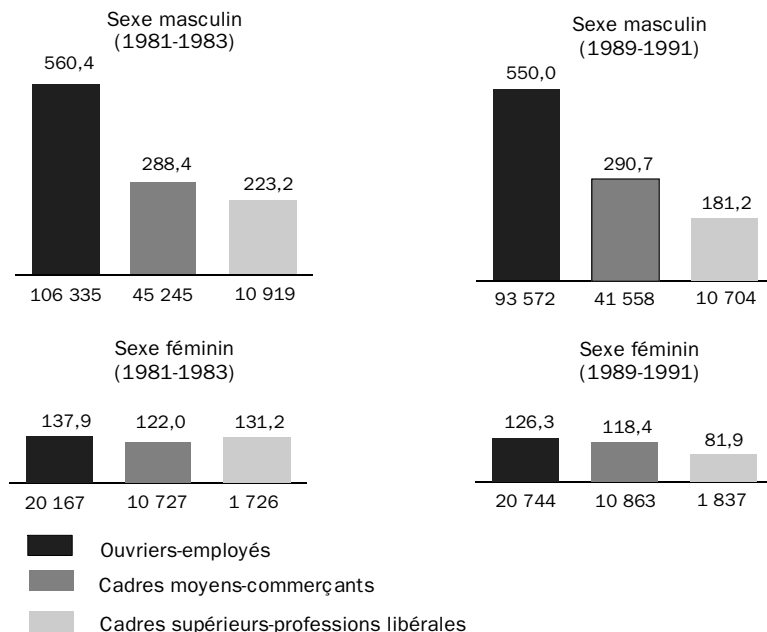
Dans le domaine de la mortalité prématurée de 25 à 64 ans, chez les hommes, le groupe des ouvriers a eu, en 1981-1983, un taux de décès de 621 pour 100 000 contre 247 pour les cadres supérieurs – professions libérales. En 1989-1991, les taux respectifs étaient de 550 et 181 : baisse générale mais léger accroissement des écarts. Chez les femmes, les différences sont très atténuées. Elles se sont accrues cependant davantage que chez les hommes entre les deux périodes.

---

1. AIACH (P.). dans *La Recherche*, n° 261, janvier 1994.

2. MENAHEM (G.), Problème de l'enfance. Statut social et santé des adultes, *CreDES*, n° 1010, 1994.

Figure 19 **Taux de décès selon les classes sociales**  
(décès de 25 à 64 ans - taux standardisés par âge pour 100 000)



Interprétation : pour la période 1989-1991, le taux de décès chez les hommes de la catégorie "ouvriers-employés" s'élève à 550 pour 100 000 alors que ce taux s'élève à 181 pour les hommes de la catégorie "cadres supérieurs-professions libérales".

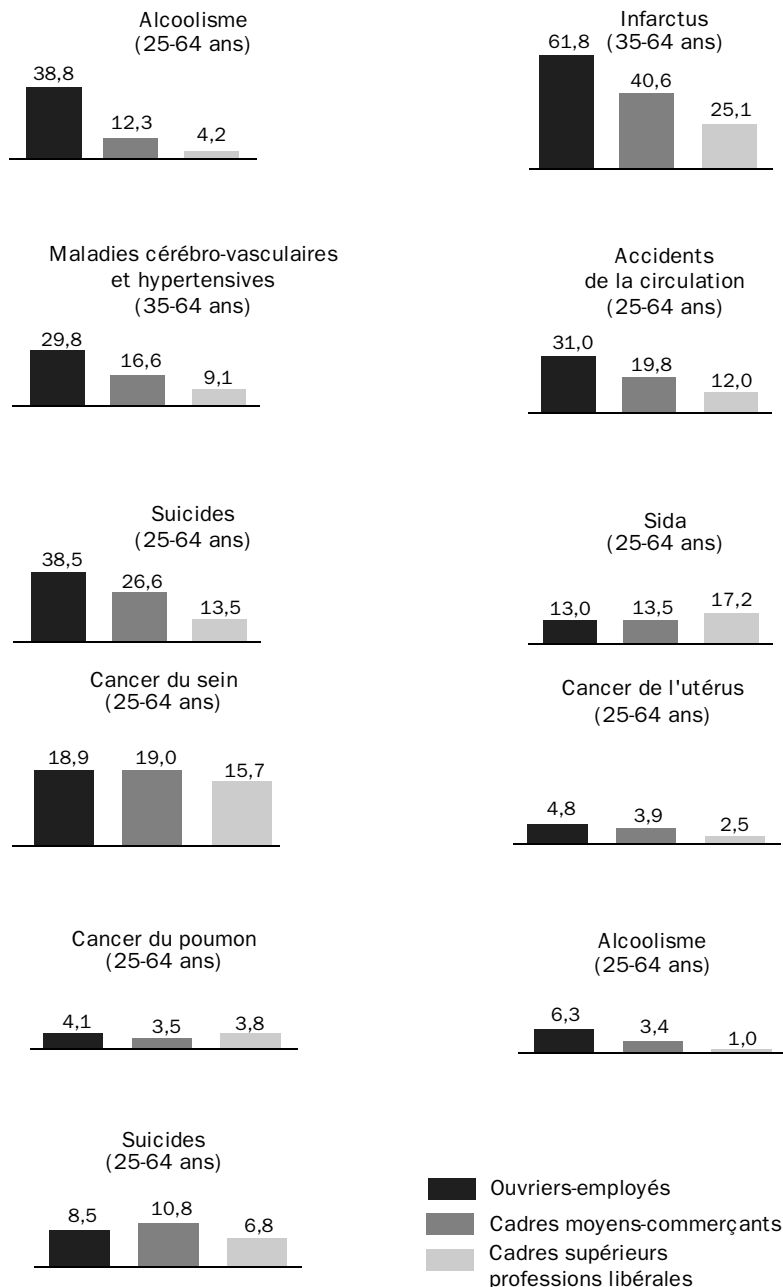
Source : Insem-SC8.

Figure 20 **Taux de décès par classes sociales selon la pathologie**  
(sexe masculin - 25-64 ans, taux standardisés pour 100 000, France 1989-1991)



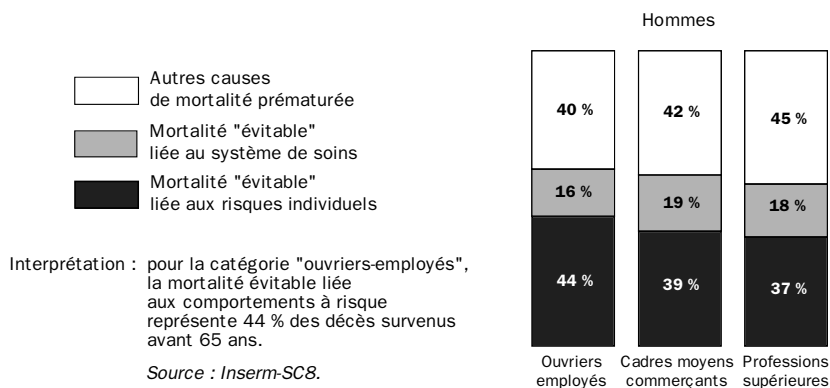
Source : Insem-SC8.

Figure 20 (suite) **Taux de décès par classes sociales selon la pathologie**  
 (sexe masculin - 25-64 ans, taux standardisés pour 100 000, France 1989-1991)



Source : Inserm-SC8.

Figure 21 **Part de la mortalité « évitable » selon la classe sociale (25-64 ans, 1989-1991)**



Si l'on s'intéresse aux causes de décès, trois pathologies apparaissent comme de véritables marqueurs sociaux : les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures, l'alcoolisme et le Sida. Seul celui-ci atteint davantage les cadres supérieurs et professions libérales. Pour ce qui est de la mortalité féminine, les disparités se trouvent très atténuées sauf en mortalité par alcoolisme (taux supérieur de six fois dans le groupe ouvrières-employées).

Autre constatation : la part de la mortalité évitable liée aux risques individuels est de 44 % chez les ouvriers-employés, de 39 % chez les professions intermédiaires et de 37 % dans les professions supérieures.

### *Les incapacités*

L'enquête de l'Insee sur les « conditions de vie 1986-1987 » a permis d'étudier la prévalence des incapacités selon différentes variables reliées au statut social et professionnel pour la population vivant à domicile <sup>1</sup>.

A partir des différentes questions concernant les incapacités de longue durée posées dans cette enquête, trois indicateurs synthétiques ont été construits : un indicateur de limitation de mobilité concernant les personnes confinées au lit ou au fauteuil ou ne pouvant sortir du logement sans aide ; un indicateur de limitations ou de gênes d'activités à l'extérieur, un indicateur de limitations ou de gênes concernant des activités à l'intérieur du

1. COVEZ (A.), SAINTOT (M.), SCALI (J.), *Étude des inégalités sociales en matière d'incapacité dans la population française*, contrat Mire, décembre 1993.

---

domicile. Ces indicateurs ont été croisés avec trois variables permettant de situer les individus dans l'échelle sociale : le niveau de scolarité, la catégorie socio-professionnelle et les revenus.

Quelles que soient les variables et indicateurs considérés, les différences d'incapacité entre groupes sociaux dans la population française apparaissent considérables.

#### *Niveau de diplôme*

Quelle que soit la variable d'incapacité considérée, les pourcentages (en éliminant les effets liés à l'âge et au sexe) décroissent fortement avec le niveau de diplôme obtenu : parmi les personnes ayant déclaré ne pas avoir de diplôme, 5,5 % rapportent une incapacité de mobilité (au point de ne pouvoir sortir de chez elles sans aide) contre seulement 2,7 % des personnes ayant un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat, soit un rapport de 2 à 1. Les différences se retrouvent pour les deux autres variables d'incapacité avec des rapports de 1 à 2,3 pour les limitations d'activités à l'extérieur et de 1 à 7,7 pour les activités à l'intérieur.

#### *Professions, catégories sociales*

Les différences d'incapacité rapportées par les personnes appartenant à différentes PCS sont importantes. Indépendamment des différences d'âge et de sexe, les taux comparatifs de restriction de la mobilité varient de 5,3 % chez les « ouvriers/apprentis » à seulement 1,8 % chez les techniciens et 2,1 % chez les « ingénieurs et cadres ». Pour les incapacités plus légères enregistrées à travers les indicateurs de limitation d'activités à l'extérieur ou la limitation de certaines activités d'intérieur, les taux de restriction varient de 21 % de la catégorie des ouvriers apprentis à 7 % des techniciens ainsi que des ingénieurs et cadres pour les limitations d'activité à l'extérieur et à environ 3 % pour les limitations d'activités intérieures. Il faut noter que c'est la catégorie professionnelle « techniciens » qui présente les taux les plus bas pour les indicateurs étudiés ; la catégorie « ingénieurs/cadres » apparaît en général en seconde position.

#### *Catégorie des revenus*

L'analyse des taux d'incapacité par niveau de revenus témoigne de différences tout aussi importantes. Entre la catégorie de la population dont l'ensemble des salaires et prestations de toutes sortes aboutit à un revenu inférieur ou égal à 47 000 FF annuels et la catégorie dont les revenus sont supérieurs à 117 000 FF annuels, les taux déclarés d'incapacité varient de 1 à 2,4 pour les limitations de la mobilité et de 1 à 2 pour les limitations d'activité extérieure et même de 1 à 5 pour les limitations dans des activités d'intérieur.

Tableau 12 **Pourcentages de personnes présentant différents types d'incapacités selon leur niveau de diplôme, leur catégorie professionnelle et leur niveau de revenu**

Catégorie de population	Limitation de mobilité	Limitation d'activité extérieure	Limitation d'activité intérieure
Diplôme			
Sans diplôme	5,5	20,9	21,8
Inférieur au baccalauréat	3,8	14,6	7,5
Supérieur ou égal au baccalauréat	2,7	9,1	2,8
Catégorie professionnelle			
1 - Ouvriers/apprentis	5,3	20,8	21,79
2 - Ouvriers qualifiés	4,2	18,4	12,0
3 - Employés	4,1	15,2	8,9
4 - Techniciens	1,8	7,3	2,3
5 - Agents de maîtrise	3,0	14,4	5,5
6 - Ingénieurs/cadres	2,1	7,9	3,4
Niveau de revenus			
1 - inférieurs à 47 000 F	5,4	19,7	14,9
2 - 47 000 - 73 000 F	4,0	16,0	11,95
3 - 73 000 - 117 000 F	2,8	12,2	6,1
4 - supérieurs à 117 000 F	2,2	9,9	2,9

Quelles que soient les limites de l'enquête (non prise en compte de la population vivant en institution, difficultés d'enquête auprès de certains déficients intellectuels ou auditifs), on observe indéniablement des différences très marquées (en général supérieures au rapport de un à deux) de la prévalence des incapacités étudiées en fonction des variables de statut social. L'effet est du même ordre quelle que soit la façon de repérer les groupes sociaux (le niveau de scolarité, la catégorie socio-professionnelle ou le revenu).

Ces résultats inciteraient à penser que les inégalités observées en matière de mortalité dans la population française se doublent d'une inégalité en matière d'incapacité.

### *La morbidité*

Les disparités sociales en matière de morbidité semblent moins nettes. L'enquête décennale montre des divergences relativement réduites entre le nombre de maladies déclarées selon les PCS extrêmes (ouvriers : 1,05 et artisans commerçants : 0,96), mais des écarts plus accentués selon l'occupation (actifs, chômeurs, étudiants, militaires du contingent, retraités, retirés des affaires, femmes au foyer, autres inactifs), les « autres inactifs » déclarant 1,25 maladies contre 0,51 pour les militaires du contingent, catégorie à vrai dire très particulière par sa jeunesse et son mode de sélection. Dans son enquête « santé, soins et protection sociale en

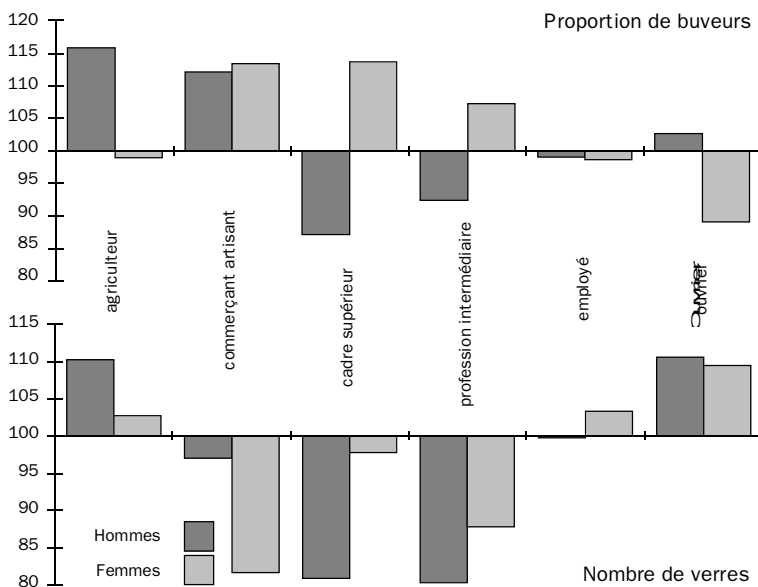
1992 » <sup>1</sup>, le CreDES relève que les indicateurs de morbidité – « risque vital » et « invalidité » évalués par les méthodes propres au CreDES – sont nettement plus mauvais pour les chômeurs que pour les actifs : les écarts sont en moyenne de 28 % pour le risque vital et de 23 % pour l'invalidité. « Pourtant relève le CreDES, les chômeurs sont en moyenne plus jeunes (37 ans) que les actifs (39 ans) et les écarts à âge égale sont donc encore plus importants. »

### Les consommations à risque

Ces disparités sociales se retrouvent-elles lorsque l'on analyse les déterminants ?

Les « déterminants » que sont les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes sont très conditionnées socialement comme le montrent les graphiques ci-joints tirés de l'article « les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992 » de N. Guignon <sup>2</sup>. Ils sont également liés à la culture d'origine (Français/étrangers) et au statut matrimonial (les veufs et divorcés des deux sexes boivent, fument plus et prennent plus de psychotropes que les célibataires et les mariés).

Figure 22 **Alcool et profession, catégorie sociale**

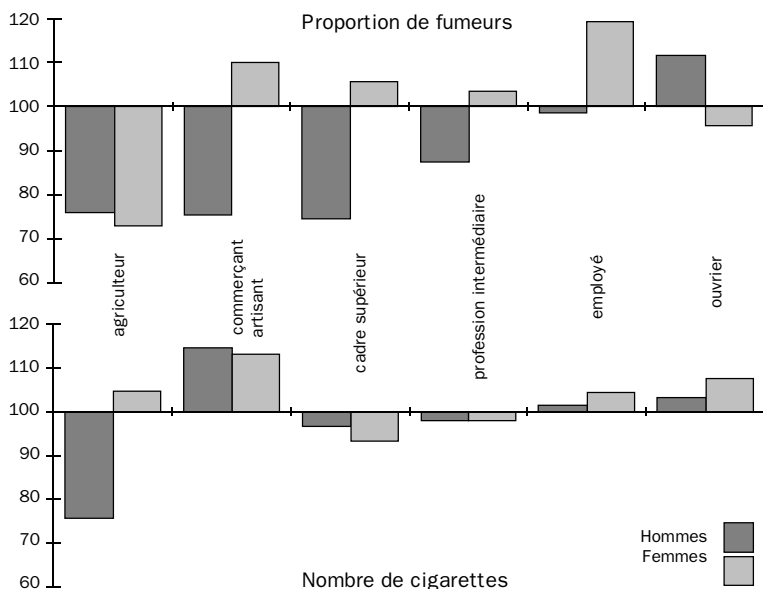


Source : Solidarité Santé, Etudes statistiques n° 1, janvier 1994.

1. BOCOgnANO (A.), GRANDFILS (N.), LE FUR (Ph.), MIZRAHI (An.), *op. cit.*
2. Solidarité Santé, Etudes statistiques n° 1, janvier 1994.

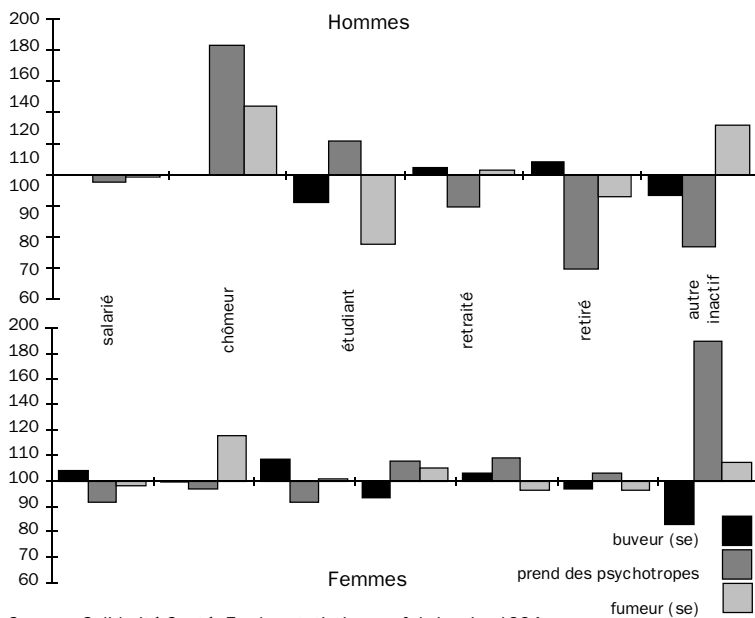


Figure 23 **Tabagisme et milieu social**



Source : Solidarité Santé, Etudes statistiques n° 1, janvier 1994.

Figure 24 **Statut professionnel et consommation d'alcool, de tabac ou de psychotropes**



Source : Solidarité Santé, Etudes statistiques n° 1, janvier 1994.

---

Pour l'alcool et le tabac, nous nous intéressons ici à la consommation régulière, tous les jours, d'au moins un verre et une cigarette (personne de plus de 18 ans pour l'alcool et de plus de 15 ans pour le tabac). L'indicateur 100 indiquant le niveau de consommation moyen, les figures 22-23-24 montrent comment se distribuent les groupes sociaux (PCS, statut professionnel) par rapport à cette moyenne.

### *Les consommations médicales*

Alors qu'elles sont repérables en termes de durée de vie, de qualité de vie et de conduites à risque, les disparités sociales apparaissent beaucoup moins nettement lorsque l'on examine le niveau de la consommation médicale des différents groupes sociaux.

Dans ce domaine, les écarts entre les groupes socio-professionnels sont mesurés à la fois à travers les enquêtes décennales et les enquêtes annuelles du CreDES. Celles-ci font apparaître que la croissance des soins et produits médicaux consommés par les ménages (en moyenne +10 % par an dans les années 1980) a permis une réduction des disparités, ceci par « un double mouvement de rattrapage des indépendants (agriculteurs, commerçants, artisans) et de resserrement des écarts parmi les salariés. »

Les différences qui subsistent sont davantage d'ordre qualitatif : les motifs de recours aux soins sont conditionnés par l'appartenance socio-culturelle comme le montrent P. Aiach et D. Cèbe <sup>1</sup>. Ainsi par exemple, le symptôme « fièvre » a-t-il en milieu populaire un effet déclencheur du soins plus rapide que dans le groupe des cadres où la fièvre devient surtout alarmante si elle est associée à d'autres manifestations. De même les filières de soins sont différentes : ainsi le taux d'hospitalisation est-il significativement plus élevé dans les catégories défavorisées, alors que les groupes les mieux placés du point de vue de la hiérarchie socio-professionnelle se caractérisent par l'importance du recours au spécialiste.

Comme le dit le rapport *Santé 2010* à propos de l'évolution entre 1960 et 1991 :

*« Si le recours au secteur à honoraires libres s'élève fortement avec le niveau de revenu, il n'y a eu ni aggravation ni réduction des disparités selon les tranches de revenu. Ces mouvements se notent également pour les recours à visée préventive (contrôles préventifs de cancers du sein ou de l'utérus, problèmes circulatoires, etc.). Quant aux consommations d'hospitalisation, si les différences entre les groupes sociaux se maintiennent, elles ne s'accroissent pas. Ainsi les chômeurs et les ouvriers qualifiés sont le plus souvent hospitalisés, les cadres supérieurs le moins.*

---

1. AIACH (P.), CEBE (D.), *op. cit.*

*Les écarts persistants entre les groupes sociaux semblent traduire avant tout des différences culturelles aux conséquences ambivalentes sur le plan financier. C'est ainsi que les plus consommateurs ne sont pas nécessairement les plus aisés : dans les classes moins aisées, on recourt plus spontanément à l'hôpital ; les employés sont en 1991 la seule catégorie pour laquelle l'écart par rapport au nombre de consultations de la population moyenne a augmenté (6 % en 1980, 8 % en 1991). En revanche, les écarts peuvent se creuser et les difficultés d'accès persister pour des prestations mal couvertes comme la dentisterie <sup>1</sup>. »*

L'hypothèse peut être faite que les facteurs d'homogénéisation seraient les mêmes que les facteurs de croissance du recours au soin, à savoir le vieillissement de la population, l'extension de la couverture complémentaire mais surtout ce que P. Mormiche appelle la « médicalisation des comportements <sup>2</sup> », en particulier le recours préventif au médecin, la technicisation de la médecine de ville, par exemple le recours accru au spécialiste (une séance de spécialiste sur 4,5 séances de médecin en 1970 contre plus d'une sur trois en 1991) et la densification de soins (croissance de 2 % par an du nombre de séances de médecin pendant la décennie, mais de 2,9, 3,5 et 6,1 % du nombre respectif d'emballages pharmaceutiques, de séances d'auxiliaires médicaux et d'analyses, examens et radios).

La croissance des écarts en termes d'indicateurs de santé est une caractéristique péjorative et alarmante de l'état de santé en France. Les disparités dans la consommation de soins se sont pourtant réduites au cours des trente dernières années. Ceci confirme les analyses développées plus haut selon lesquelles le système de soins n'a qu'un rôle limité pour expliquer l'état de santé d'une population.

### *Les différences inter-régionales*

De grandes disparités se constatent si l'on compare entre elles les régions, mais aussi des niveaux géographiques plus bas : le département, la ville par opposition à la campagne, les quartiers riches comparés aux quartiers défavorisés, les centres villes et les banlieues. Nous privilégierons ici le critère régional parce que la région constitue souvent une entité qui agrège des déterminants (habitudes de vie dans le domaine de l'alcool par exemple, niveaux socio-professionnels, éventuellement aspects climatiques) et aussi parce qu'elle est le niveau opérationnel de la planification sanitaire. Nous ne traiterons pas ici des Dom-Tom dont la situation est analysée par le groupe 3 (volume annexe).

- 
1. SOUBIE (R.), Santé 2010, vol. 2 : Équité et efficacité du système. Travaux d'ateliers, La Documentation française, Paris, 1993.
  2. MORMICHE (P.), « Deux décennie d'évolution de la consommation médicale » in *Solidarité santé*, n° 1, janvier 1994.

Figure 25  
**Mortalité par région en 1991**  
 (ensemble de la population)  
 (taux standardisés par âge)

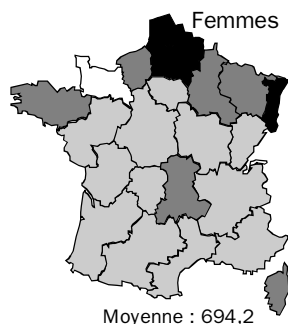
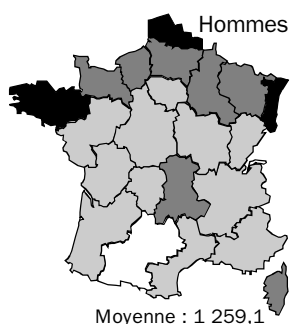
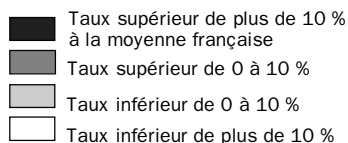
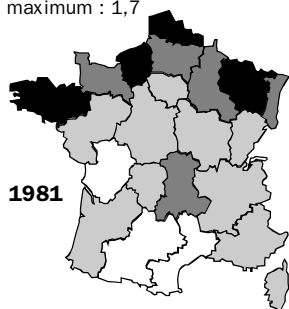
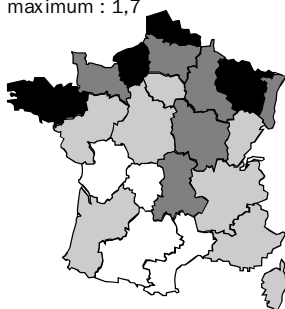


Figure 26  
**Mortalité prématurée par région en 1981 et 1991**  
 (taux standardisés par âge, décès à moins de 65 ans)

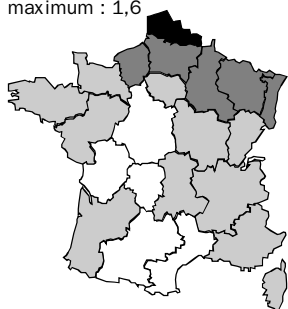
moyenne : 304,2  
 surmortalité  
 maximum : 1,7



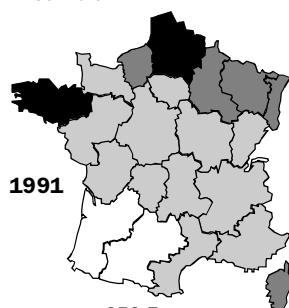
moyenne : 429,8  
 surmortalité  
 maximum : 1,7



moyenne : 183,4  
 surmortalité  
 maximum : 1,6

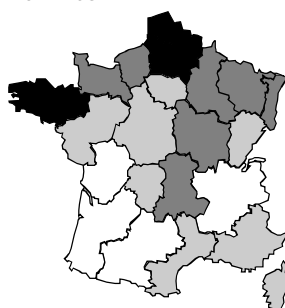


Ensemble



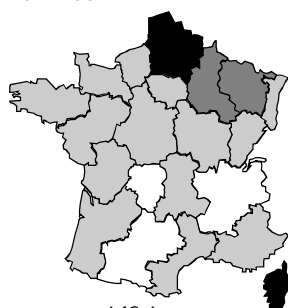
moyenne : 256,7  
 surmortalité  
 maximum : 1,6

Hommes



moyenne : 369,1  
 surmortalité  
 maximum : 1,6

Femmes



moyenne : 148,1  
 surmortalité  
 maximum : 1,5



Interprétation : en 1991, la région de mortalité maximum avait un taux de décès 1,6 fois plus élevé que la région de mortalité minimum.  
 Source : Inserm-SC8.

Les taux de mortalité les plus élevés se situent dans un arc qui va de la Bretagne à l'Alsace. L'Auvergne et la Corse sont également désavantagés.

La surmortalité prématurée (taux supérieur à la moyenne) s'observe dans les mêmes régions, à l'exception de la Basse-Normandie et de l'Auvergne, comme le montrent les cartes qui suivent.

Pour les femmes, les régions à mortalité élevée sont en moins grand nombre et se concentrent dans le nord et le nord-est du pays. Dans les régions où la mortalité est forte, la surmortalité masculine est encore accentuée.

Entre 1981 et 1991, les différences inter-régionales sont restées remarquablement stables que ce soit pour les hommes ou pour les femmes. Le niveau des taux régionaux de mortalité a eu tendance à diminuer quels que soient la région et le sexe considérés. La diminution a été de 5 à 20 % selon les régions. Les baisses les plus modérées sont observées en Ile-de-France, régions PACA et Corse chez les hommes (principalement effet du Sida).

Pour la plupart des *causes de mortalité*, ce sont les régions situées dans la moitié nord de la France qui se distinguent par une mortalité plus élevée (cancer du poumon, cancers VADS, alcoolisme, maladies de l'appareil circulatoire, suicide, cancer de l'utérus et du sein). Par rapport à cette tendance générale, on peut noter :

- une implantation nord-est très nette pour le cancer du poumon que ce soit pour les femmes ou pour les hommes ; la progression de cette pathologie depuis dix ans a touché toutes les régions mais d'une manière plus nette, la moitié ouest de la France et les régions du nord-est ;
- de même, une répartition nord-est des décès par infarctus alors que la mortalité par maladies cérébro-vasculaires et hypertensives touche l'ensemble de la moitié nord du pays ;
- une répartition des accidents de la circulation très différente des autres pathologies ; notons également la progression de cette cause de mortalité dans deux régions : PACA et Languedoc-Roussillon ;
- en ce qui concerne le cancer du sein, la diminution de la mortalité dans l'ensemble des régions du sud-est alors que les taux progressent dans toutes les autres régions ;
- la répartition très spécifique du Sida (essentiellement Ile-de-France et PACA).

Les écarts de *mortalité prématurée* entre régions extrêmes sont de 1 à 1,6. Mais pour certaines causes de mortalité, ils sont extrêmement élevés : Sida : 16,3, alcoolisme : 5,7, cancer des VADS 4,1, cancer du poumon : 2,8, maladies cardio-vasculaires et hypertensives : 2,7.

---

Dans « les variations géographiques de la mortalité », article publié dans un ouvrage de l'Inserm<sup>1</sup>. B. Garros et M.H. Bouvier-Colle associent aux variations géographiques de la mortalité :

- la composition socio-professionnelle des régions. Mais quelle que soit la catégorie, elle subit l'effet régional, par exemple : « Le manœuvre du Nord ou de l'Est a de toutes façons une mortalité plus élevée que celui du Centre ou du Sud. » ;
- l'urbanisation : son effet ne suffit pas à rendre compte des variations géographiques de mortalité ;
- l'équipement sanitaire (lits d'hôpitaux, médecins libéraux) et la consommation de soins : les disparités dans ces domaines (Ouest, Nord et Est défavorisés, Sud bien doté) ne sont pas rigoureusement corrélés aux variations de mortalité : l'Est a une densité de lits élevée, le Nord présente une importante consommation médicale, le Centre associe une sous-mortalité à la sous-consommation ;
- les consommations de tabac et d'alcool : en ces domaines les variations régionales sont relativement homogènes avec les disparités de mortalité.

**Des groupes de population fragiles ou fragilisés**

En dehors du sexe masculin dont nous rappellerons la surmortalité, nous attirerons l'attention sur trois catégories de population dont la situation structurelle et/ou tendancielle est défavorable. Il s'agit de deux groupes différenciés sur la base d'un critère socio-économique (les personnes au travail et les personnes marginalisées) et d'un groupe d'âge :

- les personnes en situation d'emploi ;
- certains groupes d'exclus ;
- les jeunes et jeunes adultes.

***Le sexe masculin***

En matière de mortalité, les hommes n'appartiennent pas au sexe fort.

En espérance de vie à la naissance des hommes, la position de la France (72,9 an en 1991) par rapport aux autres pays est très moyenne. Elle se situe au même niveau que celle des États-Unis ou de la Belgique, mais derrière le Japon (75,9), la Suède (74,9), l'Italie (74), l'Espagne (73,3) et le Royaume-Uni (73,2). Les positions respectives des différents pays ont peu évolué depuis 1981. La France est avec la Russie et la Finlande le pays où la surmortalité masculine est la plus accentuée.

Si l'on considère la mortalité *prématurée* des hommes, la position française est, on l'a vu précédemment (« Mortalité prématurée et

---

1. GARROS (B.), BOUVIER-COLLE (M.-H.), « Les variations géographiques de la mortalité » in *Mortalité et causes de décès en France*, collection Grandes enquêtes en Santé publique et en Épidémiologie, Inserm, Doin, Paris, 1990.

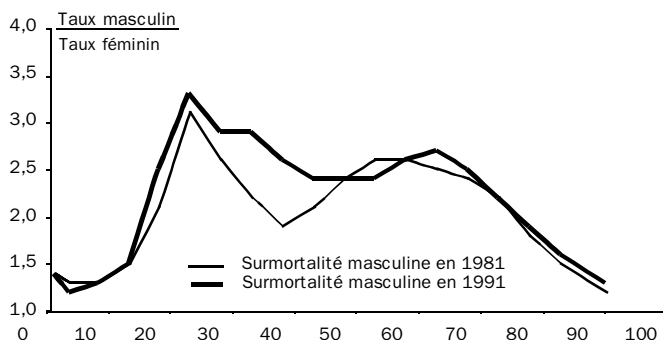
évitable : une situation préoccupante » p. 76), encore plus défavorable. La surmortalité masculine se retrouve plus ou moins marquée pratiquement dans toutes les catégories sociales. Comme le montre la figure suivante, elle s'est aggravée entre 1981 et 1991.

La surmortalité masculine est maximale en France entre 15 et 75 ans (à ces âges en 1991, les taux masculins sont de 2,5 à 3 fois plus forts que les taux féminins). La plus grande partie de cette différence est due soit à des causes accidentelles, soit à des maladies fortement liées à la consommation de tabac et d'alcool. Comparativement à ceux des autres pays, les hommes se caractérisent en France par une plus grande fréquence de l'usage concomitant de tabac et d'alcool. Cette association de deux facteurs de risques majeurs se traduit par des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Il est difficile d'affirmer que dans l'avenir la surmortalité masculine diminuera. Certes, les femmes fument davantage qu'autrefois, mais il n'est pas certain que les effets du tabac aient un impact identique chez les femmes et les hommes, d'autant plus qu'elles ne semblent pas associer pour l'instant la consommation de tabac à la consommation excessive d'alcool. Par ailleurs, l'épidémie de Sida, qui touche davantage les hommes, introduit un nouveau facteur de surmortalité masculine dont l'impact est encore mal mesuré.

En regard de l'indicateur d'espérance de vie sans incapacité, la différentiel hommes-femmes est moins marqué : 5,3 ans en 1991 contre 8,2 ans pour l'espérance de vie. A 65 ans, l'espérance de vie sans incapacité des hommes a en partie rattrapé celle des femmes : 10,1 ans contre 12,1. Si les hommes vivent moins longtemps, ils vivent proportionnellement plus longtemps en bonne santé...

Figure 27 **Surmortalité masculine selon l'âge - France 1981 et 1991**



Interprétation : en 1991, les taux de décès entre 20 et 25 ans sont 3,3 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes ; en 1981, cet indice de surmortalité était un peu moins important (3,1).

Source : Inserm-SC8.

---

Si l'on s'intéresse à la perception de la santé et à la morbidité, le paradoxe qui fait coexister chez les femmes une grande longévité avec un taux de morbidité subjective et objective élevé, apparaît ici inversé : les hommes sont plus optimistes que les femmes sur l'amélioration de l'état de santé des Français depuis dix ans (27 % des hommes 21 % des femmes estiment qu'elle s'est beaucoup améliorée) ; ils déclarent 2,7 maladies un jour donné alors que les femmes en déclarent 3,9.

### *La santé au travail*

Nous avons vu l'influence de la profession - catégorie sociale sur la mortalité, la morbidité et le handicap. En vingt ans, les disparités, loin de se réduire, se sont légèrement accrues. Les écarts vont-ils persister, voire s'élargir ou au contraire s'atténuer ? La crise économique et la nécessité d'accroître la compétitivité de l'économie ont rendu pour tous les salariés les conditions de travail plus précaires (contrats de travail précaires, risques de chômage, horaires de travail variables), plus dures (intensification du rythme et de la pénibilité), plus dangereuses (sous-traitance).

L'enquête réalisée en 1991 sur les conditions de travail montre une dégradation, depuis 1984, de la perception des salariés sur la pénibilité, les contraintes et les nuisances de leur travail <sup>1</sup>.

L'étude Estev, réalisée sur 21 378 salariés en 1990 par un collectif de médecins du travail et de chercheurs, montre que le cumul des contraintes physiques (postures pénibles, charges lourdes, ...) et des perceptions négatives du métier (travail monotone, inintéressant, ...) amplifie les troubles de santé, notamment les troubles du sommeil et les pathologies ostéoarticulaires.

Le travail peut avoir un rôle de valorisation et de « structuration » de l'individu. Il est l'occasion d'une réalisation et d'un épanouissement qui servent la santé. Mais tout travail perçu négativement perd sa potentialité d'atout pour la santé <sup>2</sup>.

Les données sur la santé au travail sont fournies par deux sources :  
– les statistiques de la CNAMTS sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ;  
– un certain nombre d'études ou d'enquêtes particulières.

Elles concernent les salariés des secteurs non agricoles.

### *Les maladies professionnelles*

Il s'agit de maladies engendrées ou favorisées par une activité professionnelle.

---

1. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle, *Conditions de travail, organisation du travail et nouvelles technologies en 1991*, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle, Paris, juin 1993.  
2. CASSOU (B.), « Travail et Santé : un couple infernal », *Santé et Travail* n° 2, 1991.



Elles sont largement sous-déclarées. En effet, leur reconnaissance est subordonnée à l'inscription sur une liste nominative : ainsi les dorsalgies et les dépressions n'ouvrent-elles pas droit à réparation. De plus, il est difficile de rattacher au travail une pathologie survenue souvent longtemps après l'exposition au risque. Ainsi les 492 affections dues à l'amiante, reconnues en 1991, résultaient d'exposition datant de vingt à trente ans.

Deux exemples de sous déclaration sont fréquemment donnés : deux cents asthmes professionnels, cent quarante cancers professionnels indemnisés chaque année.

Les professionnels de la santé au travail estiment que ces chiffres devraient être multipliés par plus de cent pour les asthmes et plus de cinquante pour les cancers. Ainsi au moins mille cancers du poumon devraient-ils être déclarés.

Le nombre de maladies professionnelles indemnisées dans le cadre du régime général a été de 5 080 en 1991, soit une augmentation de 15 % par rapport à l'année précédente (4 417 en 1990). Le nombre de décès entraînés par des maladies professionnelles a été de 164 en 1991 : mésothéliome et cancer bronchique (amiante), hémopathie (benzène), cancer de l'ethmoïde (bois), pathologies liées à l'arsenic, sidérose, hépatite virale.

Les maladies engendrant le plus grand nombre de réparations sont : les affections périarticulaires (1 342), celles dues au bruit (791), les affections dues à l'amiante (492 cas), au ciment (385 cas), les lésions eczématiformes de mécanismes allergiques (305), les pneumoconioses dues à la silice (302 cas). Ces affections regroupent 61 % du total des maladies professionnelles réparées.

### *Les accidents du travail*

Il s'agit des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de l'activité professionnelle (y compris pendant le trajet domicile-travail).

En 1992, pour les 15,5 millions de salariés du régime général de la sécurité sociale, on a dénombré 759 481 accidents avec arrêt dont 63 282 accidents ayant entraîné une incapacité partielle ou totale et 1 059 accidents mortels<sup>1</sup>. Les accidents sont en augmentation régulière depuis 1987 : le rythme de croissance est de 18,6 %, deux fois plus rapide que celui de l'emploi (9,2 %). Seuls les chiffres de 1992 font apparaître un léger recul du nombre total des accidentés (-3,4 %) alors que le recul des effectifs salariés en 1992 n'est estimé qu'à 0,8 %.

L'accidentalité n'est pas univoque, il s'agit d'un phénomène qui varie en fonction du secteur professionnel, la taille de l'entreprise,

---

1. Source Statistiques nationales d'accidents du travail (1989-90-91) : statistiques financières et technologiques du régime général de CNAMTS 1993.

---

l'âge de la victime, sa qualification et du type de contrat de travail :

- l'indice du taux annuel d'accident (nombre d'accidents déclarés pour 1 000 salariés) est le plus élevé pour le bâtiment (223), puis viennent l'industrie de la fonderie et du travail des métaux (200), celle des bois et meubles (175), la mécanique (171) et le secteur des industries agricoles et alimentaires, caoutchouc, matière plastique et papier carton (150). En secteur tertiaire, par comparaison, cet indice est de 50 ;
- dans les petits établissements (10 à 49 salariés), l'indice relatif de taux d'accident des salariés est de 127, alors qu'il est de 50 par établissement de plus de 500 salariés. Ceci est vrai quel que soit le secteur professionnel, à l'exception du secteur agro-alimentaire ;
- les ouvriers sont deux fois plus accidentés que l'ensemble des salariés. L'indice de taux d'accident est de 233 pour les ouvriers non qualifiés et de 173 pour les ouvriers qualifiés. Il est de 47 pour les employés, de 36 pour les professions intermédiaires et de 7 pour les cadres supérieurs ;
- le statut des salariés affecte beaucoup l'indice de taux d'accident. L'indice du salarié à statut temporaire est trois fois plus élevé que celui du travailleur avec contrat à durée indéterminée. Par exemple, l'indice de taux d'accidents des ouvriers intérimaires est de 610 alors qu'il est de 194 pour l'ensemble des ouvriers ;
- un quart des accidentés a moins de 25 ans, leur indice de taux d'accident est de 218. Il est de 84 pour les autres. Ce facteur multiplicateur de 2,6, retrouvé quel que soit le secteur professionnel, s'explique par l'absence fréquente de qualification ou le statut généralement précaire ;
- le degré d'ancienneté joue aussi un rôle important puisque près d'un accidenté sur cinq a été embauché ou affecté au poste depuis moins de trois mois. L'absence d'information et l'insuffisance d'encadrement amplifient sans doute cet effet, en partie lié aussi à l'âge et au statut de l'emploi.

### *Les nouvelles pathologies*

Leur connaissance résulte de témoignages des médecins du travail <sup>1</sup> et d'études ponctuelles :

- les troubles musculo-squelettiques (affections péri-articulaires) sont en pleine explosion : 160 % en trois ans. Ils sont corrélés à quatre facteurs : mouvement répétitif, force exagérée, angle excessif et cadences élevées (industrie, câblerie, travail des caissières, journalistes, secrétaires, ...) ;

---

1. Mutualité française, Mission interministérielle de recherche et expérimentation (Mire), Caisse régionale d'assurances maladie du Centre : Service Prévention, *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail*, collection Alternatives sociales, Syros, Paris, 1994.

- les troubles pathologiques (insomnies, dépression, troubles de l'humeur) liés au stress sont un reflet du mal-être consécutif à l'organisation du travail, au travail en urgence, au contexte de récession. Ils peuvent aboutir à des décompensations psychiatriques ;
- les pathologies allergiques, d'apparition rapide (dermatoses, asthme, rhinites) sont liées à l'utilisation de nouvelles molécules chimiques. On ignore l'effet à long terme de ces molécules.

La précarité au travail s'aggrave incontestablement. Cette détérioration des conditions de travail s'accompagne d'une évolution défavorable de l'état sanitaire des travailleurs. Il est urgent de réaffirmer l'intérêt accordée à la santé au travail, en multipliant les initiatives de prévention pour une meilleure gestion des risques et en replaçant la médecine du travail dans le champ de la santé publique.

### *Les populations défavorisées*

Une des caractéristiques des populations défavorisées est qu'elles échappent à tout recensement du fait même de leur marginalité qui les écarte des circuits d'inscription dans la vie sociale (emploi, logement, école), mais aussi parce que l'exclusion est plus un processus qu'un état ; il y a des passages plus ou moins prolongés en situation d'exclusion.

Les critères de vulnérabilité sont multidimensionnels (chute de revenu, perte d'emploi, chômage de longue durée, ruptures familiales, déstructuration du réseau social, âges de la vie avec les périodes particulièrement difficiles d'entrée dans la vie professionnelle 18-30 ans – et de sortie de l'emploi, ...).

Une étude du Cerc en 1993 montrait que 40 % des actifs se trouvaient en situation de risque de vulnérabilité économique et sociale. Dans le jeu des facteurs inducteurs d'exclusion, la dégradation du marché de l'emploi joue un rôle important <sup>1</sup>.

Selon le rapport *Grande exclusion sociale*, remis par C. Chasse-riaud au ministère des Affaires sociales, 1,4 millions de Français seraient actuellement en grande difficulté sociale. Le nombre de bénéficiaires du RMI était de 793 000 au 16.03.1994. Le montant mensuel maximum de l'allocation était de 2 253 F. L'évaluation du nombre de sans domicile fixe va de 200 000 selon une étude du Bipe, à 1 million selon l'Abbé Pierre.

Parce que les populations défavorisées, en difficultés, en situation de précarité, de marginalité ou d'exclusion sont mal cernées et mal cernables, l'on ne dispose pas d'indicateurs de santé les concernant. Nous avons vu que les professions - catégories

---

1. Centre d'études des revenus et des coûts (Cerc), « Précarité et risques d'exclusion », Document du Cerc n° 109, La Documentation française, Paris 1993.

---

sociales les plus défavorisées l'étaient également du point de vue des indicateurs de santé.

Même si le niveau des consommations de soins entre catégories sociales a tendu nettement à se rapprocher, il reste qu'une personne sur cinq renonce à certains soins pour des raisons financières. Ce renoncement correspond à des soins mal remboursés : soins dentaires, lunettes, imagerie médicale, analyses de laboratoires (11 457 personnes enquêtées) <sup>1</sup>. Bien que théoriquement toute personne résidant en France puisse bénéficier d'un système de protection sociale, l'accès aux soins des plus démunis demeure difficile pour les raisons suivantes :

- part importante et croissante de la dépense restant à la charge des assurés ne disposant pas d'assurance complémentaire ;
- ignorance des personnes concernées sur les droits réels à l'assurance maladie ;
- complexité de la réglementation ;
- lenteur des procédures d'admission à l'aide médicale ;
- manque de coordination des différents acteurs du système de protection sociale.

Si les catégories d'exclus sont difficiles à cerner, les détresses individuelles sont souvent grandes et bien connues des acteurs de terrain, qui signalent tous l'émergence de poches de pauvreté ou d'exclusion. Le fait que chaque jour une centaine de clochards, chômeurs ou étrangers clandestins s'adresse à la consultation de France Médecins du monde, située à un kilomètre de la Pitié Salpêtrière, est un signal d'alarme.

Évoquons quelques groupes d'exclus moins mal connus que les autres.

### *Les bénéficiaires du RMI*

Leur état de santé est nettement dégradé.

### *Santé perçue*

En 1990, selon une enquête du Credoc <sup>2</sup>, la santé était source de problèmes pour plus d'un quart des allocataires, 17,5 % se déclaraient très souvent malades ou fatigués et 10,2 % répondaient ne pouvoir occuper aucune activité du fait de leur santé. L'ensemble des résultats disponibles, ainsi que les informations transmises par les acteurs de terrain, insistent sur la « démoralisation ». Il existe des problèmes spécifiques de rapport à l'alcool.

- 
1. MIZRAHI (An. et Ar.), « Opinion sur l'avenir de l'assurance maladie et accès aux soins », *Credes* n° 991, septembre 1993.
  2. Cf. CROUTTE (P.), ILIAKOPOULOS (A.), LEGROS (M.), « RMI : le temps des effets. Analyse des évolutions entre les première et les troisième vagues d'interrogation », in *Solidarité santé*, n° 4, octobre-décembre 1991.

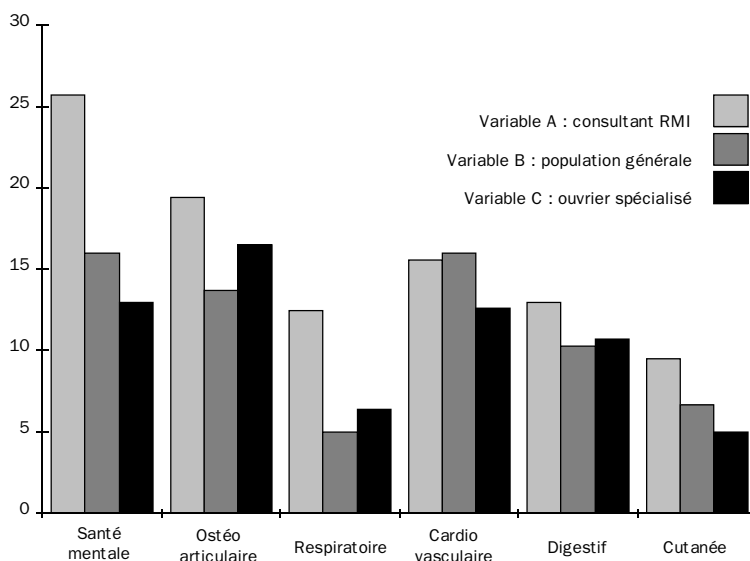
### *Santé diagnostiquée*

On dispose de très peu de données concernant la mortalité des RMIstes, mais une évaluation de la délégation interministérielle au RMI <sup>1</sup> estime que la mortalité des bénéficiaires du RMI est deux à trois fois plus élevée que celle de la population générale, à âge égal.

Le même rapport propose une comparaison des morbidités entre : l'ouvrier spécialisé (qualification assez proche du niveau moyen de la qualification des RMIstes) consultant en médecine générale, la population générale, et les RMIstes ayant consulté dans différentes structures (12 structures étudiées). Ces résultats doivent être maniés avec précaution, mais la comparaison entre les motifs de consultation des RMIstes et des OS met en évidence 3 pathologies près de deux fois plus représentées :

- la pathologie mentale ;
- la pathologie respiratoire (liée au tabac et aux conditions de vie) ;
- les pathologies cutanées (liées elles aussi aux conditions de vie) (figure 28).

Figure 28 **Répartition des patients pour chaque type de pathologies**  
**Comparaison avec la morbidité observée en médecine générale**  
 Pourcentage pour 100 individus entre 25 et 65 ans



Remarque : un même patient peut être affecté par des maladies appartenant à des groupes différents.

1. SCHAETZEL (F), QUEROUIL (O.), *État de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes*, DIRMI, Paris, novembre 1991.

---

### *Les jeunes en situation d'exclusion*

Il s'agit de la catégorie particulière de jeunes qui ne sont insérés ni dans le système scolaire ni dans un cursus professionnel et qui sont pris en charge par un dispositif d'insertion (Missions locales, Crédits de formation individualisé etc.)

Chaque année 90 000 jeunes, un sur huit, sortent du système scolaire sans diplôme. Selon une étude de la DEP, 20 % des élèves sortant de l'enseignement primaire ont un niveau de lecture trop faible pour affronter les difficultés de la sixième ou de la cinquième. A la sortie de la troisième, il sont encore 5 %. Le rapport « Grande exclusion sociale » déjà cité évaluait à 200 000 le nombre de jeunes de moins de 25 ans en grande difficulté dans les dispositifs d'insertion.

L'Inserm a étudié, en 1993 les jeunes de 16 à 25 ans ayant eu recours à ces dispositifs d'insertion.

Comparant des groupes de jeunes d'âges identiques, mais les uns scolarisés (18 ans), les autres en dispositif d'insertion CFI/Paque (20 ans), donc plus défavorisés, Marie Choquet (Inserm) conclut au fait que les jeunes désinsérés se caractérisent par leur violence (sur eux-mêmes, sur autrui ou violence subie), et par le tabagisme (cf. tableau 13). En revanche l'alcoolisation, la drogue et la consommation de psychotropes sont inférieurs chez les jeunes désinsérés. Ce différentiel peut s'expliquer en partie par l'importance du nombre de Maghrébins dans cette population, et donc par une influence culturelle et religieuse, par le niveau de revenu et par le caractère plus urbain de la population CFI/Paque.

### *Les jeunes et jeunes adultes*

Avec l'allongement de la vie scolaire et les difficultés d'entrée dans la vie professionnelle, la notion de jeunes a tendu à inclure les jeunes adultes. La période de la vie dont il sera question va de 15 à 25 ans, mais les tranches d'âge étudiées par les différentes enquêtes évoquées ici sont variables et peuvent déborder cette période (voir groupe 6, volume annexe).

L'état de santé des jeunes en France présente des aspects préoccupants en raison de l'importante surmortalité en France à cet âge et aussi, en raison de l'impact et des spécificités des comportements à risque de cette classe d'âge. Les caractéristiques de l'ensemble de la population en matière de conduites à risque seront analysées plus loin (« Facteurs explicatifs » p. 140). Mais c'est dès ce paragraphe que nous présenterons les attitudes des jeunes face aux facteurs de risques : pour les jeunes, plus que les autres, l'attitude face au risque est partie intégrante de son état de la santé.

Tableau 13

En %

	Garçons		Filles	
	Scolaires	CFI/Paque	Scolaires	CFI/Paque
	> à 18 ans N : 1134	< 20 ans N : 332	De 18 ans N : 1077	< 20 ans N : 393
<i>L'alcool</i> Alcoolisation régulière et/ou ivresse -> par an	40,2	26,1	12,2	14,0
<i>Le tabac</i> Fume régulièrement	34,1	50,1	31,3	50,3
<i>La drogue</i> A consommé au moins un produit 10 fois et plus durant sa vie	18,6	10,9	7,7	8,0
<i>Les psychotropes</i> Avoir pris des médicaments psychotropes	13,0	14,7	32,9	25,1
<i>Au cours de la vie</i> avoir fait une tentative de suicide				
Une fois	4,1	10,7	9,0	14,0
Plusieurs fois	1,4	1,5	2,7	4,5
<i>Violences agies</i> Souvent se bagarre ou frappe ou casse et/ou fait du racket	19,3	48,0	10,6	30,8
<i>Violences subies</i> Avoir été victime de violences sexuelles	0,7	4,9	9,0	11,3
<i>Symptomatologie</i> dépressive	6,1	5,0	16,4	16,8
<i>Avoir des caries dentaires</i>		55,3		63,5
<i>Avoir une scoliose</i>		7,8		12,0
<i>Avoir été hospitalisé pour un accident dans l'année</i>	18,7	8,7	16,8	5,6

Source : Choquet - Ledoux : Adolescents, Enquête nationale auprès de 13 000 élèves du second degré.

Choquet - Iksil : Enquête nationale auprès de 3 000 jeunes CFI/Paque.

### La mortalité

Si l'on reprend les courbes de mortalité prématurée comparant la France à la Grande-Bretagne, l'Allemagne de l'Ouest, l'Italie, les Pays-Bas et le Japon présentées p. 78, on observe que la surmortalité en France y est très accentuée pour les garçons entre 10-15 ans et 25-30 ans et qu'elle existe aussi pour les filles.

L'analyse des *causes de mortalité* des 10-24 ans en 1992 montre que les accidents (51 % du total des décès) et les suicides (12,5 % du total des décès), sont les deux principales causes de

---

décès. Quelle que soit la tranche d'âge considérée, les garçons sont plus touchés que les filles. L'indice de surmortalité masculine (rapport du taux de mortalité masculine sur le taux de mortalité féminine) s'accroît avec les années : il est respectivement de 1,28 (10-14 ans), 2,45 (15-19) et de 3,21 (20-24).

Les accidents mortels sont essentiellement imputables aux accidents de la circulation, les autres types d'accidents de la vie courante (domestiques, sports, loisirs, scolaires) induisent une mortalité beaucoup plus faible mais sont en revanche responsables d'une morbidité importante.

On peut rappeler que pour l'année 1992, parmi les 18-24 ans : 2 315 sont morts, 11 997 ont été grièvement blessés et 40 809 blessés plus légèrement dans des accidents de la circulation. Alors que les 18-24 ans constituent le quart de l'ensemble des accidents, ils ne représentent que 10,5 % de la population française <sup>1</sup>.

On peut rappeler aussi que 405 000 jeunes scolarisés de 3 à 24 ans sont victimes d'accidents scolaires, et que 123 000 accidents de la vie domestique et 119 000 accidents de sport surviennent annuellement chez les 11-16 ans (214 000 accidents de sport pour les 17-24 ans) <sup>2</sup>.

En 1991, 800 jeunes sont morts par suicide. A l'hôpital, 10 % des admissions aux urgences d'adolescents concernent des tentatives de suicide. On évalue à 40 000 tous les ans, le nombre de tentatives de suicide chez les moins de 25 ans. La récurrence est un phénomène important car 37 % des suicidants de moins de 25 ans ont déjà fait antérieurement, au moins une tentative de suicide. Autre aspect inquiétant : à 14-15 ans, 10 % des filles (6 % des garçons) signalent avoir « assez souvent ou très souvent » des idées de suicide <sup>3</sup>.

**La morbidité médicalisée** chez les jeunes n'est pas un phénomène important en termes numériques : à cette période de la vie, hospitalisations et consultations sont peu nombreuses. Les raisons d'hospitalisation concernent essentiellement les pathologies gynécologiques et la santé mentale chez les filles, les suites d'accidents chez les garçons. Les motifs de consultation sont plus souvent le fait de pathologies bénignes suivies par le médecin généraliste. Parmi les spécialistes, les dermatologues sont le plus souvent consultés (acné et autres affections dermatologiques). Les filles ont un niveau de consultation plus élevé

- 
1. ADRIAN (J.), « La violence routière chez les jeunes de 15 à 24 ans », in *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol. 32, n° 4, octobre-décembre 1992.
  2. CNAMTS, Enquête accidents de la vie courante, 1991, *Bloc notes – Statistiques*, mai 1993.
  3. POMMEREAU (X.), « La prise en charge des jeunes suicidants à l'hôpital général », in *Prévenir*, n° 23, 1992.



que les garçons, en raison vraisemblablement des consultations gynécologiques (Source : M. Choquet, *Les adolescents face aux soins*, Inserm, 1992).

La fréquence de la consultation dentaire a son maximum un peu après l'âge de 10 ans, puis elle décroît régulièrement durant l'adolescence. Quel que soit l'âge considéré, les filles consultent plus que les garçons <sup>1</sup>.

A côté de cette morbidité médicalisée, il existe un autre type de morbidité : la morbidité « ressentie ». De nombreuses études épidémiologiques (M. Choquet) portant sur l'identification des causes principales de morbidité chez les jeunes montrent que celles-ci sont plus souvent « ressenties » qu'« objectivées ». La morbidité « ressentie » est essentiellement constituée de troubles psycho-somatiques (mal au ventre, mal au dos, nervosité, ...), de fatigue et de troubles du sommeil.

Une enquête auprès de 12 466 collégiens et lycéens de 11 à 18 ans publiée par l'Inserm en 1994 <sup>2</sup> montre que 87,8 % des jeunes s'estiment bien portants, 8,6 % ont un handicap physique ou une maladie chronique, 43,2 % ont eu au moins un accident durant l'année dont 10 % plus de trois, 37,8 % des problèmes de vue (corrigés dans 85 % des cas), 72,9 % des problèmes dentaires (soignés dans 94 % des cas).

Il semble que l'âge des premiers rapports sexuels soit constant d'une génération à l'autre <sup>3</sup>. Les garçons ont généralement leur premier rapport sexuel vers 17 ans, et les filles vers 18 ans. Dans la plupart des cas, ce premier rapport ne se prolonge pas par une relation suivie. La sexualité est vécue chez les filles plutôt comme une relation à risque : elles se sentent investies d'une responsabilité par rapport à la grossesse et à la contraception. L'usage du préservatif est moyennement répandu chez les jeunes : 50 % des jeunes utilisent un préservatif lors de leur premier rapport, 65 % des 15-24 ans qui ont plusieurs partenaires en font usage. Les principales motivations d'utilisation sont la prévention du Sida (80 % des adolescents sondés) et la contraception (60 %).

### ***La consommation de produits psychotropes***

Nous citerons ici *in extenso* le résumé fait par M. Choquet et S. Ledoux de leur enquête :

*« L'alcool vient en tête (la moitié des 11-18 ans en ont déjà consommé). Ce produit est, non seulement très accessible mais*

---

1. MIZRAHI (A.), *Quelques données sur la consommation médicale en 1990*, Credes, Paris, 1990).

2. CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), *op. cit.*

3. SPIRA (A.), BAJOS (N.), Groupe ACSF, *Les comportements sexuels en France*, collection des rapports officiels, La Documentation française, Paris, 1993.

---

*il bénéficie aussi d'une image positive, surtout parmi les garçons d'origine française.*

*Le tabac vient ensuite (un jeune sur quatre fume). Ce produit est tout aussi accessible que l'alcool, mais son image sociale s'est nettement « ternie » depuis les campagnes de prévention et les mesures législatives récentes.*

*Les médicaments psychotropes, essentiellement délivrés sur ordonnance médicale et donc en vente « contrôlée », sont consommés par 17 % des jeunes.*

*Quant aux produits illicites, ils sont consommés par 15 % des jeunes. Toutefois, il convient de différencier le haschich (un jeune sur huit en a déjà pris), produit relativement accessible (les points de vente sont souvent connus) et considéré comme peu nocif par certains, des drogues dites « dures » (un jeune sur cent en a consommé), inaccessibles hors des circuits de vente très spécifiques, et jugées plus dangereuses.*

*Seulement un quart des consommateurs d'alcool consomment régulièrement, alors que deux tiers des fumeurs fument tous les jours. Ainsi, l'alcool reste, parmi les jeunes, un produit « occasionnel », contrairement au tabac, qui devient un produit « quotidien ». Quant aux drogues illicites, on note que 40 % des consommateurs de haschich ont renouvelé leur essai au moins dix fois, alors que 20 % des expérimentateurs de drogues dures répètent l'expérience.*

*Les disparités dans l'espace concernent surtout la consommation d'alcool (avec un rapport de trois entre les académies extrêmes) et de tabac (un rapport de deux). Conformément aux données de l'enquête 1988, les académies à dominante rurale sont plus consommatrices que les autres. Mais la Bretagne n'est pas la plus « alcoolisée », même si elle fait partie du peloton de tête.*

*Quant à la consommation de médicaments et surtout celle de drogues, la disparité est faible. Ainsi, il ne s'agit plus de phénomènes typiquement urbains ou péri-urbains. Notons que ce nivellement entre les régions concerne autant le haschisch que les drogues dites « dures »...*

*Le tabac est largement consommé par les deux sexes, alors que l'alcool et la drogue sont des produits masculins et les médicaments psychotropes plutôt féminins. Notons que depuis 1971, l'alcool est resté un produit masculin (le sex-ratio, autour de quatre, est identique depuis une vingtaine d'années).*

*Alcool, tabac et drogue augmentent avec l'âge, pour les filles comme pour les garçons : le taux de consommation est multiplié, entre 11 et 18 ans, par seize pour la consommation quotidienne de tabac, par six pour l'usage régulier d'alcool ou la prise répétée*

de drogue. Ainsi, à 18 ans, parmi les garçons, 40 % boivent régulièrement, 34 % fument régulièrement et 19 % ont pris des drogues au moins dix fois. Pour les filles, les proportions sont de 12 %, 31 % et 8 %.

Quant aux médicaments psychotropes, ils augmentent avec l'âge pour les filles seulement et à 18 ans, 33 % des filles prennent des médicaments contre la nervosité, l'angoisse ou l'insomnie.

*Quelles évolutions en vingt ans ?*

Parmi les élèves de Lycées d'enseignement général et technique, la consommation d'alcool et de tabac a diminué en vingt ans. En ce qui concerne le tabac, seuls les garçons ont diminué leur tabagisme, contrairement aux filles, pour qui on observe une légère augmentation. Quant à l'alcoolisation, la consommation quotidienne s'est « effondrée », cette diminution étant encore plus spectaculaire pour les filles.

Mais simultanément la recherche d'ivresse a sensiblement augmenté. Ainsi, l'alcoolisation s'est modifiée : d'un mode régulier, on est passé à un mode « toxicomane ». Les boissons préférentielles sont actuellement la bière et les alcools forts, le vin n'étant plus en vogue parmi les jeunes.

La consommation globale a progressé, mais pour les filles seulement : alors que pour les garçons le taux de consommation est resté stable autour de 12 %.

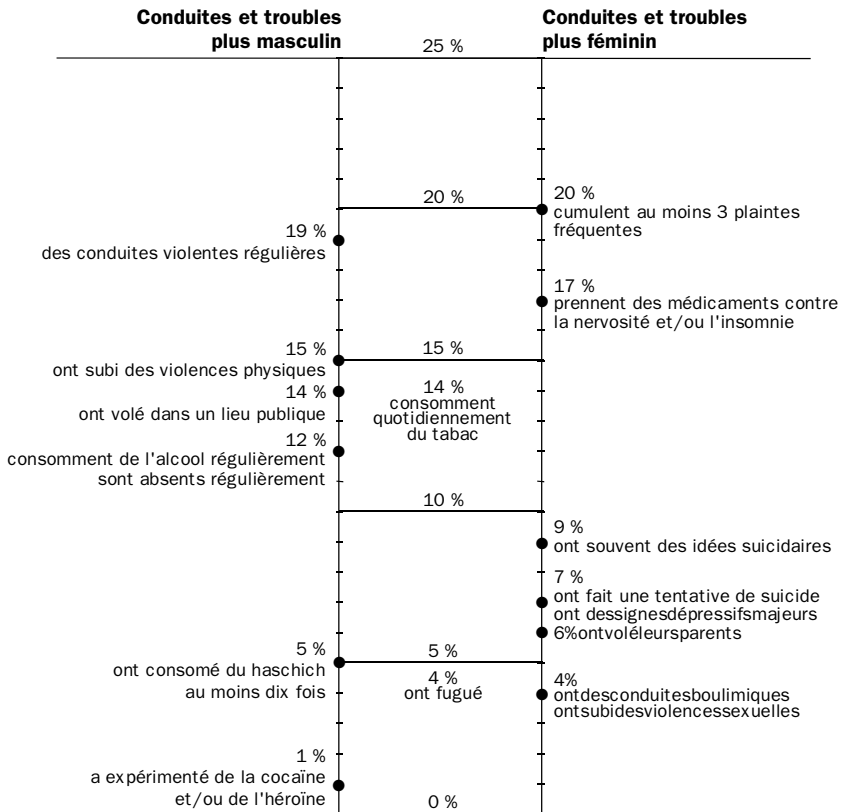
La consommation de drogue a été étudiée pour la première fois en 1978. Près d'un lycéen sur dix l'avait alors expérimentée. Quinze ans après, ils sont près de 25 %. En 1978, l'initiation au produit se situait entre la seconde et la terminale. Actuellement, la proportion de consommateurs atteint 22 % dès l'âge de 16 ans. La consommation a non seulement augmenté, mais s'est déplacée vers des âges plus jeunes. L'augmentation de l'expérience de la drogue et celle de sa répétition vont de pair, alors que la diminution du tabagisme a surtout concerné les consommateurs occasionnels.

Une enquête OMS (HBSC study) a été effectuée en 1990 simultanément dans onze pays auprès des 11, 13 et 15 ans. La consommation quotidienne de tabac est exceptionnelle à 11 ans et ceci, dans tous les pays. Le tabagisme augmente sensiblement entre 11 et 15 ans, surtout en Finlande, Hongrie et Norvège. A 15 ans, le tabagisme quotidien des Français est moins élevé que celui des jeunes des autres pays mais celui des Françaises se situe dans le peloton de tête. Dans tous les pays une sur-consommation féminine s'observe à 15 ans. Quant à l'alcoolisation, dès 11 ans, la consommation de vin ou de bière est loin d'être exceptionnelle, en particulier, en Belgique et dans le Pays de Galles.

A 15 ans, l'Espagne, l'Écosse et le Canada s'ajoutent à cette liste. La consommation d'alcools forts devient importante à partir de 15 ans, en particulier, en Espagne et au Canada et, dans une moindre mesure, en Écosse et Norvège. Les jeunes français, garçons comme filles, se situent autour de la moyenne, quel que soit le produit pris en compte. »

Élargissant leur enquête à l'ensemble des troubles de la conduite (violence, tentatives de suicide, vols, ...), M. Choquet et S. Ledoux les ont figurés dans le tableau 14 :

Tableau 14 **Fréquence des conduites et des troubles parmi l'ensemble des jeunes (en %)**



– « Plusieurs troubles et conduites (consommation de drogue, conduites violentes, absentéisme scolaire, dépressivité, tentatives de suicide) on fait l'objet d'analyses plus approfondies, afin de mesurer le poids relatif des facteurs sociaux et relationnels

*associés, de montrer les difficultés concomitantes et de mettre en évidence la demande d'aide auprès des professionnels de santé ;*

*– sexe et âge sont des facteurs associés à l'ensemble des troubles ou conduites. Si, dans l'ensemble, les facteurs sociaux ont un moindre poids que les facteurs relationnels (qualité de la vie relationnelle dans la famille, à l'école et avec les pairs), les premiers sont plutôt associés aux conduites violentes et à la consommation de drogue, troubles plus typiquement masculins, les seconds à la dépressivité et à la tentative de suicide, troubles plus typiquement féminins. Quant à l'absentéisme scolaire, il est surtout lié à l'échec scolaire et au rejet de l'école ;*

*– troubles et conduites sont associés entre eux et la présence d'un trouble augmente le risque d'apparition d'un autre trouble, particulièrement quand il s'agit d'un trouble de même type (les troubles plus typiquement masculins se regroupent entre eux, les troubles féminins aussi) ;*

*– l'association entre troubles et conduites se situe très en amont du processus de chronicisation. Ainsi, par exemple, l'association entre vol et consommation de drogue existe bien avant la toxicomanie ;*

*– la violence subie est associée à la consommation de drogue et à la tentative de suicide et, dans une moindre mesure, à la dépressivité et à la conduite violente. Ainsi, les victimes de violences sont particulièrement en risque de conduites autodestructrices ;*

*– si les jeunes en difficulté consultent plus que les autres un professionnel de santé (en pratique libérale ou institutionnelle), une proportion non négligeable n'en consulte pas du tout. »*

## **Facteurs explicatifs**

De même que nous avons sélectionné dans le paragraphe « Eléments d'explication » du chapitre 2 (p. 62) certains facteurs susceptibles d'avoir agi de manière positive sur l'état de santé tel que nous l'avons décrit, de même nous mettrons ici le doigt sur certains éléments qui permettent de rendre compte des aspects négatifs ou problématiques, que nous venons de relever.

Certains aspects du constat défavorable qui vient d'être fait relèvent de facteurs généraux qui renvoient à la crise économique mais aussi à l'organisation de la société française avec ses inégalités sociales et géographiques, à la démographie, à l'environnement et à la pandémie du Sida.

---

Des facteurs plus spécifiques doivent également être évoqués : ceux qui relèvent d'une certaine attitude « nationale » face au risque et ceux qui ont trait à l'organisation du système de soin lui-même.

L'organisation de la société française, comme de toute société, est marquée par des inégalités structurelles. Celles-ci ont été aggravées par la crise économique. Les effets de la crise sur l'état de santé sont encore peu visibles, mais ses conséquences sur la santé peuvent se manifester avec un décalage dans le temps, un effet retard de 15 à 30 ans, comme le montre le cas – fort éloigné du nôtre au demeurant – de certains pays de l'Est et singulièrement de la Russie où l'espérance de vie a commencé à reculer dès 1964 pour atteindre en 1993 le chiffre de 59 ans pour les hommes et de 72 ans pour les femmes.

En lien avec la crise et ses exigences de compétitivité collective et individuelle, la norme sociale s'est élevée : employeurs plus exigeants, niveau scolaire plus difficile à atteindre pour des enfants massivement maintenus plus longtemps dans le système scolaire, rythmes de travail et de vie encore plus stressants, rythmes scolaires toujours aussi contraires aux rythmes de l'enfant, intolérance croissante de la société à l'égard de la marginalité ou de la simple difficulté à s'adapter.

Pour ceux qui ne sont pas parvenus à se hisser au niveau de la norme, la réponse est souvent cherchée du côté de la maladie : psychiatrisation, consommation de psychotropes, recherche d'un statut de malades. La maladie n'est plus seulement un refuge individuel, elle est devenue un refuge social...

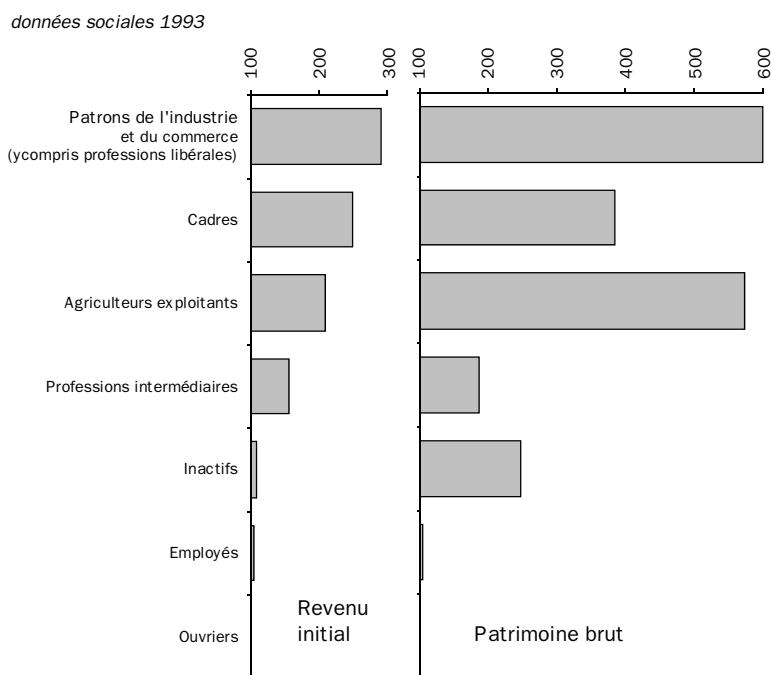
Pour interpréter ces constats négatifs, il nous faut évoquer les inégalités sociales, les phénomènes d'isolement et la crise économique : il conviendra de les rapprocher des inégalités en matière de santé, des problèmes de qualité de vie dans l'incapacité et de la fragilisation de la santé des travailleurs et des jeunes. L'importance des maladies chroniques devra être mise en relation principalement avec les facteurs démographiques, la surmortalité prématurée avec l'importance des comportements à risque, cependant que les déficiences du système de santé doivent être invoquées pour expliquer non seulement cette surmortalité mais surtout les importantes carences que nous avons relevées dans le domaine de la qualité de vie des malades et des personnes en situation d'incapacité et d'handicap.

**Les facteurs généraux non spécifiques** *Facteurs économiques et sociaux*  
*Les inégalités sociales*

Une enquête du Cerc montre que l'éventail des salaires, mesuré par le rapport entre le montant au-dessus duquel sont rémunérés les 10 % de salariés les mieux payés et le montant au-dessous duquel sont situés les 10 % les moins payés était, en 1987, de 3,2<sup>1</sup>.

Le schéma suivant, établi à partir d'enquêtes Insee-Cerc sur les années 1988-1989, révèle les disparités de revenu et de patrimoine selon la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage<sup>2</sup>.

Figure 29 **Disparité de revenu et de patrimoine des ménages selon la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage**



Source : Insee, Cerc.

1. Centre d'études des revenus et des coûts (Cerc), *Les Français et leurs revenus : le tournant ses années 1980-1989*, La Découverte, la Documentation française, Paris, 1989.  
2. Insee, *La société française. Données sociales, 1993*, Insee, Paris : 1993.

Tableau 15 **Quelques données sur les dix-neuf handicaps**

Handicap	Pourcentage d'adultes affectés par ce handicap	Nombre total moyen corrigé <sup>1</sup> de handicaps si ce handicap est présent
Pauvreté visible de l'immeuble	9,2	6,65
Faible confort du logement	20,6	6,10
Précarité des ressources	16,8	6,05
Faible patrimoine mobilier	24,2	5,69
Faible patrimoine immobilier	35,7	5,62
Fait de vivre seul dans un logement	13,7	5,50
Occupation du logement comme locataire	35,4	5,43
Faible niveau de vie	21,8	5,47
Faible insertion culturelle	27,2	5,37
Précarité du travail	21,0	5,28
Peu de relations extra-familiales	20,8	5,12
Pourcentage élevé de prestations institutionnelles	27,3	5,11
Faible fréquentation d'autres parents	17,3	5,01
Travail pénible	25,1	4,84
Durée élevée du travail	17,9	4,62
Morbidité élevée	23,0	4,53
Forte usure au travail	20,2	4,34
Pas d'enfant vivant	29,2	4,29
Faible suivi de santé	22,6	4,22
Ensemble de la population (avec ou sans handicap)		4,30

1. Corrigé du fait que le handicap mentionné est par hypothèse présent. Ce nombre correspond au nombre de handicaps supplémentaires dont souffrent les gens affectés de ce premier handicap.

Source : INSEE, enquête *Conditions de vie 1955-1987*.

En moyenne, les patrons de l'industrie et du commerce gagnent près de trois fois plus que les ouvriers. Leur patrimoine brut est environ six fois plus élevé que celui des ouvriers. A ces premières disparités s'ajoutent le taux d'activité du conjoint, et le revenu moyen du conjoint. Ainsi le revenu des ménages est-il plus disparate que ne le montre le revenu du chef de ménage.

Mais les inégalités ne peuvent être évaluées en fonction du seul critère de revenu. A ce titre, l'enquête *Conditions de vie* de l'Insee (1986-1987) est riche en enseignements. Cette enquête a en effet suivi dix-neuf handicaps de différents types. Pour chacun de ces handicaps, l'Insee indique le pourcentage d'adultes affectés, et le nombre moyen de handicaps associés à ce premier handicap.

En moyenne une personne est affligée de 4,3 handicaps. 15 % des personnes ne présentent aucun handicap, 8 % souffrent d'au moins 9 handicaps. « La tendance dominante est le cumul des handicaps. La présence d'un handicap accroît la probabilité



de présence des autres. » Ainsi la pauvreté visible de l'immeuble concerne 9,2 % des adultes, mais ces personnes auront 7,65 handicaps, à comparer à la moyenne de 4,3.

A ces inégalités sociales, s'ajoutent les inégalités géographiques : certaines régions sont plus riches que d'autres, certaines régions sont plus frappées que d'autres par le chômage, les zones rurales, pour une part, sont en voie de désertification.

### *La solitude*

L'une des conséquences de la crise est la baisse de la sociabilité et donc la solitude. Celles-ci sont corrélées négativement avec l'état de santé, voire la durée de la vie.

L'enquête Insee de 86-87 « Situations défavorisées » montre que plus de 60 % des actifs non menacés par le chômage vivent en situation de couple sans rupture (et 15 % environ ont toujours vécu seuls), tandis que moins de 40 % des chômeurs de plus de deux ans vivent en situation de couple sans rupture, et que 30 % ont toujours vécu seuls. Un autre indice est fourni par l'enquête Conditions de vie de l'Insee : en 1986, 13,7 % des adultes vivaient seuls dans leur logement.

La solitude des personnes âgées est, elle aussi, importante. Une enquête du Credoc de 1993, auprès des actifs, montrait que ce qu'ils craignaient le plus dans le départ à la retraite était la solitude (15 %). Rappelons aussi le nombre important de suicides de personnes âgées.

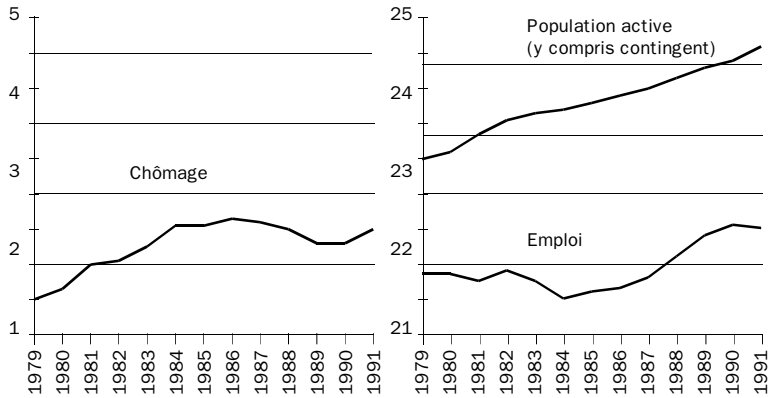
Autres indices traduisant la montée des situations d'isolement :

- l'augmentation régulière du nombre de divorces (40 000 par an dans les années soixante, environ 105 000 à 110 000 à la fin des années 1980) ;
- la croissance du nombre de célibataires : sur l'ensemble de la population adulte de 20 à 49 ans un homme sur deux et guère plus d'une femme sur deux vit en couple marié ;
- l'augmentation importante du nombre de familles monoparentales que l'Insee évaluait en 1990 à 1,2 millions. Si 83 % des enfants vivent avec leurs deux parents mariés et 3 % avec leurs pères et mères cohabitants, ils sont 7 % à vivre avec leur mère seule, et 1 % à vivre avec leur père seul.

### *La crise*

Les inégalités et les risques d'isolement ont été aggravés par la crise économique dont on peut dater le début au premier ralentissement important de la croissance en 1974, avec deux années de récession : 1975 et 1993 et le reste du temps une croissance insuffisante pour assurer une augmentation des emplois. Ainsi le chômage au sens du Bureau international du travail est-il passé de 670 000 personnes au début 1974 à plus de 3,1 millions au début 1994.

Figure 30 **Population active\*, emploi et chômage au 31 décembre de 1979 à 1991**



Source : Pour l'emploi : Insee recensements de la population 1982 et 1990 ; sources administratives pour les évolutions. Pour le chômage, au sens du BIT, Insee, enquête Emploi ; pour les évolutions infra-annuelles Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle - Les demandes d'emploi en fin de mois.

\* Les évaluations de l'emploi et de la population active sont provisoires en particulier pour l'année 1991.

Avec un taux de chômage de plus de 12,5 % par rapport à la population active, la France est en mauvaise position par rapport aux autres pays de la CEE (RFA : 8,9 – Italie : 10,2 – moyenne CEE : 10,7 en 1993) et de l'OCDE (États-Unis : 6,9 – Canada : 11,2 – Japon : 2,5 – moyenne OCDE : 8,2). En outre, la durée du chômage s'est accrue : entre 1974 et 1993, l'ancienneté moyenne des chômeurs double, passant de 7,9 mois à 13 mois. Le chômage de longue durée (c'est-à-dire de plus d'un an) concerne désormais plus de 1,1 millions de personnes (Mars 1994). Ce type de chômage présente un risque particulier : en 1991 la probabilité pour un chômeur de moins de 3 mois de retrouver un emploi dans les douze mois suivants était de 47 %, celle du chômeur de deux ans ou plus n'était que de 13 % (Source : Insee, enquête emploi).

Les effets directs du chômage sur la santé n'ont pu être analysés dans ce rapport tant ils donnent lieu à des études et enquêtes partielles et contradictoires. Néanmoins, les effets indirects et à moyen terme de la situation de dégradation de l'emploi sur la santé sont importants parce que la santé d'un pays est corrélée à sa cohésion sociale et à l'insertion des individus dans le tissu social. Nous nous attarderons sur trois points :

– *Le chômage désocialise* : une enquête de l'Insee de 1986-1987, « Situations défavorisées », consacrée à la sociabilité familiale, marque bien cette dégradation de la sociabilité lorsque la précarité s'accroît. Nous ne reportons que les données concernant la catégorie « ouvriers », mais les résultats vont dans le même sens lorsque l'on étudie les professions intermédiaires ou les employés (tableau 16).

Tableau 16 **Sociabilité familiale des ouvriers en fonction de leur situation par rapport à l'emploi**

Situation par rapport à l'emploi des ouvriers	Sociabilité familiale (%)		
	Forte	Moyenne	Faible
Emploi stable non menacé	39,2	45,0	7,7
Emploi stable menacé	34,5	53,1	12,0
Emploi instable	27,7	57,6	14,7
Chômage de moins de 2 ans	24,9	61,4	13,7
Chômage de plus de 2 ans	24,0	57,9	18,0

– *Le chômage frappe de manière inégale* : le chômage ne frappe pas de la même manière les diplômés et les non-diplômés, et la décennie a encore accentué cette inégalité face à l'emploi. Actuellement, les catégories les plus frappées par le chômage sont les jeunes de moins de 25 ans, les plus de 55 ans, et les femmes, même si, au cours de cette décennie, le taux d'activité féminin a progressé (pour les femmes de 20 à 59 ans) de 62 % à 70 %. Cependant, si le chômage des jeunes reste important en France, il s'est réduit en cinq ans (1986-1991) de 230 000 soit 27 %. Cette évolution est principalement due à l'augmentation du nombre de jeunes scolarisés. En sens inverse, les réorganisations d'entreprises, et la formation accrue des jeunes laissent prévoir des difficultés accrues d'adaptation et d'insertion pour les plus de quarante ans,... Enfin, il existe de fortes inégalités géographiques devant le chômage. Certains grands bassins industriels ont particulièrement été touchés par la crise, et on peut penser que les effets du chômage y ont été aggravés par la disparition d'activités fédératrices de l'identité (activité minière, textile, ...).

– La précarisation de l'emploi s'est doublée d'une *précarisation des conditions de travail*. Or celles-ci sont un déterminant important de l'état de santé.

Sous la pression d'objectifs de rentabilité maximale, d'exigences de concurrence et de compétitivité accrues, l'organisation du travail en France a tendu vers des politiques de flexibilisation et d'intensification du travail, et vers des délocalisations de production, comme le montre le groupe 6 (volume annexe).

---

La flexibilité du travail est de deux ordres : flexibilité externe (emplois temporaires : contrats d'intérim et à durée déterminée), flexibilité interne (contrats horaires à durée très diverses et à horaires atypiques).

En mars 1994 l'Insee a recensé :

- 1,2 millions de personnes employées à temps partiel ;
- 210 000 intérimaires ;
- 614 000 contrats à durée déterminée ;
- 400 000 emplois aidés et stages rémunérés.

Le recours aux horaires atypiques : temps partiel, travail de nuit, travail le dimanche touche une population importante. Le travail de nuit concerne 14 % de la population active, dont 450 000 femmes. Il se conjugue souvent avec des horaires changeants : 31 % des salariés de nuit ont toujours les mêmes horaires contre 69 % des salariés de jour. En 1991, quatre millions de salariés (1 sur 5) et 2,5 millions de non-salariés travaillent le dimanche de façon habituelle ou accidentellement. De 1984 à 1991, le nombre de salariés travaillant le dimanche a augmenté de 23 %.

Ces horaires atypiques, « bousculés », « décalés » ont une influence sur la santé des travailleurs (surtout le travail posté et de nuit) en empêchant la régularité du rythme d'alternance travail/hors travail. Ils ont un impact sur leur vie sociale et familiale. Les nombreux témoignages recueillis par les médecins du travail en attestent, même si les travailleurs en situation précaire déclarent moins de problèmes de santé que les autres travailleurs sans doute par crainte d'une inaptitude et par une perception différente de leur propre santé <sup>1</sup>.

*L'intensification du travail* liée à la pression de la concurrence internationale s'inscrit dans une logique d'élimination de tout délai anormal et de tout incident dans les processus de production de l'entreprise : « flux tendu », « zéro délai », « qualité totale », « juste à temps ». En 1991, 56 % des ouvriers déclarent être soumis à des normes de production ou à des délais à respecter en une journée au maximum, contre 31 % en 1984 <sup>2</sup>.

Cette tension des rythmes de travail s'accompagne d'une augmentation des contraintes mentales qu'intériorisent les travailleurs et des contraintes physiques. Les hommes sont au service de machines qui fonctionnent si possible sans aucune interruption. Le travail à la chaîne ne recule pas, bien au contraire : de 1984 à 1991, le pourcentage des ouvriers qualifiés travaillant à la chaîne est passé de 4 à 5 %, celui des ouvriers

---

1. THEBAUD-MONY (A.), « Précarité contre santé » in *Santé et travail*, n° 3, février-mars 1992, Mutualité française, Mission interministérielle de recherche et expérimentation (Mire), Caisse régionale d'assurances maladie du Centre : Service Prévention, op. cit.

2. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle, op. cit., Dossier statistiques du travail et de l'emploi, juin 1993.

non qualifiés passant de 13 à 16 %. Le travail répétitif concerne en 1991 29 % du total des salariés contre 20 % en 1984.

L'enquête 1991 du ministère du travail sur les « conditions de travail, organisation du travail et nouvelles technologies » montre une dégradation, depuis 1984, de la perception des salariés sur la pénibilité, les contraintes et les nuisances de leur travail, comme le montre le tableau 17.

Tableau 17 Principales pénibilités et nuisances dans l'industrie

En %

Pénibilités et nuisances	Ensemble des ouvriers		Ouvriers sous contrainte rigide	Ouvriers utilisateurs de l'informatique	Ouvriers en équipes successives	
	1984	1991	1991	1991	2x8	3x8
Rester longtemps debout	68	73	77	66	79	80
Respirer des poussières	52	63	63	51	61	70
Bruits très forts et très aigus	49	59	66	60	68	74
Risquer des blessures sur machine	44	53	68	42	60	65
Ne pas quitter son travail des yeux	36	51	67	41	57	55
Ne pas entendre une personne parler	46	51	65	44	67	70
Porter des charges lourdes	32	46	45	36	44	42
Rester longtemps dans une posture pénible	22	38	39	24	35	37
Risquer d'être atteint par la projection ou la chute de matériaux	25	37	36	43	41	49
Respirer des fumées	23	31	29	40	37	46
Respirer des toxiques	26	31	33	30	32	48
Risquer d'être brûlé	22	30	28	34	30	43
Risquer de faire une chute grave	18	27	22	33	22	39
Risquer d'être électrocuté	14	23	18	30	18	33

Source : Insee ; ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle - Ses, enquête Conditions de travail 1991.

Flexibilisation du temps de travail et intensification ont entraîné le développement de la sous-traitance. Des entreprises « donneuses d'ordre » transfèrent une partie de leurs activités à des sociétés « extérieures ».

Les entreprises « sous-traitantes » exigent de leurs salariés une mobilité et une disponibilité qui peuvent désorganiser leurs attaches sociales et familiales. Les salariés en tant que « travailleurs extérieurs » se voient exclus des instances syndicales, ce qui diminue leur pouvoir de négociation sur leurs conditions de travail. De plus, par crainte de perdre leur emploi, ces

---

travailleurs acceptent de « prendre des risques » (comme par exemple dans les centrales nucléaires en effectuant des gestes dangereux sans contrôle dosimétrique) ou d'accomplir des tâches pour lesquelles ils ne sont pas compétents. Les conséquences directes en terme de santé se traduisent par une suraccidentalité des personnels intérimaires ou en sous-traitance par rapport aux permanents, ainsi qu'une gravité des accidents plus élevée <sup>1</sup>.

La crainte du licenciement amène les salariés à une renonciation volontaire de leurs droits sociaux : congés maladie, congés maternité, accidents du travail, maladies professionnelles. Un fossé se creuse de plus en plus entre salariés à statut permanent et statut précaire : en terme de mobilité, de disponibilité, d'avantages sociaux, d'appartenance du collectif de travail et de représentation syndicale, en terme de prise de risque...

Les effets immédiats de ce contexte sur la population se font sentir dès maintenant comme on l'a vu. Mais les effets à 10-30 ans risquent d'être encore plus importants : ils pourront se traduire par une détérioration des indicateurs synthétiques (taux de mortalité et d'incapacité).

### *Les facteurs démographiques*

Le développement des maladies chroniques, qui est une des caractéristiques de la santé actuelle en France s'explique essentiellement par le vieillissement de la population bien que les progrès de la médecine jouent aussi un rôle en transformant des maladies autrefois létales en maladies chroniques (insuffisance respiratoire ou rénale, maladies cardio-vasculaires) ou en prolongeant les malades (diabète...).

En 1990, 11,3 millions de personnes de plus de 60 ans ont été recensées contre 10 millions en 1982 : cette population s'est accrue de 1,4 % alors que l'ensemble de la population n'augmentait que de 0,5 %. Ce groupe d'âge qui représentait 18,5 % de la population en 1982, en constitue 20 % en 1990. La progression est encore plus nette pour les 85 ans ou plus dont la proportion passe de 1,4 % à 1,8 % entre ces deux dates.

D'ici l'an 2000, le nombre de personnes âgées devrait s'accroître d'environ un million de personnes.

Malgré sa situation financière actuellement favorable comme on l'a vu plus haut, ce groupe d'âge est fragilisé par un certain

---

1. THÉBAUD-MONY (A.), « Vers une société précaire », à paraître dans *Santé et travail*. THÉBAUD-MONY (A.), RONDEAU DU NOYER (C.), DUEZ (D.), et al., « Salariés des entreprises extérieures intervenant dans les installations nucléaires de base », in *Documents pour le médecin du travail*, n° 51, 1992.

nombre de menaces. A l'image négative de la vieillesse, à la vision alarmiste de la dépendance des personnes âgées s'ajoute désormais la crainte de la diminution des ressources financières : une enquête AFB – Credoc 1993 révèle que c'est ce que redoutent le plus les futurs retraités (31 % d'entre eux). Le réseau familial et social qui joue un rôle capital pour entourer et insérer la personne très âgée risque de se déliter sous l'effet de la mobilité professionnelle des générations supports, des divorces, du chômage etc.

### *L'environnement*

La bonne maîtrise de l'hygiène du milieu a été signalée (p. 64) comme un élément essentiel de la bonne santé « de base » que connaissent les habitants de la France. Mais l'impact du moindre dérapage étant considérable, une vigilance constante s'impose. Ainsi pour ne donner qu'un seul exemple, le mauvais état de seize centrales nucléaires en Europe orientale fait peser une menace sur l'ensemble de la population européenne.

Au cours de la décennie écoulée, la mortalité par asthme ainsi que la prévalence de la maladie ont, on l'a vu, augmenté considérablement <sup>1</sup>. Les allergies respiratoires sont, elles, aussi en plein essor, et l'on considère aujourd'hui que six millions de Français souffrent de rhumes des foins. Cette évolution n'est pas due à une dégradation globale de la qualité de l'air, mais plus vraisemblablement à des évolutions locales : habitat (confinement, sources intérieures), environnement de travail, pollutions circonscrites (en particulier fumée du tabac, fumées d'incinérateurs et surtout pollution automobile en milieu urbain, notamment en région parisienne où elle devient inquiétante).

Comme le signale le rapport du groupe 7 (volume annexe), d'autres paramètres de la pollution tendent à s'aggraver : le nombre de produits chimiques nouveaux mis sur le marché chaque année est de plusieurs milliers, et leurs effets sont peu connus. La gestion des déchets (industriels, agricoles, déchets de soins et rejets nucléaires) reste à perfectionner.

Un certain nombre d'enquêtes alertent sur le niveau général de la pollution sonore. Celle-ci concerne plus de six millions de personnes en France. Le service de santé des armées a observé les conséquences sur l'acuité auditive des appelés, du port des « baladeurs ». La Mutuelle sociale agricole a relevé, dans certaines régions, les effets du bruit des tracteurs et des machines agricoles sur l'audition des agriculteurs.

---

1. Conseil supérieur d'hygiène publique de France, rapport *Allergie respiratoire, Asthme, Environnement*, juillet 1993.

---

La prévention des toxi-infections alimentaires doit rester une préoccupation de tous les jours. Les intoxications au monoxyde de carbone restent trop nombreuses. Sur ces points le lecteur est renvoyé *l'État de l'environnement 94-95* publié chez Dunod.

### **Les facteurs spécifiques**

Nous présenterons ici les aspects négatifs des modes de vie et du système de soin dont nous avons vu le versant positif dans le paragraphe « Quelques déterminants spécifiques » du chapitre 2 (p. 67).

Pour les facteurs ayant une influence toute particulière sur les douze grands problèmes de santé reconnus comme objectifs prioritaires, l'on se rapportera à la deuxième partie de ce volume (accidents, cancers, Sida et MST, maladies cardio-vasculaires, santé mentale, handicaps et dépendances, toxicomanie, problèmes périnataux, maladies iatrogènes, mauvais traitements à enfants, douleurs, mal de dos).

### ***La persistance des comportements à risque***

Les comportements dits à risques c'est-à-dire pouvant être dangereux pour la santé de l'individu (ou de son entourage) peuvent prendre des formes variées : consommation des toxiques (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme), anorexie, boulimie, tentatives de suicide, prise de risque au volant (vitesse), conduites sexuelles à risques etc. Ils sont sous-tendus par un même rapport au risque, rapport mortifère ou conduite d'essai qui explique que ces différentes formes d'expression puissent se combiner, se succéder dans le temps, se transformer (violences ou excès divers), voire s'arrêter brusquement ou progressivement (processus du « *maturing out* »).

On l'a vu, certains comportements à risque (alcool, tabac, accidents, toxicomanies, suicides, conduites sexuelles à risques) sont à l'origine de 50 % des décès prématurés. Ils sont aussi une source de dégradation potentielle de l'état de santé des Français. Malgré, les améliorations enregistrées dans certains domaines au cours des dix dernières années, la France est dans une situation plus défavorable que celle des pays voisins.

L'analyse de ces comportements à risque sera ici très globale : les spécificités des différentes classes sociales ont été traitées dans la partie « Mortalité prématurée et évitable : une situation préoccupante » (pages 76 et suivantes). Les comportements à risque spécifiques de jeunes ont été traités en pages 133 et suivantes.



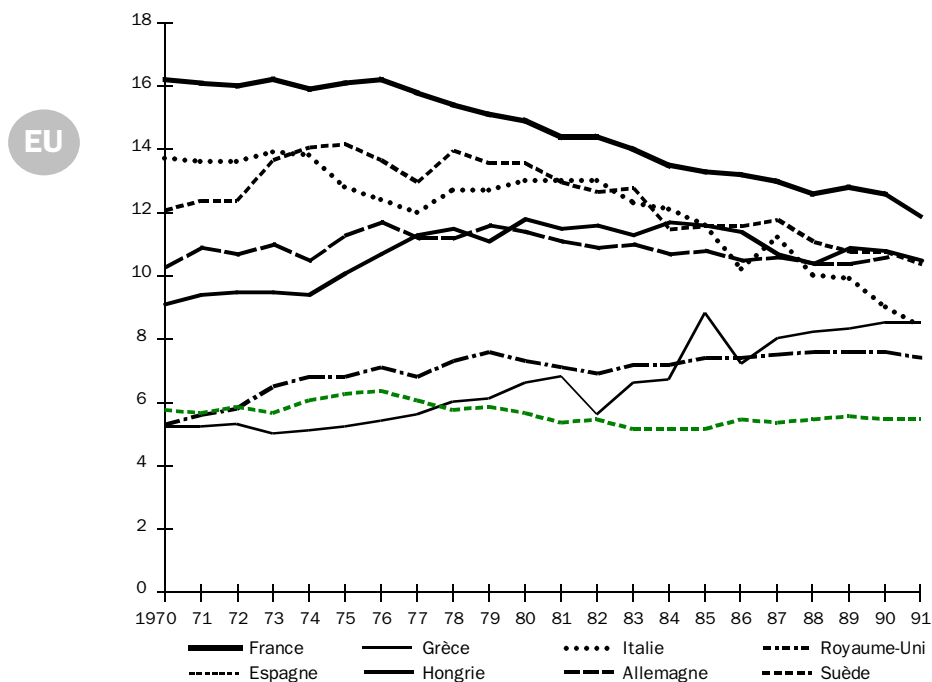
- Nous analyserons successivement :
- la consommation d'alcool ;
  - le tabagisme ;
  - la prise de risque et les accidents ;
  - les toxicomanies ;
  - les tentatives de suicide ;
  - les conduites sexuelles à risque.

**La consommation d'alcool**

L'importance de la consommation moyenne d'alcool par habitant est une spécificité française : en 1990 elle était de 16,2 litres par personne de plus de 15 ans (source Insee), plaçant la France au premier rang dans le monde.

Mais l'importance de la décroissance de la consommation (-34 % en trente ans) est également une particularité : en 1965 la consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de 15 ans était de 24 litres, en 1980 son niveau était de 20,6 litres. Pour la première fois en 1993 la France serait placée, selon des estimations provisoires, derrière le Luxembourg et l'Allemagne.

Figure 31 **Litres d'alcool pur consommé par personne et par an**



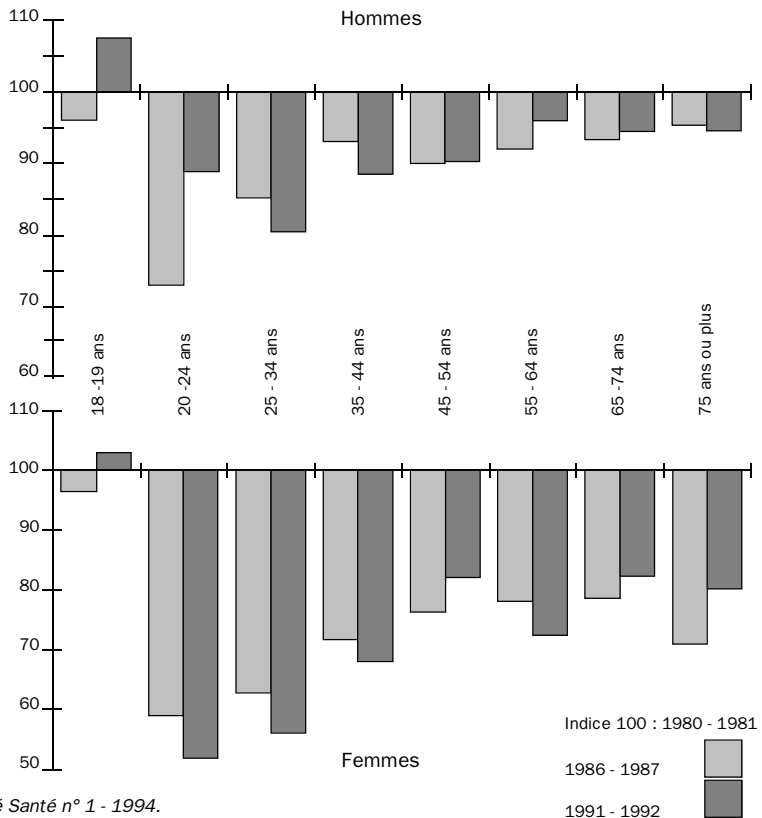
Source : OMS.

Les alcools consommés en France sont en 1989 d'abord le vin (64,3 %), puis les spiritueux (20,3 %), la bière (14,3 %) et le cidre (1,1 %). En 1965 les parts respectives de ces produits étaient 73 % pour le vin, 12,5 % pour les spiritueux, 12,4 % pour la bière et 4,1 % pour le cidre.

La consommation d'alcool est très variable suivant les régions françaises (forte consommation par habitant à l'Ouest et au Nord). Les écarts se sont atténués et les consommations se sont déplacées (le Nord-Pas de Calais devenant la première région consommatrice).

Les comportements face à l'alcool ont évolué. La proportion de buveurs réguliers (absorption quotidienne d'au moins un verre), en dix ans, a décréu de 3 % chez les hommes et de 24 % chez les femmes. Cette proportion dépend fortement de la classe d'âge. Le graphique suivant résume l'évolution de la proportion de buveurs réguliers par classe d'âge au cours des seize dernières années. Les petits buveurs (un à deux verres par jour) sont en augmentation.

Figure 32 **Evolution de la proportion de buveurs par sexe et groupe d'âges depuis 1980**



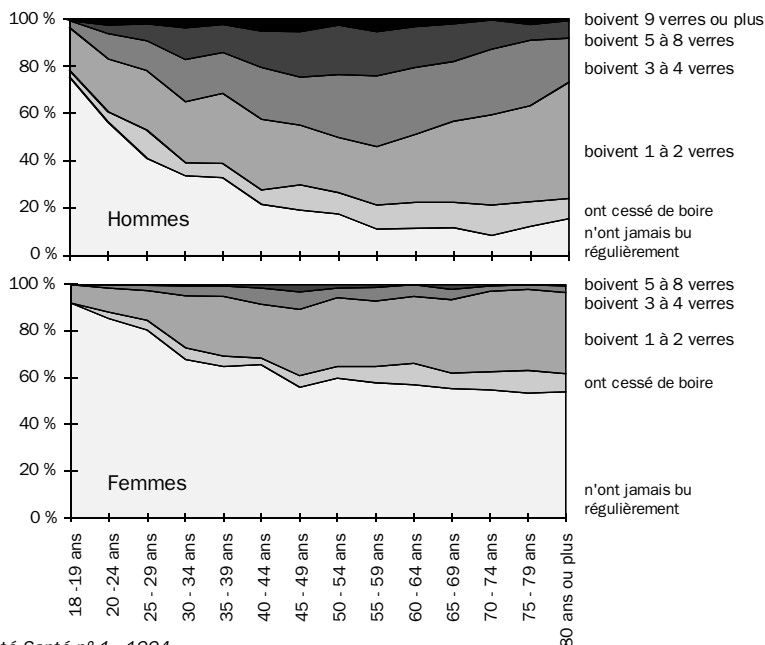
Source : Solidarité Santé n° 1 - 1994.

Le comportement des jeunes faces à l'alcool se caractérise, on l'a vu, par la prédominance de la consommation épisodique mais collective et excessive. Ainsi à 18 ans, 22 % des garçons et 5 % des filles ont vécu dix ivresses et plus dans l'année. La consommation régulière existe aussi à partir de 16-17 ans : elle concerne principalement la bière, puis les alcools forts, puis le vin.

En matière de santé publique, l'attention doit se porter sur la consommation excessive, chronique ou non. Même si la « loi de Lederman », qui établissait une corrélation entre la consommation moyenne et la consommation excessive est aujourd'hui contestée, il est certain que ces deux variables ne sont pas indépendantes : l'évolution de la consommation moyenne laisse présager une évolution de la consommation excessive.

On entend par consommation excessive une consommation à risque. Pour l'ensemble de ces analyses, on définit, quel que soit le type de boisson, le verre comme contenant un centilitre d'alcool pur, soit environ huit grammes. A partir de quatre verres par jour (pour les hommes) et de trois verres par jour (pour les femmes), la consommation est considérée potentiellement pathogène. **Près d'une femme sur dix et d'un homme sur quatre** sont des buveurs excessifs. Cette consommation excessive varie beaucoup en fonction des tranches d'âge, comme le montre la figure 33.

Figure 33 Attitude par rapport à l'alcool selon le sexe et le groupe d'âges



Source : Solidarité Santé n° 1 - 1994.

La consommation excessive a diminué au cours de la décennie : depuis 1986, la proportion des buveurs de un ou deux verres s'est accrue (24 % à 28 %), alors que celle des consommateurs de cinq à huit verres diminuait. pendant cette période, le pourcentage de buveuses de un ou deux verres est resté stable.

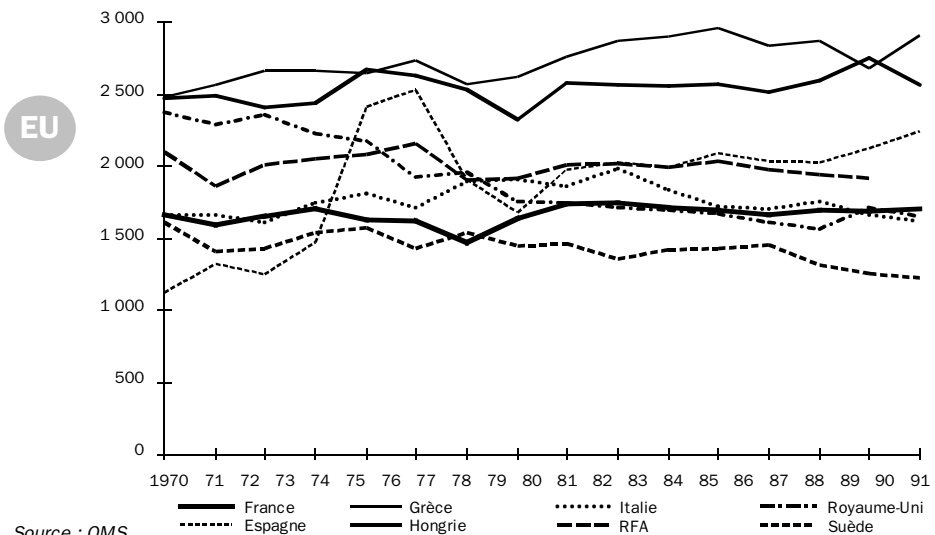
### *Le tabagisme*

La consommation de tabac doit être suivie avec une attention toute particulière :

- le tabagisme est un risque majeur pour la santé publique en raison de ses conséquences sur la mortalité et la morbidité et de ses effets sur la personne qui fume comme sur son entourage (les effets du tabagisme passif sont maintenant établis). Les effets du tabagisme continuent à enregistrer une progression, ce qui n'est pas le cas pour l'alcoolisme ;
- il n'existe pas de seuil au-dessous duquel fumer n'expose pas à un risque accru de cancer du poumon. Pour réduire ce risque l'objectif est d'atteindre une consommation nulle ;
- l'agressivité des fabricants de tabac (publicité directe ou indirecte, composition des produits, manipulation des prix) nécessite une vigilance constante de la part des autorités sanitaires.

Avec une consommation moyenne d'environ six cigarettes par personnes et par jour en 1993, la France est assez proche de la moyenne des pays européens.

Figure 34 **Nombre de cigarettes consommées par an et par personne**  
Ensemble



Source : OMS.

Au cours de la dernière décennie, la **prévalence du tabagisme** est restée relativement stable. Selon l’OMS, la consommation annuelle moyenne de cigarettes par personne en France était de 1 631 en 1980, et de 1688 en 1990. Cette apparente stabilité et cette valeur moyenne recouvrent des comportements très différents.

Depuis 1980, la proportion des fumeurs réguliers (au moins une cigarette par jour) est restée stable chez les hommes. Elle augmente chez les femmes.

Tableau 18 **Données des enquêtes Insee-Credoc (1980-81), Insee (1986-87) et Insee (1990-1991) : proportion de fumeurs réguliers parmi les adultes de 15 ans et plus**

En %			
Fumeurs	1980-1981	1986-1987	1990-1991
Hommes	43	43	38
Femmes	16	20	20

Tableau 19 **Données des enquêtes CFES : proportion de fumeurs réguliers parmi les adultes de 18 ans et plus**

En %								
Fumeurs	1977	1981	1982	1986	1989	991	1992 mars	1992 novembre
Hommes	41	43	41	39	45	38	44	40
Femmes	18	23	22	24	30	26	29	27

Depuis 1980, les hommes sont de plus en plus nombreux à cesser de fumer, et de moins en moins nombreux à commencer. Ils sont moins nombreux à fumer mais les quantités consommées sont plus fortes. Un grand nombre de femmes n’ont jamais fumé. Mais on observe que les femmes sont beaucoup plus nombreuses que par le passé à commencer à fumer.

Les données de l’enquête décennale confirment que la prévalence du tabagisme, une fois éliminés les effets de la structure par âge, est fortement liée à l’activité professionnelle et au milieu social (voir plus haut). Chez les hommes, les ouvriers sont les plus nombreux à fumer, 16 % de plus que la moyenne des hommes. Les artisans-commerçants et les employés se situent également au dessus de la moyenne. Les cadres supérieurs (-23 %) et les agriculteurs (-21 %) sont par contre très au dessous de la moyenne. Chez les femmes, l’activité de bureau apparaît comme la plus favorable au tabagisme : les

employées se situent à plus de 20 % par rapport à la moyenne, suivies par les cadres supérieurs et les commerçants-artisans. En outre, le fait que les étudiantes aient le même niveau de consommation que les étudiants confirme la progression du tabagisme chez les femmes. Le stress lié à l'activité professionnelle ou à l'inactivité professionnelle semble jouer un rôle : les chômeurs sont les plus nombreux à fumer, 60 % des hommes et 30 % des femmes, alors que les femmes au foyer et les personnes en retraite sont les moins nombreuses à fumer.

Chez les adolescents de 12 à 18 ans, la proportion des fumeurs réguliers est stable chez les filles et en légère diminution chez les garçons. L'âge moyen de la première cigarette est à 13 ans <sup>1</sup>. L'âge moyen d'entrée dans la consommation régulière est de 15 ans et demi.

Tableau 20

	En %						
Fumeurs réguliers	1977	1980	1983	1986	1988	1992	1994
Garçons	30	28	28	29	23	29	24
Filles	22	23	25	28	21	26	22

De 20 à 34 ans, un homme sur deux fume régulièrement (la moitié fumant un paquet ou plus par jour) et une femme sur trois fume régulièrement (10 % fumant un paquet ou plus par jour).

Par ailleurs rappelons également que les consommations de tabac et d'alcool sont fortement corrélées : un fumeur est plus souvent un buveur régulier qu'un non fumeur (66 % contre 52 %), et un buveur régulier est plus souvent fumeur qu'un non buveur (40 % contre 16 %).

### ***La toxicomanie***

La toxicomanie est l'usage illicite de substances ou de plantes, classées comme stupéfiants, que cet usage soit ou non récréatif. Cette définition légale ne tient pas compte du degré de dépendance, ni de la régularité de la consommation.

Le nombre de toxicomanes est mal connu, en raison du flou qui entoure la définition de la toxicomanie mais aussi à cause du caractère illégal de la consommation : celle-ci est en France un délit d'usage.

1. SLAMA (K.), KARSENY (S.), HIRSCH (A.), *La Lutte contre le tabagisme est-elle efficace ? Évaluations et perspective*, Inserm, CFES, Paris, 1992.

L'estimation du nombre de toxicomanes est établie à partir des toxicomanes demandeurs de soins <sup>1</sup> et basée sur des extrapolations démographiques ; elle permet d'avancer le chiffre approximatif de 150 000 toxicomanes. Ce chiffre n'inclut pas les usagers occasionnels et récréatifs.

Les caractéristiques des toxicomanes sont connues par ailleurs à travers l'enquête sur les demandeurs de soins (Sesi), des enquêtes auprès des jeunes (Inserm) et à travers le baromètre Santé du CFES.

### *Les demandeurs de soins*

Les toxicomanes demandeurs de soins sont majoritairement des hommes (75 %) d'ont l'âge moyen est de 27 ans. L'héroïne reste le produit principal le plus fréquemment consommé (60 %), suivi du cannabis (22 %) et des médicaments psychotropes (9 %). La consommation de cocaïne et plus particulièrement du crack reste un phénomène limité à certains sous-groupes de la population et à certains quartiers. Cependant, sa disponibilité au niveau de la rue et l'extension de son usage constituent une menace réelle pour les années à venir.

Cette population connaît un niveau de désinsertion important : 68 % des toxicomanes fréquentant le dispositif sanitaire et social sont sans emploi. En outre, les toxicomanes sont légèrement moins qualifiés par rapport à une population d'âge comparable : 35 % de la classe d'âge des 25-34 ans a un niveau inférieur ou égal au BEPC, cette proportion atteint 44 % chez les toxicomanes qui fréquentent le dispositif de prise en charge. La désinsertion sociale se manifeste également par un niveau important de conduites délictueuses. Ainsi, les toxicomanes représentent-ils 15 % de la population pénale.

### *Le baromètre santé*

11,9 % des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir déjà consommé de la drogue au cours de leur vie ; 4,3 % durant la dernière année.

Le produit le plus fréquemment consommé est le haschich (pour 94,6 % des personnes qui ont déjà pris une drogue au cours de leur vie et 90 % de ceux qui en ont pris dans l'année). Plus d'un tiers des hommes de moins de 25 ans ont consommé du haschich au cours de leur vie, un quart d'entre eux dans la dernière année.

Parmi les personnes (4,3 %) ayant consommé de la drogue au cours de l'année : les produits ont été, pour 3,9 % du haschich,

---

1. Sesi, « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1992 », *op. cit.*

---

pour 0,6 % des médicaments, 0,3 % des produits à inhaler, 0,3 % de la cocaïne, 0,2 % de l'héroïne, 0,1 % un hallucinogène.

Le consommateur type est de sexe masculin, âgé de moins de 35 ans, célibataire et d'un niveau d'étude élevé. Il est généralement consommateur de tabac et réside en agglomération urbaine. L'usage des stupéfiants est corrélé à celui de l'alcool et du tabac.

Une personne interrogée sur trois connaît quelqu'un qui a déjà fait usage d'une drogue. Les trois quarts des étudiants sont dans ce cas et ce phénomène est d'autant plus fréquent que la taille de l'agglomération de résidence est importante. 25,9 % de la population française ont déjà reçu des propositions de drogues. Dans 94,5 % des cas, le produit était du haschich.

Un tiers des personnes interrogées se disent mal informées sur la toxicomanie.

10,4 % des Français seraient favorable à la mise en vente libre des drogues douces.

10,8 % considèrent qu'il est normal d'essayer une drogue au moins une fois dans sa vie.

17,9 % estiment que les drogues douces ne sont pas vraiment dangereuses.

### *La prise de risque d'accidents*

Les morts violentes sont au troisième rang des causes de mortalité de notre pays : 47 000 morts en 1991 (Insee). Ils touchent particulièrement une population jeune (c'est la première cause de mortalité des 1-4 ans), en entraînant donc une perte considérable d'années potentielles de vie.

Les accidents domestiques provoquent plus de 18 000 morts par an et une morbidité élevée (440 000 hospitalisations par an) (34 % des années potentielles de vie perdue). Les accidents du travail et les accidents de la route, entraînent respectivement 1 000 et 9 000 décès par an. La prévalence des accidents s'explique en grande partie par le comportement des Français et leur relative inculture en matière de prise de risque. Un indicateur est le port de la ceinture de sécurité. Cet indicateur, qui marque à la fois le comportement face au risque et face à la « peur du gendarme », montre qu'en 1990, seuls 60 % des Français circulant en ville portaient la ceinture de sécurité à l'avant de leur véhicule. La France, en cette matière, est l'un des pays les plus mal placés en Europe.



Figure 35 **Evolution du taux de port de la ceinture de sécurité à l'avant des véhicules légers en milieu urbain (1972-1990)**

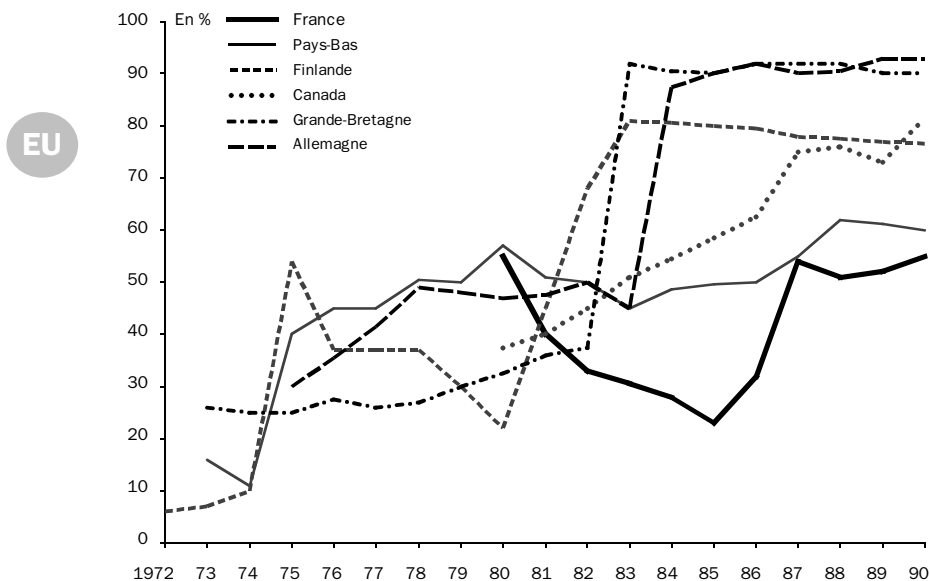
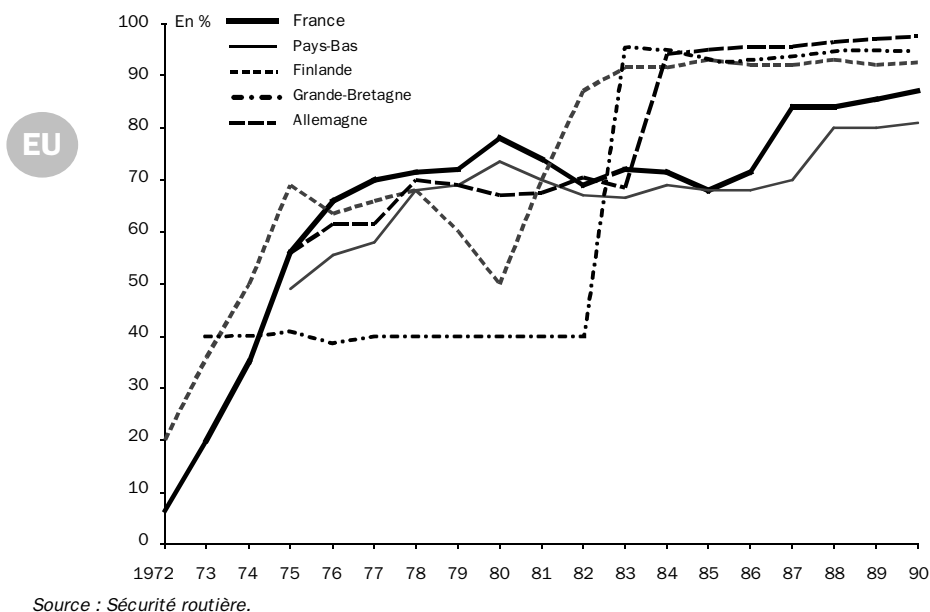


Figure 36 **Evolution du taux de port de la ceinture de sécurité à l'avant des véhicules légers en rase campagne (1972-1990)**



---

### *Les tentatives de suicide*

Comme on l'a montré en page 88, le suicide reste en France une cause de mortalité importante, entraînant maintenant plus de décès que les accidents de la route.

Le suicide doit être distingué de la tentative de suicide. Celle-ci ne vise pas toujours la mort. Et pourtant, ce mode désespéré de communication ou d'appel à l'aide débouche souvent sur une issue fatale, ou sur un accident nécessitant l'hospitalisation : en 1987, les tentatives de suicide représentaient 11,5 % des causes d'accident. D'après les estimations les plus couramment admises, elles concernent chaque année plus de 100 000 personnes. D'une certaine manière, les conduites très risquées (en voiture, au travail, dans les loisirs, de même que l'alcoolisme et la toxcomanie) peuvent être considérées comme des comportements suicidaires.

Les tentatives de suicides sont mal connues et très sous-déclarées. Leur épidémiologie est très différente de celle du suicide : les jeunes sont davantage concernés que les personnes âgées, les filles beaucoup plus que les garçons (dans une proportion d'au moins trois pour un), le phénomène est plus urbain que rural. La tentative de suicide est répétée dans 43 % des cas.

En 1988, Marie Choquet (Inserm), dans une étude sur les adolescents suicidaires <sup>1</sup>, montrait que, comparés à une population lycéenne témoin, les jeunes qui ont fait une tentative de suicide sont plus souvent en mauvaise santé (40 % contre 11 %), ont eu plus de graves maladies (29 % contre 14 %), ont été hospitalisés plus souvent (36 % contre 12 %), se disent plus fatigués (49 % contre 12 %), et prennent plus volontiers des médicaments contre la nervosité ou l'insomnie (48 % contre 12 %). Cette étude révélait également que les adolescents suicidaires fument plus régulièrement, boivent plus régulièrement, ont souvent essayé une drogue illicite (47 % contre 12 %). Elle signalait aussi une corrélation avec les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie). Les jeunes suicidants racontent plus de relations intra-familiales perturbées, soit dans le sens d'une absence de relation (placements, manque d'intérêt des parents), soit dans le sens d'un excès d'intérêt (autoritarisme, surprotection).

### *Les conduites sexuelles à risque*

L'enquête de l'Inserm auprès 20 000 personnes de 18 à 69 ans en 1992, coordonnée par Alfred Spira, vient de donner un nouvel éclairage sur les comportements sexuels des Français <sup>2</sup>.

- 
1. CHOQUET (M.), « Tentatives de suicide à l'adolescence », colloque du centre international de l'enfance, 1988.
  2. SPIRA (A.), BAJOS (N.), Groupe ACSF, *op. cit.*

Le nombre moyen de partenaires de sexe opposé semble avoir peu évolué en vingt ans (depuis l'enquête de P. Simon en 1970). Les hommes déclarent en moyenne douze partenaires dans leur vie, tandis que les femmes en déclarent en moyenne trois. On est en droit, devant ces chiffres, de penser avoir affaire ici à une sur-déclaration des uns et une sous-déclaration des autres.

Parallèlement, on constate que la proportion d'hommes déclarant n'avoir eu qu'une seule partenaire jusqu'à la date de l'enquête a augmenté en vingt ans de 12 % à 21 %. Le recours à la prostitution semble devenir de plus en plus rare : 5 % des hommes de 20-29 ans disaient y avoir eu recours au cours des cinq dernières années, contre 25 % en 1970. La fréquence des relations homosexuelles semble stable : 4 %.

L'âge moyen au premier rapport sexuel n'a guère évolué, on l'a vu (17 ans chez les garçons, 18 ans chez les filles). Cette stabilité de l'âge moyen au premier rapport est antérieure à l'épidémie de sida.

Le mouvement de « libération sexuelle » semble donc stabilisé, et certains indices marquent une nouvelle « prudence » dans le choix des partenaires. Les comportements à risque sont cependant encore loin d'avoir disparu.

En se limitant à un seul indice, **l'utilisation des préservatifs**, on constate que, malgré une augmentation considérable de leur utilisation (total des ventes et distributions gratuites : 39 millions d'unités en 1986, 111 millions en 1992, d'après l'Agence française de lutte contre le Sida), la France garde encore un certain retard par rapport à d'autres pays européens, puisque dans des pays à population comparable les ventes et distributions gratuites de préservatif se chiffraient en 1992 : à 152 millions d'unités au Royaume-Uni, 168 millions en Allemagne, 145 millions en Italie, 150 millions en Espagne <sup>1</sup>.

Le prix moyen du préservatif en France reste de 3,80 F (3,95 F en pharmacie, 2 à 2,5 FF en grande surface). Ce prix se situe dans une bonne moyenne par rapport à d'autres pays européens (Royaume-Uni : 3,10 FF, Allemagne : 3,30 FF, Italie : 4,80 FF, Espagne : 5,15 FF, et Pays-Bas : 6,20 FF), mais, en particulier pour les jeunes, il peut rester un obstacle à une utilisation régulière et systématique du préservatif.

L'enquête KAPB 1992 révèle que seulement 35 % des hommes ayant eu au moins deux partenaires au cours des 12 derniers mois utilisent systématiquement le préservatif.

---

1. Mission Sida, Soins et Sida. Les chiffres clés, *op. cit.*

---

En ce qui concerne les autres modes de contraception, l'enquête Ined de 1988 montrait que la principale méthode de contraception utilisée par les femmes était la pilule (33,6 %), suivie du stérilet (19,1 %), puis du retrait (6,3 %). Le préservatif (4 %) était beaucoup plus perçu comme un moyen de protection (réservé, à ce titre, à certains comportements) que de contraception.

De même, chez les jeunes adolescents scolarisés étudiés dans l'enquête Inserm, 56 % seulement de ceux qui ont des rapports sexuels réguliers utilisent souvent un préservatif.

Un autre « risque » des comportements sexuels provient d'une maîtrise de la contraception relativement mauvaise, en particulier chez les jeunes, qui augmente le danger de voir se dérouler des grossesses non désirées ou des avortements.

En France, dans l'ensemble de la population, il y a plus de vingt interruptions volontaires de grossesses déclarées pour cent naissances vivantes. Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse chez les adolescentes semble légèrement diminuer, mais reste important : 7,5 % de l'ensemble des IVG en 1982, 6,5 % en 1987. En 1987, il y a eu 10 896 IVG de mineures, et 10 390 en 1990.

En 1989, on relevait également 5 475 enfants nés vivants ou morts-nés, de mères mineures, dont 546 de mères de moins de 16 ans. Près de 80 % de ces enfants naissent de parents non mariés. Chez les jeunes filles ayant recours aux dispositifs d'insertion professionnelle (moyenne d'âge d'environ 21 ans), on notait que 36 % des filles avaient déjà été enceintes, et qu'un tiers d'entre elles avait eu recours à une interruption volontaire de grossesse.

### *Les déficiences du système de santé*

Bien que le système de soins ne soit qu'un déterminant parmi d'autres, il joue un rôle important, particulièrement dans la lutte contre la mortalité périnatale et sur le plan de la qualité de la vie des malades. L'on parlera ici du système de santé au sens défini au chapitre 1 : au-delà du secteur curatif (système de soins), il inclut les activités de prévention et d'accompagnement médico-social.

Nous en avons souligné les mérites au cours du chapitre 2, notamment la « richesse » en personnels, en équipement et en techniques ainsi que la qualité majeure qui est l'accessibilité et la liberté de choix pour l'utilisateur comme pour le professionnel. Mais le système de santé français présente aussi des carences graves : il est insuffisamment piloté, organisé, peu évalué et donc déséquilibré et éclaté. Il ne répond pas aux besoins souli-

gnés plus haut de prise en charge des malades chroniques ou dépendants et à la nécessité de lutter contre les causes de la surmortalité prématurée. En outre, le rapport efficacité/coût est médiocre, comme on le verra au chapitre 4.

### *Un système insuffisamment piloté*

Les objectifs de santé publique ne font pas l'objet d'un affichage clair et ne s'imposent pas suffisamment aux financeurs et aux planificateurs du système de soins.

Des instruments de pilotage existent : la planification de l'implantation des établissements hospitaliers et des équipements lourds, la programmation des flux de formation (avec un *numerus clausus* pour les médecins institué dès 1971), l'action sur les prix et le remboursement des biens et des services médicaux, etc.

Mais leur utilisation a été jusqu'ici commandée avant tout par l'impératif de combiner les intérêts des usagers et des fournisseurs avec celui de la maîtrise des dépenses, comme le montre le fait que la planification soit principalement guidée par des critères de politique locale et d'occupation de lits et que les flux de formation soient inflationnistes (entre 1970 et 1980 l'effectif de médecins a augmenté de 72 %, de 1980 à 1985 de 58 %) et souvent dictés par des considérations corporatistes.

### *Un système déséquilibré*

L'absence de pilotage a permis à certaines forces de s'exercer à plein : nous citerons à titre d'exemple la toute puissance de la logique techniciste et l'influence des rapports de forces.

Cette *primauté de l'acte technique sur une approche globale des personnes* s'illustre par un certain nombre de grands déséquilibres :

- entre les quatre grandes fonctions du système : prévention, soins, accompagnement et suivi, réinsertion. La prévention (au sens à vrai dire restreint que les comptes de la santé donnent à ce terme) est sous-dotée, son financement public se situe à environ 16 milliards de francs en 1992 sur un financement public total de 517 milliards de francs. La dépense de soins est financée à hauteur de 480 milliards, cependant qu'accompagnement médico-social et réinsertion, plus difficiles à évaluer, pouvaient être estimés à 47 milliards de francs en 1989, soit 12 % des dépenses de l'assurance maladie ;
- à l'intérieur du secteur dit de prévention : les vaccinations et les dépistages représentent la quasi totalité de la fonction préventive du système de santé. L'éducation à la santé, l'information, la communication sur la santé qui sont pourtant des moyens privilégiés de la politique de « réduction des risques » en sont encore aux balbutiements et se heurtent à l'incrédulité du public et des professionnels. Les structures de prévention (mé-

decine du travail, médecine scolaire, services de l'environnement, services de PMI, dispensaires divers) sont les parents pauvres du système de santé et donnent plus de place aux dépistages individuels qu'à l'action sur l'environnement ;

- entre le secteur hospitalier (48 % de la dépense de soins et de biens médicaux) et l'ambulatoire (29 %) : la France est dans la moyenne européenne pour le nombre de médecins (278 pour 100 000 en 1992 – Source Sesi), mais très au-dessus pour le nombre de lits par habitants comme le montrent les deux figures suivantes. Rappelons que la surcapacité hospitalière a été estimée à 60 000 lits en 1991 par le rapport de la Cour des Comptes ;
- au sein du secteur hospitalier : les établissements de court séjour représentent une capacité de 293 000 lits, alors que les lits de moyen séjour se chiffrent à 95 000 et ceux de long séjour à 68 000 lits (Source Sesi, 1991) auxquels l'on peut ajouter les 96 871 lits de psychiatrie. La psychiatrie et le court séjour sont en excédent, ce qui n'est pas le cas, en général, du moyen et du long séjour ;
- entre généralistes et spécialistes : le corps médical (158 987 personnes en 1993) est composé d'autant de généralistes que de spécialistes. Ce ratio est tout à fait étonnant si l'on prend en compte la mission de ces deux types de médecine.

Figure 37 **Nombre de médecins pour 100 000 habitants en 1991**

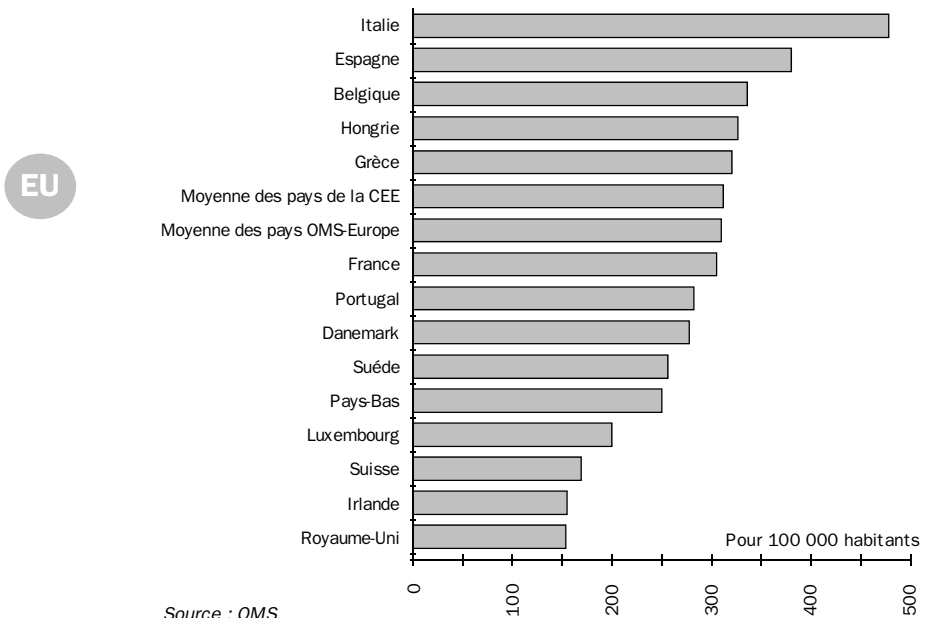
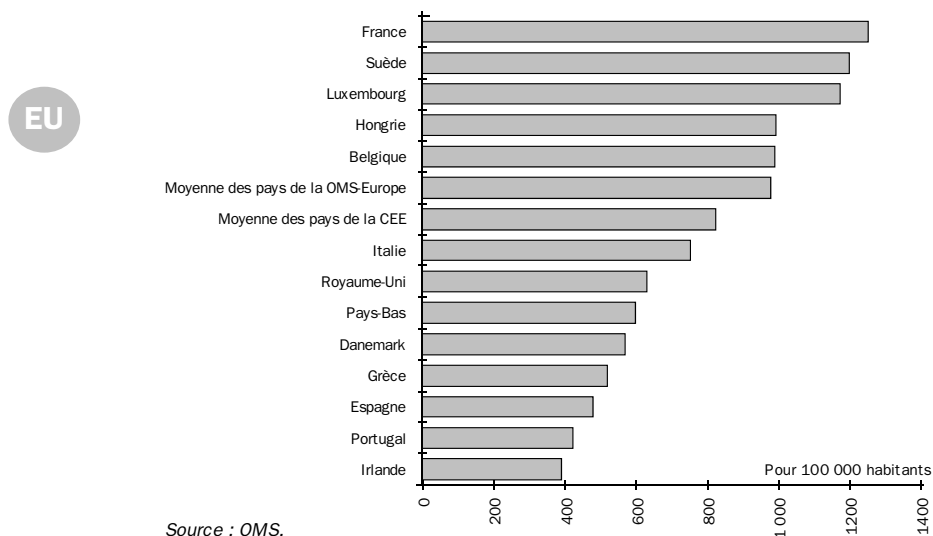


Figure 38 Nombre de lits d'hôpital en 1991



La spécialité qui connaît le plus fort développement est la biologie médicale, discipline technique s'il en est. En revanche, les spécialistes de santé publique sont très peu nombreux (2 516). Les spécialités médicales regroupent 43 290 médecins, les spécialités chirurgicales : 20 384 médecins.

La formation des médecins, y compris les généralistes, est assurée par des spécialistes hospitalo-universitaires. Elle est entièrement axée sur les aspects curatifs, techniques, « biologiques » de la médecine. La formation à la relation médecin-malade, aux troubles du comportement, à la détection et à la prise en charge des conduites à risque et des maladies chroniques, à l'accompagnement des mourants, au suivi médico-social et à la coordination avec les autres professionnels de santé, l'enseignement de l'évaluation et l'ouverture aux problèmes économiques tiennent une place minime dans les cursus universitaires sauf dans la « spécialité » de santé publique :

- non seulement les services médico-sociaux, les services de soins à domicile et les services d'aide ménagères sont insuffisants en nombre, mais ils sont défavorisés par le système de tarification (financement par les usagers ou par l'aide sociale, rarement par l'assurance maladie) ;
- les professions paramédicales (360 000 personnes dont 300 000 infirmiers et 40 000 masseurs kinésithérapeutes) sont relativement peu valorisées dans le système français. Les temps

---

de coordination entre médecins, paramédicaux et professions sociales ne sont pas reconnus ni rémunérés.

Dans son rapport annuel 1993, l'Inspection générale des affaires sociales a souligné, à partir de nombreux exemples de CHU et de CHG, *l'influence des féodalités* et des corporatismes non seulement dans les résistances aux changements mais aussi dans les décisions de création de services ou de recrutement. Ceux-ci peuvent même être contraires aux besoins de santé : organisation du travail ne garantissant pas l'exigence fondamentale de permanence (week-end, nuit), répartition inadéquate du personnel. « *D'une façon générale, les disciplines dont l'activité décroît (chirurgie viscérale, pédiatrie, neurologie, ...) réussissent à garder plus d'effectifs que n'arrivent à en acquérir les disciplines dont l'activité est en progression (activités interventionnelles, hépato-gastro-entérologie, explorations fonctionnelles...)* <sup>1</sup>. »

Est-ce pour ce type de raisons que d'une façon générale, l'offre de soin est déséquilibrée entre les régions et les départements qu'il s'agisse du nombre de médecins (de 165 dans l'Eure à 691 à Paris), de la répartition généralistes/spécialistes (ces derniers sont plus nombreux que les généralistes dans un quart des départements) ou de la part des médecins en secteur conventionnel à honoraires libres (l'ensemble du secteur 2 regroupait 26,4 % des médecins au 01.01.91, mais cette proportion s'élevait à 55 % à Paris, à 47 % à Lyon et à Nice).

### *Un système cloisonné*

Il l'est d'abord entre décideurs et financeurs :

- si l'on se place au niveau des politiques de santé : la dualité entre le décideur État et le financeur Assurance-maladie, géré paritairement, induit des distorsions, ces deux acteurs n'ayant pas la même logique (santé de la population – santé individuelle, santé au sens large – soins curatifs). Ces grands intervenants sont eux-mêmes multiples : État-collectivités décentralisées, cent cinquante régimes d'assurance maladie, avec pour chacun un mode de fonctionnement souvent rebelle au travail en commun et à la coordination, par exemple des systèmes d'information propres à chacun qui fonctionnent en tuyau d'orgue et obèrent la vision globale (cf. chapitre 2 du volume annexe) ;
- au niveau des décisions affectant la santé de l'individu : la séparation entre celui qui déclenchera la décision – l'utilisateur et le fournisseur – et les payeurs socialisés finançant ex-post, à guichet ouvert, est à l'origine des graves problèmes de régulation que nous connaissons ;

---

1. Inspection générale des Affaires sociales, *Rapport annuel 1993 de l'Inspection générale des Affaires sociales*, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle, Paris, mars 1994.



– à l'intérieur même de l'offre de santé, les cloisonnements étanches qui existent entre les dispositifs et les professionnels génèrent des obstacles à la prise en charge globale cohérente et continue alors que celle-ci est d'autant plus nécessaire que l'impact des maladies chroniques augmente. La revue *Après-demain* n° 320-321 illustre cet éclatement des prises en charge à propos des personnes âgées dépendantes :

*« Les prestations en espèces ou en nature pour les personnes âgées dépendantes sont assurées par de nombreux organismes et professions auxquels s'ajoutent les aides apportées par l'entourage et les personnes bénévoles. A cette multiplicité des intervenants correspond une multiplicité des autorités chargées de l'organisation et du financement des services et institutions aux différents niveaux territoriaux.*

*Une telle fragmentation, aggravée par la décentralisation de l'action sociale mais non des actions financées par l'Assurance-maladie qui restent sous le contrôle et la tutelle de l'État, **interdit toute coordination** à tous les niveaux :*

*– celui de la coordination des soins aux personnes âgées ayant des problèmes multiples et complexes relevant de plusieurs prestataires ;*

*– celui des liens entre services ambulatoires et établissements pour permettre une continuité des soins en cas de transfert d'un service à l'autre ;*

*– celui de la planification des objectifs et de leur mise en œuvre dans les départements ou plus localement ;*

*– celui du « leadership » de la politique nationale ; le ministère chargé de l'action sociale vieillesse n'a jamais eu les possibilités de coordonner la mise en œuvre des actions et moyens des différentes administrations s'occupant des problèmes des personnes âgées. Par exemple, Direction des hôpitaux et Direction de l'action sociale ont produit leur propre réglementation et leur propre tarification en matière de transformation des hospices. Par exemple, les caisses de Sécurité sociale ont refusé de financer le programme finalisé de maintien à domicile lors du VI<sup>e</sup> Plan.*

*A cette fragmentation se surajoute la recherche d'une maîtrise des dépenses de protection sociale, en particulier depuis 1978. Cette contrainte devient trop souvent le seul objectif de la politique sociale. Il s'ensuit de nombreuses insuffisances :*

*– insuffisance de financement de personnels soignants dans les établissements sociaux : seuls 20 % des lits d'hébergement sont financés par un forfait non négligeable bien que souvent insuffisant, alors qu'au moins 60 % des pensionnaires nécessitent des aides pour les soins personnels, d'où les projets du secteur privé à but lucratif et reposant sur les soignants libéraux ;*

*– insuffisance des services de soins à domicile : 60 à 65 000 personnes en bénéficient alors qu'au moins 500 000 en relève-*

---

raient. Certes, certaines doivent être aidées par des infirmiers libéraux mais l'essentiel de l'aide est apporté par le voisinage et singulièrement par les filles des parents très âgés ;

– insuffisance du financement de l'aide ménagère dont on accroît le nombre d'heures globalement aux dépens du nombre d'heures attribuées à chaque bénéficiaire. Avec 2 h 30 en moyenne par semaine, la plupart des bénéficiaires sont légèrement dépendants et ceux qui en auraient le plus besoin pour des tâches plus lourdes ont de moins en moins de chance pour l'obtenir.

Fragmentation et faiblesse de la progression des ressources financières conjuguent leurs effets pour rendre très difficile de notables redéploiements de moyens en personnels, du secteur hospitalier vers le secteur médico-social ou les services de maintien à domicile. Il s'ensuit l'absence d'un véritable service de soutien à domicile fonctionnant 24 heures sur 24 heures comme dans d'autres pays voisins.

Il en est de même pour les inégalités tarifaires : les tarifs des prestations et les sommes à la charge de la personne âgée sont fonction du statut juridique des prestations et non de la densité des soins ou aides nécessaires ; il en résulte le choix de solutions parfois avantageuses en termes financiers pour la personne âgée ou sa famille mais en général aux dépens de solutions plus appropriées à leurs besoins d'aides. »

On pourra se reporter également à ce sujet à l'analyse plus détaillée du groupe 1 (volume annexe).

### *Un système insuffisamment régulé*

Nous verrons plus loin les aspects économiques du système de soins. Contrairement à la Grande-Bretagne (régulation administrée), à l'Allemagne (régulation organisée) ou encore aux États-Unis (régulation concurrentielle) la France n'a pas encore réussi à mettre en place une régulation efficace. L'accent a d'abord été mis sur la maîtrise de la demande et sur l'action par les coûts unitaires. La régulation par l'offre a manqué de globalité : dans ce domaine comme les autres, les cloisonnements l'ont emporté avec leurs effets pervers de reports, sur d'autres secteurs de dépense.

La régulation médicalisée qui s'est mise en place avec le système des références médicales opposables en médecine de ville, les expérimentations concernant la tarification hospitalière (programme médicalisé de système d'information) commencent seulement à porter leurs fruits. La décélération des dépenses d'assurance maladie dont la croissance est passée de 6,4 % pendant les sept premiers mois de 1993 à 1,2 % pendant la même période en 1994, constitue un signe encourageant.

### *Un système relativement figé*

Notre système est à la fois inflationniste dans sa production comme le montre l'évolution des dépenses de santé, et figé dans sa structure. La résistance au changement apparaît dans les entraves à la politique de régulation, ainsi que dans les difficultés qui s'opposent aux restructurations et aux redéploiements, à l'évaluation ou à la médicalisation des systèmes d'information. Le système du taux directeur, malgré l'existence de marges de manœuvre, a sans doute contribué à ce conservatisme que facilitent les cloisonnements et les corporatismes.

### *Un manque d'évaluation*

L'évaluation pourrait être une clé et un moteur de changement. Mais elle est encore peu courante dans notre pays. Cette insuffisance découle de l'absence d'objectifs (comment évaluer sans référence à des finalités ?), de la carence des systèmes d'information mais aussi d'une résistance à l'évaluation, souvent confondue avec le contrôle, et d'un manque de savoir-faire.

La déficite d'évaluation se manifeste tant en ce qui concerne les politiques publiques que l'activité des établissements et des professionnels. Ainsi les conférences de consensus sont-elles apparues tardivement dans notre pays. Concernant l'analyse du système de santé dans son ensemble, la réflexion en termes de rapport qualité/prix et la comparaison internationale sont des idées relativement nouvelles. Elles ont porté un coup à l'autosatisfaction des Français, généralement très répandue jusqu'à une époque récente, sur leur propre dispositif.

Il est regrettable que notre système de soins, pourtant techniquement performant, ne permette pas réellement à la population de bénéficier des progrès réalisés dans la connaissance des déterminants de la santé et des facteurs épidémiologiques à l'origine des maladies, car, entièrement tourné vers les thérapeutiques curatives, il ne prend pas assez en compte les facteurs socio-économiques et culturels à l'origine d'une altération de la santé, et il néglige les actions de prévention, de dépistage, de rééducation et de réadaptation.

Faute d'un conseiller qui serait un médecin généraliste, le malade entré dans le système de soins par l'une des nombreuses portes qui sont ouvertes devant lui, ne peut que difficilement découvrir le chemin le plus court, le plus efficace, le moins coûteux pour accéder meilleur soin.

Il ne trouve pas non plus une réponse adaptée à sa demande la plus courante qui est d'être écouté, compris, aidé, réconforté, encouragé, accompagné et pas nécessairement soumis à de nombreuses investigations diagnostiques ni traité par de multiples prescriptions médicamenteuses ou même chirurgicales parfois inutiles.

---

Tout se passe comme si le système de santé français qui est fondé sur la liberté – ou plutôt de laisser faire – et a réussi jusqu’ici, tant bien que mal, à concilier les intérêts des usagers et des professionnels avec un financement social, touchait ses limites non seulement financières mais sanitaires et sociales.



---

## Chapitre 4

---

### *Ces menaces ainsi que le niveau des dépenses de santé rendent nécessaires les choix de santé publique*

Certes, les indicateurs globaux de la santé en France, si on les compare à ceux de pays voisins, sont bons et, dans certains domaines, les « résultats » sont remarquables, mais nous avons vu que les moyennes recèlent des écarts persistants et masquent des faiblesses sur des points aussi importants et stratégiques pour l'avenir que sont la mortalité prématurée et la qualité de la prise en charge des maladies chroniques.

Si la France veut préserver ses acquis et faire face aux problèmes que nous avons décrits plus haut, il est nécessaire – et d'ailleurs inéluctable – qu'elle donne droit de cité à la santé publique, c'est-à-dire à l'approche collective, volontariste et pluridisciplinaire des problèmes de santé. Cette exigence converge avec celle qu'impose la nécessaire réforme du financement de l'assurance maladie.

Il faut garder à l'esprit, par ailleurs, que le double défi de faire mieux et de faire moins cher, ne peut être relevé que si les conditions fondamentales de la santé du pays continuent à être garanties : un environnement compatible avec la vie, la prospérité économique, la paix, la cohésion sociale.

## Le coût de la santé milite en faveur de la prise de choix de santé publique

**La dépense de santé en France est l'une des plus élevées du monde**

### *Combien dépense-t-on en France pour la santé<sup>1</sup> ?*

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 embrasse la quasi-totalité de l'activité d'une nation : les ressources consacrées à l'alimentation, à l'hygiène, au logement, à l'éducation, à la culture, aux loisirs, à la sécurité, à la socialisation, influencent de façon déterminante le bien-être de la population.

Mais nous parlerons ici des dépenses de santé au sens que les comptes nationaux de la santé élaborés par le Sesi donnent à l'expression « dépense courante de santé ».

Elle représente l'ensemble des versements intervenus durant une année au titre du fonctionnement courant du système de santé.

Elle regroupe:

- la dépense pour les malades : la dépense de soins et biens médicaux (correspondant à la consommation du même nom) ; la dépense d'aide aux malades (indemnités journalières de l'assurance maladie) ; la dépense de subvention pour le système de soins (essentiellement, prise en charge d'une partie des cotisations sociales des praticiens) ;
- la dépense de prévention : la dépense de prévention individualisable (actions de médecine préventive : médecine du travail, médecine scolaire, PMI, dépenses de lutte contre la toxicomanie, dépenses de lutte contre les fléaux sociaux – dispensaires –, planning familial, vaccinations budgétairement isolables) ; la dépense de prévention collective. Notons que ce mode de calcul sous-estime les dépenses de prévention puisqu'il n'y rattache pas les nombreux actes de dépistage (prise de tension, palpation des seins, conseils de tous ordre, etc.) réalisés dans le cadre de l'hôpital et de la médecine de ville ;
- la dépense en faveur du système de soins : la dépense pour la recherche médicale et pharmaceutique ; la dépense pour la formation des professionnels de santé ;

---

1. Voir groupe 8 du volume annexe.

– la dépense en gestion générale de la santé : les frais de fonctionnement du ministère de la Santé ; les frais de fonctionnement des mutuelles et des administrations privées.

**Dans le cadre des comparaisons internationales**, il a été nécessaire de définir un concept unique, homogène dans tous les pays, incluant les dépenses en capital. L'OCDE calcule donc une dépense totale de santé qui, pour la France, est la suivante :

Dépense courante de santé (Compte de la Santé)  
+ Estimation des dépenses en capital de l'hôpital public

En 1993, la Dépense courante de santé a été estimée à 724 635 millions de francs, soit 10,2 % du *Produit Intérieur Brut*. Près de 90 % de cette dépense correspondent à la consommation de soins et biens médicaux proprement dit : on le voit, la dépense courante de santé en France s'identifie pour l'essentiel à la dépense contre la maladie. Le tableau suivant présente la structure détaillée de la dépense courante.

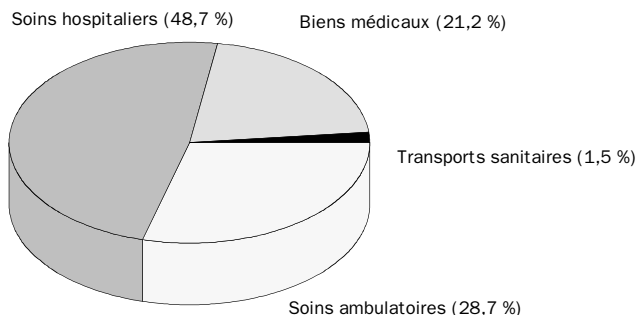
Tableau 21 **La structure de la dépense courante de santé en 1993**

	Montant	Structure (en %)
<b>Dépense pour les Maladies</b>	<b>682 482</b>	<b>94,2</b>
Soins et biens médicaux	632 525	87,3
Aides aux malades	41 957	5,8
Subvention au système de soins	8 000	1,1
<b>Dépense de prévention</b>	<b>16 138</b>	<b>2,3</b>
<b>Dépenses en faveur du système de soins</b>	<b>26 472</b>	<b>3,7</b>
Recherche médicale et pharmaceutique	23 490	3,3
Formation	2 982	0,4
<b>Dépense de gestion générale</b>	<b>10 154</b>	<b>1,4</b>
<b>Double Compte <sup>1</sup></b>	<b>- 11 311</b>	<b>- 1,5</b>
<b>Dépense courante de santé</b>	<b>724 635</b>	<b>100,0</b>

1. Il s'agit de la part de la dépense de recherche pharmaceutique financée par la vente de médicament.

La figure 39 permet de visualiser la structure de la dépense de soins et biens médicaux en 1993. Les soins avec hébergement (en hôpital ou en sections médicalisées des établissements pour personnes âgées) sont à l'origine de près de la moitié de cette dépense (48,7 %), les soins ambulatoires représentent 28,7 % de la dépense et les biens médicaux 21,2 %, dont 18,4 % pour la seule pharmacie.



Figure 39 **Structure de la dépense de soins et biens médicaux en 1993**

Au sein des dépenses de consommation des ménages, la part des dépenses de santé dite « poste services médicaux et de santé » représentait 13,7 % en 1992. C'est le poste qui a le plus augmenté entre 1980 et 1992 (+9,9 % en moyenne par an et en francs courants contre 8,2 % pour l'ensemble de la consommation finale nationale).

### *La France dépense-t-elle plus que les autres pays ?*

Deux indicateurs permettent de situer la France au sein des pays de l'OCDE pour ses dépenses de santé :

- la part de ces dépenses dans le Produit Intérieur Brut ;
- la dépense de santé par personne.

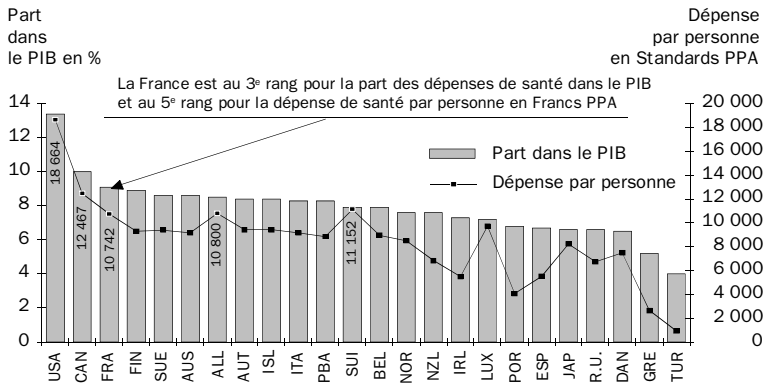
La figure 40 classe les pays de l'OCDE selon ces deux indicateurs.

Quel que soit l'indicateur choisi, la France accuse un fort niveau de dépense : elle figure au troisième rang pour la part de la richesse nationale consacrée à la santé et au cinquième rang pour le niveau de la dépense par personne. Distancée très largement par le Canada et surtout les États-Unis, la France se situe à un niveau très voisin de celui de l'Allemagne.

### **La progression des dépenses de santé est forte et mal maîtrisée**

La part de la dépense courante de santé dans le PIB n'a cessé de croître pour passer de 6,2 % en 1970 à 10,2 % en 1993. Cependant, le taux de croissance de la dépense de santé a eu tendance à diminuer depuis 1975 et particulièrement au cours de la deuxième moitié des années 80. La part des dépenses consacrées aux soins hospitaliers a connu une nette diminution depuis le début des années 1980. Corrélativement, la part des soins ambulatoires et biens médicaux a progressé.

Figure 40 **Les dépenses de santé en 1991**



La croissance de la consommation médicale est beaucoup plus rapide que celle du PIB : +7,9 % en 1990, +6,6 % en 1991 et 1992, +5,7 % en 1993. Ce décalage pose problème : il ne résulte pas d'un choix délibéré de société d'affecter à la santé une part de plus en plus importante de la richesse nationale et il implique des prélèvements obligatoires de plus en plus lourds sur les revenus des ménages et sur les entreprises. En effet, la dépense nationale de santé est financée en grande partie par le secteur public, au sens de l'OCDE, c'est-à-dire « par les administrations centrales et locales et par les organismes de sécurité sociale obligatoire » : 75,5 % du financement de la dépense de santé y est public. En France, ce financement pèse très lourd sur les entreprises et les ménages par le biais des cotisations sociales assises sur les salaires. Et pourtant il laisse à la charge du financement privé (ménages, mutuelles et compagnies d'assurances) une part élevée des dépenses : 24,5 %, ce qui place la France au 14<sup>e</sup> rang seulement des pays de l'OCDE pour la part du financement public. Certains soins, comme ceux des dentistes sont particulièrement mal remboursés par l'assurance maladie (44 % en moyenne).

*La progression des dépenses est-elle particulièrement forte si on la compare aux pays de l'OCDE ?*

Afin de répondre à cette question, on utilise le principe de l'élasticité, qui permet de relativiser l'accroissement de la dépense par rapport à l'accroissement de la richesse nationale.

Le tableau 22 se lit de la façon suivante : sur la période 1985-1991, lorsque le PIB a augmenté de 1 % en France, la dépense nationale de santé a augmenté de 1,44 %.

Tableau 22 **Élasticité des dépenses de santé au PIB \***

	1960 - 75	1975 - 85	1985 - 91
<b>Pays de la CE</b>			
Allemagne	2,01	1,31	0,88
Belgique	1,86	2,25	1,34
Danemark	2,12	0,88	1,46
Espagne	2,30	2,05	1,68
<b>France</b>	<b>1,73</b>	<b>1,86</b>	<b>1,44</b>
Grèce	1,37	1,64	1,66
Irlande	2,15	1,04	0,58
Italie	1,78	1,49	2,06
Luxembourg	2,07	1,79	1,30
Pays-Bas		1,30	1,24
Portugal		1,28	0,88
Royaume-Uni	1,90	1,48	1,71
<b>Autres pays d'Europe</b>			
Autriche	1,81	1,44	1,19
Finlande	1,75	1,46	3,12
Norvège	2,16	0,90	2,44
Suède	1,94	1,70	0,71
Suisse	2,59	1,59	1,22
<b>Autres pays de l'OCDE</b>			
États-Unis	1,98	1,84	3,20
Canada	1,38	1,51	2,38
Japon	1,56	1,38	1,03

\* L'élasticité a été calculée par le rapport des taux d'accroissement annuels moyens de la dépense totale de santé à prix relatifs et du PIB à prix relatifs (c'est-à-dire tous deux déflatés par indice de prix du PIB).

On le voit, au sein de la Communauté européenne, la France a une position moyenne.

Parmi les pays ayant un revenu par habitant élevé, l'Allemagne, le Japon et la Suède sont les trois pays ayant le mieux réussi la maîtrise de la croissance des dépenses de santé sur la dernière période (1985-1991).

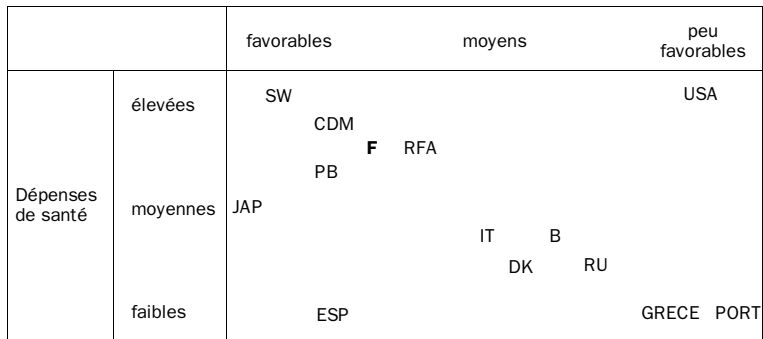
Bien que la progression des dépenses ait été freinée à partir des années 1980, leur croissance est restée en France mal maîtrisée : les objectifs attendus des différents plans de régulation n'ont pas été atteints, soit qu'ils aient porté sur la demande (avec en plus, des effets négatifs sur l'égalité d'accès aux soins), soit qu'ils aient agi sur l'offre (mais seulement sur certains secteurs de l'offre, le secteur hospitalier en particulier). Néanmoins la décélération des dépenses de santé au cours des sept premiers mois de l'année 1994 est un signe encourageant.

**L'efficacité en termes de santé, de la dépense de santé n'est pas évidente**

De l'examen des principaux indicateurs de santé, nous avons conclu à un bilan contrasté avec, notamment, une surmortalité prématurée inquiétante et des inégalités sociales et géographiques persistantes. Certes, l'on ne peut attendre d'un système de santé qui, en France, est avant tout un système de soins qu'il produise de la santé. Nous avons vu son rôle très relatif comme déterminant de la santé.

Au moins, peut-on attendre des dépenses de santé qu'elles soient correctement orientées et financées et qu'elles ne soient pas « contre-productives ». Avec 6,5 % de dépenses de santé seulement par rapport au PIB, le Japon a les meilleurs indicateurs de santé du monde. Comme le montrent J.C. SAILLY et de Th. Lebrun<sup>1</sup>, la France occupe une place intermédiaire, si l'on construit un graphique où figurent en abscisse les indicateurs de mortalité (espérance de vie, mortalité infantile) et en ordonnée le niveau des dépenses de santé (mesure OCDE).

Figure 41 **Indicateurs de mortalité**



Source : J.-C. SAILLY, Th. Lebrun, F. Calcoen, in. Lebrun : OÙ va le système de santé français, 1991.

Il est permis ici de poser un certain nombre de questions qui sont examinées plus avant par le groupe 8 (volume annexe) :

- les dépenses ne sont-elles pas trop concentrées sur certains groupes déjà favorisés, sur des régions déjà avantagées, sur certaines pathologies, très coûteuses et associées à la fin de la vie ? Ainsi en 1992, 3,4 % des assurés sociaux relevant de la CNAMTS ont-ils consommé 50 % des dépenses ;
- les gaspillages et les doubles emplois sont-ils réduits au minimum ? Peuvent-ils l'être dans un système qui finance à guichet ouvert des dépenses et que ni les assurés sociaux –

1. SAILLY (J.-C.), LEBRUN (Th.), CALCOEN (F.), *La protection sociale à l'horizon 1992 : débat d'experts*, A. Lacassagne, Paris, 1990.

qui sont en très grande majorité, remboursés à 100 % et bénéficient sans filtre de toute facilité d'accès aux professionnels de santé –, ni les professionnels de santé – dont les dépenses de santé constituent les revenus – n'ont de véritable intérêt à réduire ? On le sait, certains responsables de la Cnam avaient en 1992 évalué ces gaspillages, à près d'une centaine de milliards de francs ;

– comme le montre le rapport du Plan Santé 2010 – *équité et efficacité du système*,<sup>1</sup> les dépenses de santé évincent d'autres dépenses collectives (logement, éducation, aide sociale) qui peuvent être plus utiles à la santé. De plus, « *une augmentation des prélèvements sociaux affectés au système de santé, qui accroîtrait les inégalités de revenu ou de niveau de vie, aurait à long terme des effets incertains sur l'état de santé général de la population, ... Face à une augmentation rapide des dépenses de santé, l'alternative à un accroissement des financements publics est le déremboursement partiel des dépenses. On peut cependant s'interroger là encore sur l'effet d'une telle politique sur l'état de santé en général de la population. Quelle est la performance en termes de santé publique d'un système de protection sociale, qui, parce qu'il rembourse libéralement des dépenses vraisemblablement inutiles, ne peut assurer un remboursement correct des soins dentaires, des prothèses auditives, des lunettes ? Le constat fait sur l'état sanitaire des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion est à cet égard éloquent.* »

Cette poussée générale et mal contrôlée des coûts s'explique par des causes structurelles (la nature – particulièrement précieuse – du bien « santé », la dissymétrie entre l'information du demandeur patient et de l'offreur médecin), par des raisons de fond, communes à tous les pays développés (demande de sécurité et de médicalisation, consumérisme, effets d'offre, progrès médical, intérêts économiques des producteurs de soins et place du secteur de la santé dans l'économie, vieillissement de la population, ...), mais aussi par des facteurs plus spécifiques à notre pays (une couverture sociale à 100 % pour l'essentiel de la population, un financement ex-post, à guichet ouvert, une culture pastoriennne dominée par le modèle biomédical, la place et le pouvoir du corps médical, ...). C'est dire que la conversion à opérer, les mesures à prendre se heurtent à des obstacles et à des résistances.

Certes des choix de santé se font tous les jours, mais il s'agit moins de choix collectifs réfléchis que de décisions isolées ou inspirées par des considérations d'ordre conjoncturel : on le voit aujourd'hui, lorsque tel hôpital refuse un soin lourd parce que son

---

1. SOUBIE (R.), *op. cit.*

---

budget ne le lui permet plus, lorsqu'il tarde trop à soigner tel malade parce que l'organisation des soins est inadéquate, lorsque telle autorisation de mise sur le marché est repoussée parce que l'on craint de ne pas maîtriser la prescription du produit, lorsque certains lits hospitaliers sont fermés faute de personnel, etc.

Les ajustements s'opèrent mais dans la crise, de manière anarchique, technocratique, avec souvent des relents de scandale alors que les choix pourraient être pensés, explicités, mis en œuvre de manière volontaire et que les actions pourraient être ciblées sur des objectifs clairs et être productives de santé publique, grâce à une mise en cohérence des moyens financiers, humains et organisationnels.

L'affichage de priorités serait aussi un bon moyen de développer l'évaluation, avec ses effets de rétroaction sur la définition des objectifs. De la même manière, dans la sphère de la santé de l'individu, l'impératif d'évaluation est devenu nécessaire au niveau des micro décisions : le progrès médical, la diffusion anarchique et la superposition de multiples techniques pour concourir à un même objectif rendent à tous les niveaux (médecin, établissement, pouvoirs publics), les options complexes et leurs résultats incertains.

Ainsi la santé publique est-elle devenue incontournable. Mais la rationalisation autour de priorités de santé élaborées démocratiquement, du système de financement et du dispositif de santé, implique des réformes profondes : changements dans les façons de travailler, regroupements d'organismes, mise en commun d'information, etc. De plus, il faudrait éviter absolument que, comme souvent en France, le nouveau système ne se superpose à l'ancien et viser au contraire à ce qu'il s'y substitue progressivement.

**Les points  
faibles de l'état  
de santé  
en France  
constituent  
un défi pour la  
santé publique**

Nous les avons décrits au chapitre 3 :

- la surmortalité prématurée invite à développer la prévention ;
- l'impact des maladies chroniques appelle à une meilleure prise en charge globale des malades ;
- la réduction des écarts suppose une politique volontariste.

### **La surmortalité prématurée**

La surmortalité prématurée qui est très accentuée en France par rapport aux pays voisins est, on l'a vu, évitable à plus de 50 % et se compose d'une part importante de décès dus à des conduites à risque.

Sur les problèmes théoriques posés par la prévention (sa légitimité, ses acteurs, ses moyens, ses limites, ...), le débat est toujours ouvert : des réponses en termes de répression, d'obligation, d'incitation ou d'information ont été et sont données, qui sont légitimées par un consensus démocratique et par leurs résultats en termes de santé publique : politiques sociales et sanitaires, règles d'hygiène publique, obligations ou recommandations vaccinales, dépistages obligatoires ou recommandés, structures de prévention (type PMI, centres antivénériens, centres de dépistage anonyme et gratuit pour le VIH, etc.), campagnes de communication, actions d'éducation pour la santé à tous les niveaux.

Dans une optique de santé publique, il faut aller plus loin, porter davantage le fer sur les cinq domaines stratégiques que sont l'alcoolisme (qui continue à faire l'objet d'un fort déni culturel et politique), le tabagisme, la toxicomanie, la vitesse et le Sida. A ces quatre derniers fléaux, la société est plus sensible mais elle se trouve relativement démunie et impuissante, ne serait-ce que parce que la connaissance des déterminants des comportements dangereux est très lacunaire.

A côté des politiques sociales, éducatives, publicitaires et culturelles qui sont des leviers de base, l'éducation à la santé, l'éducation à la vie (dont le budget, même si l'on y incluait les actions de prévention de toutes les administrations et des acteurs privés, serait sans doute inférieur à un milliard de francs) mériteraient d'acquérir droit de cité dans les formations initiales et continues des professionnels sanitaires, sociaux et éducatifs – tout spécialement des médecins. Elle devraient être aussi reconnues en tant que telles dans les actions menées quotidiennement par les professionnels, y compris au sein de la relation médecin-malade (combien de médecins demandent à leur patient ce qu'ils boivent et si ils fument ?). Les actions de communication, qu'elles soient nationales ou de proximité, sont insuffisamment ciblées sur les publics qui en ont le plus besoin. En l'absence de ciblage, l'on creuse les écarts entre ceux qui sont aptes à recevoir les messages (et qui sont souvent moins à risque) et ceux qui ne sont pas ou ne se sentent pas concernés.

L'approche territoriale et modérée (la « réduction » des risques autant que leur prévention) qui fonde certains programmes de santé appliqués dans des quartiers défavorisés peut être exemplaire : à certains endroits, la politique de la ville doit prendre le pas sur la politique de santé, elle doit en tous cas l'englober.

---

Une société sans risques et sans droit au risque n'existe pas et n'est pas souhaitable. Une société où les plus grands risques de mort et de handicap sont identifiés et où les individus sont mieux armés pour choisir, est une perspective que les pouvoirs publics peuvent proposer.

**La prise en charge, l'accompagnement, les soins palliatifs et l'insertion des malades chroniques et des personnes handicapées**

Si aucune mesure d'envergure n'était prise dans les domaines de la santé publique, de l'organisation des soins et du financement, les graves insuffisances soulignées au chapitre 3 dans la prise en charge, l'accompagnement, les soins palliatifs et l'insertion des malades chroniques et des personnes handicapées, ne manqueraient pas de s'aggraver dans l'avenir, ne serait-ce qu'en raison du vieillissement de la population. Elles ne manqueraient pas non plus de creuser l'écart avec les attentes d'une population de plus en plus exigeante et de mieux en mieux informée et organisée.

Cloisonnée entre des professionnels, des structures, des financements relativement étanches, la prise en charge de ces malades souffre d'absence de cohérence et de continuité : elle n'est pas adaptée à leurs besoins et le réseau social et familial n'est pas toujours capable de remédier à ses insuffisances.

Contribuent à ces carences, en particulier, l'inadéquation de la formation des médecins, de leur mode de rémunération et la dévalorisation du généraliste et des personnels paramédicaux et sociaux qui sont les contreparties de la prégnance du modèle biomédical dominé par la technique et la spécialisation.

A ce tableau, il faut ajouter le rappel des déficiences quantitatives de notre organisation sanitaire et sociale en services destinés aux personnes âgées ou handicapées, en instruments et en environnement de rééducation et d'insertion mais aussi en aides financières et humaines au maintien à domicile.

Dans ce domaine, particulièrement important pour l'avenir, la démarche de santé publique qui remet l'exigence de qualité de vie à sa juste place dans l'échelle des problèmes et propose une approche territoriale, pluridisciplinaire et communautaire, peut apporter des réponses pertinentes : formation continue, coordination, organisation de réseaux, mobilisation des ressources de la proximité, ceci à des coûts souvent peu élevés.

**La réduction des inégalités**

La réduction des inégalités passe d'abord par des politiques sociales notamment de logement et d'emploi, par l'aménagement du territoire et la politique de la ville. Elle s'appuie également sur des actions volontaristes qui supposent la définition de priorités, d'objectifs et de programmes bien ciblés, avec un support territorial et communautaire particulièrement fort, sans oublier les actions de prévention primaire et secondaire dont tout



semble prouver qu'elles profitent aux groupes les plus favorisés – c'est-à-dire ceux qui en ont le moins besoin – si elles ne sont pas destinées spécifiquement aux plus défavorisés.

Une meilleure identification des groupes de population exclus de l'accès aux soins et à la prévention est la condition pour que soient levés les obstacles administratifs qui s'opposent à la reconnaissance de leurs droits. Ne faudrait-il pas, un jour, remettre en question la dualité des dispositifs assurance/assistance au profit d'un système unique et simple de garantie, puisqu'en définitive tout résident légal en France a désormais droit à une protection sociale ?

## Il faut donner droit de cité à la santé publique

**Le retard en santé publique** Les nouveaux défis auxquels la politique de santé doit faire face en France sont d'autant plus difficiles à relever que le « terrain » de la santé publique dans notre pays est pauvre.

Comme l'écrit H. Strohl (Commission santé publique – Igas -1988), « la santé publique ou plutôt la santé des populations, cette démarche qui vise à améliorer l'état de santé des populations par la prévention, la planification du système de soins, l'évaluation des pratiques, des techniques et des institutions, à surveiller et prévenir les risques majeurs par l'observation et l'intervention épidémiologiques n'est pas en France reconnue <sup>1</sup>. » Elle n'est guère non plus mise en pratique.

Le système de santé français n'est pas construit autour de finalités collectives, il est constitué autour d'une multiplicité de pratiques d'acteurs impliqués dans une relation thérapeutique. Ses dérives « mécanistes et ingénierales », suivant les termes de F. Grémy et A. Bouckaert (Article déjà cité : *Santé publique et Sida*) ont été mis à jour récemment de façon spectaculaire par l'affaire de la transfusion sanguine. Que notre pays soit celui qui connaisse la proportion la plus élevée de transfusés contaminés : 2,08 pour 100 000 habitants contre une moyenne européenne de 0,62 (0,12 en Grande-Bretagne, 0,18 aux Pays-Bas, 0,28 en Allemagne, 0,39 au Danemark) s'expliquerait par le fait que, contrairement aux pays ayant une culture d'hygiène publi-

---

1. STROHL (H.), *op. cit.*

---

que, ni les médecins prescripteurs ni les transfuseurs, dominés par une vision technicienne de leur médecine, n'ont eu à temps les réflexes de précaution minimale de réduire les indications de transfusion et surtout de sélectionner les donneurs. Le circulaire du 20 juin 1983 de la Direction générale de la santé qui préconisait cette sélection était restée lettre morte : elle ne pouvait être entendue par des professionnels de santé qui étaient, en France, relativement étrangers à l'approche épidémiologique des risques, à la culture de « précaution », comme le montrent A. Morelle dans un article de la revue *Esprit* publié en 1993 L'Institution médicale en question et M. Setbon <sup>1</sup>.

Le retard de la France s'observe si l'on examine la place et le statut de la santé publique entendue au sens organique du terme, c'est-à-dire au sens d'une activité spécifique dotée de moyens particuliers :

- un nombre de professionnels, d'experts ou de chercheurs en santé publique peu élevé, très inférieur aux pays voisins et aux pays nord-américains et souvent affectés à des tâches de tutelle et de contrôle. Quelques chiffres : 2 755 médecins qualifiés en santé publique, 370 médecins inspecteurs de santé publique, 121 pharmaciens inspecteurs de santé publique, 185 ingénieurs du génie sanitaire, etc. ;

- des professionnels dispersés et peu habitués à travailler ensemble (État, collectivités locales, caisses ; médecins inspecteurs, ingénieurs, pharmaciens, économistes, médecins de PMI, médecins du travail, etc.) ;

- un système de formation insuffisamment structuré (dispersé entre l'École Nationale de la Santé publique, les facultés de médecine, des UFR de sciences humaines, des IUT, ...), peu reconnu et mal évalué, malgré le progrès constitué par la mise en place en 1982 de la filière d'internat en santé publique (85 postes ouverts en 1994) ;

- l'absence de prestige et même de reconnaissance sociale des structures et des professionnels.

En dehors même de la faiblesse de la santé publique entendue comme une discipline, on ne peut que déplorer l'absence de diffusion de la culture de santé publique auprès des étudiants en médecine et des professionnels sanitaires et sociaux en général, ainsi que des administrateurs de la santé. La santé publique est mal connue et mal perçue. Elle est, en particulier, souvent confondue par l'opinion avec les structures publiques de santé (hôpital, Ddass, ministères) comme le montre un sondage réalisé en 1988 par l'Ifop, à la demande de l'École Nationale de la Santé Publique. Elle est souvent réduite à une vision étroite de sécurité sanitaire qui pousse à payer très cher pour des garanties qui ne sont jamais

---

1. SETBON (M.), *op. cit.*

absolues, qu'il s'agisse de transfusion sanguine, de transplantation d'organes, de médicaments ou d'anesthésie par exemple.

Ces résistances à la vision de santé publique ont été analysées notamment par W. Dab et M. Setbon. Peuvent être avancées des explications :

- d'ordre structurel : la démarche de santé publique, pluridisciplinaire et s'appuyant parfois sur des connaissances pointues (épidémiologie, génie sanitaire) est, par nature, difficile d'accès ; le passage de la connaissance des problèmes à la prise de décision soulève des difficultés particulières en raison du caractère probabiliste et fragmentaire des savoirs, en raison aussi de la nécessité du consensus entre les professionnels et de l'acceptation par la population de mesures qui peuvent avoir sur sa vie quotidienne ou en temps de crise un impact exceptionnel ;
- d'ordre sociologique : l'individualisme et le libéralisme, tant au sein des professionnels de santé qu'au sein de la population ne favorise pas l'ouverture à la santé publique. Celle-ci perçue comme sécuritaire, contraignante et liée à du contrôle social. Ainsi les études de médecine sont-elles entièrement dominées par le modèle scientifique, l'approche par l'individu et l'apprentissage de la technique, ceci dans une vision essentiellement diagnostique et curative ;
- d'ordre historique : la France est le berceau de l'hygiène publique. La première chaire d'hygiène a été créée en 1795. Mais *« la place réduite de la santé publique en France au début du Sida est à mettre au compte du vide laissé après la disparition du modèle hygiéniste en vogue au XIX<sup>e</sup> et au début du XX<sup>e</sup> siècle, fondé sur une conception administrative et réglementaire de la santé publique par le contrôle des conditions d'hygiène et des maladies contagieuses. L'éradication relative de ces dernières et l'amélioration des conditions de vie ont fait rapidement décroître sa pertinence, réduit le prestige de ses représentants et les ressources qui lui étaient consacrées. En perdant de sa force, le modèle hygiéniste a entraîné une désaffection pour l'ensemble du modèle de la santé publique dont il n'était qu'une forme historique d'action »*. (M. Setbon – *Pouvoirs contre Sida*) ;
- d'ordre philosophique : l'on renverra aux *« réflexions sur la notion de qualité de la vie »* d'A. Fagot-Largeault qui opposent deux traditions philosophiques : la tradition téléologique, empiriste et utilitariste pour laquelle *« l'objectif de la vie morale est de rendre le monde aussi bon qu'il peut l'être pour l'ensemble des êtres sensibles »*, et d'autre part la tradition *« déontologique »* selon laquelle *« il y a un impératif (catégorique) qui transcende tout calcul du bien et du bonheur. La dignité de l'existence d'un sujet moral n'est pas un bien négociable »* ; *« Ce n'est sûrement pas un hasard si dans les pays où la tradition déontologique est dominante, et l'utilitarisme méprisé, on répugne à avoir un débat franc sur la politique de santé. On a, en effet, beaucoup de mal à assumer consciemment la responsabilité des conséquences*

---

*humaines des économies indispensables pour que le système de soins reste globalement efficace. On a l'impression de vouloir la mort des gens, si on prend activement la décision de limiter l'accès à certains soins coûteux*<sup>1</sup>. »

– d'ordre économique et politique : le rôle des corporatismes, en particulier celui du corps médical dont l'influence et le rôle politiques sont particulièrement grands en France.

Malgré les résistances et les obstacles, le développement de la santé publique est possible. Pour les raisons analysées plus haut, la population et les professionnels en ressentent la nécessité : la santé publique est d'actualité.

Le retard culturel de la France en ce domaine ne doit pas faire oublier qu'il existe une base de départ non négligeable :

- des textes : ceux qui, depuis la loi de 1850 sur les logements insalubres ou la grande loi de 1902, ont été regroupés en 1953 dans le Code de la santé publique ;
- des institutions : création en 1920 du ministère de la Santé, en 1949 de l'Inspection de la santé, en 1945 l'École Nationale de la Santé publique, etc ;
- des moyens financiers : essentiellement l'assurance-maladie, mais aussi le budget de la Direction générale de la santé (2,2 milliards de francs),... ;
- des professionnels : au sens organique de la santé publique, (médecins inspecteurs, ingénieurs sanitaires, pharmaciens inspecteurs, administrateurs de la santé publique, épidémiologistes, économistes, sociologues de la santé, etc.) au sens fonctionnel de la santé publique, entendue comme une forme d'action à laquelle tous peuvent contribuer : les professionnels de santé, une partie des professions sociales, les administrateurs de la santé (directeurs d'hôpitaux,...), les pouvoirs publics.

Ces instruments ont été nettement renforcés au cours des dix dernières années : divers textes dont, en 1991, la loi relative au tabagisme et à l'alcoolisme, de nouvelles institutions (Observatoires régionaux de la santé, Réseau national de santé publique, Haut Comité de la Santé Publique, Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, Agence du médicament, Établissement public des greffes, etc.), amélioration des conditions faites aux personnels (nouveaux statuts, notamment pour les médecins inspecteurs), recrutement de nouveaux personnels (renforcement récent des services de l'État, DGS et services extérieurs, ...), augmentation des budgets (création du Fonds national de prévention de la CNAMTS, ...), mise en place de programmes de santé publique globaux (programme 1993 de périnatalité, plan de sécurité anesthésique), initiatives tendant de plus en plus à associer les généralistes à des actions de santé

---

1. FAGOT-LARGEAULT (A.), *Droits et sciences*, Sirey, Paris, 1991.

publique (réseaux de prise en charge des malades du Sida, des toxicomanes, des alcooliques), inscription en 1990 de la formation médicale continue dans le dispositif conventionnel.

Dans le domaine de la transfusion sanguine les pouvoirs publics ont entrepris une complète réorganisation dans un souci de transparence, de qualité, de connaissance des besoins et des résultats. Une véritable démarche de santé publique s'est installée qui ne se confond pas avec le simple souci de la sécurité sanitaire.

Il faut maintenant passer à la vitesse supérieure. Cela veut dire que la santé publique au sens organique doit être non seulement renforcée mais réorganisée car elle est constituée d'une juxtaposition d'organismes créés au fil des besoins sans cohérence d'ensemble. Cela veut dire surtout que l'ensemble du système de santé doit être traversé par la démarche de santé publique. Il s'agit en quelque sorte de changer de paradigme, de passer d'un modèle biomédical axé sur la santé de l'individu à un modèle le plus global, centré sur la santé des populations.

### **Les objectifs d'une politique de santé publique en France**

Les valeurs de référence qui président aux propositions du Haut Comité de la Santé Publique sont la solidarité et la liberté auxquelles il faut ajouter une finalité d'efficacité. La solidarité d'abord parce que la santé publique ne peut s'accommoder de société duale, de laissés-pour-compte, ne serait-ce que pour des raisons d'efficacité « épidémiologique ». Comme l'écrit Jonathan Mann, qui analyse les liens profonds qui existent entre les discriminations sociales, les violations des droits de l'homme (prostitution,...) et la vulnérabilité au Sida, « *la déclaration universelle des droits de l'homme,... est aussi fondamentale pour la santé publique que le serment d'Hippocrate l'est pour la médecine.* » Non seulement la solidarité ne doit pas reculer, mais elle doit avancer dans le sens de l'accès aux soins et à la prévention pour tous, avec un effort spécial, des discriminations positives, pour les plus défavorisés. L'accent doit être mis, davantage qu'actuellement, sur la réduction des inégalités sociales, géographiques et entre les sexes.

Si la liberté – qui est la grande force du système actuel – ne doit nullement être sacrifiée, elle doit s'exercer à l'intérieur d'un cadre véritablement organisé avec des règles du jeu plus claires, notamment sur le plan du financement du système.

L'efficacité qui a trop été confondue avec l'accessibilité et la performance technique doit être recherchée dans tous ses aspects et inclure le moindre coût collectif ainsi que la qualité – y compris humaine – des prestations, avec, au minimum l'élimination des doubles emplois et des gaspillages.

---

Le propos de ce rapport qui est, avant tout, épidémiologique n'est pas de faire des propositions dans le domaine du financement du système de santé et de l'assurance maladie. Un cadre général – auquel le Haut Comité adhère pleinement – a été fixé dans le rapport du Commissariat du Plan *Santé en l'an 2010*, et la commission Soubie Prieur-Porthos a été chargée de préparer celles qui feront prochainement l'objet d'un débat parlementaire. Le Haut Comité estime qu'une régulation réelle des dépenses de santé est une condition sine qua non de la mise en œuvre d'une politique de santé publique, car il est établi que la progression anarchique et inflationniste de celles-ci est, paradoxalement, nuisible à l'amélioration de l'état sanitaire du pays, celle-ci passant on l'a vu par l'action sur des déterminants qui sont d'abord des déterminants sociaux.

Il est donc capital de tenir les deux bouts, c'est-à-dire de mener de front la double réflexion sur les objectifs d'une politique de santé publique et sur la réforme du financement.

« La révolution copernicienne » préconisée par ce rapport consiste à donner droit de cité à la santé publique, cela signifie que, non seulement le système de financement soit organisé en fonction des objectifs de santé pour la population, mais que l'organisation même du système de santé lui soit subordonnée, c'est-à-dire que les décisions prises en matière de planification des structures et d'affectations de personnel à tous les niveaux (national, régional, local, intra-hospitalier) et dans tous les domaines (sanitaire, médico-social) en dépendent, ainsi que les orientations de formation (répartition généralistes-spécialistes, formation dans tel ou tel type de spécialité).

La santé publique est unifiante. De même qu'elle s'accommode mal de régulations partielles portant sur un tel ou tel secteur avec leurs effets – souvent pervers – de glissement et de report, de même elle est antinomique avec le fait que des pans entiers de la santé des populations lui échappent, comme la médecine du travail ou la santé scolaire. Elle est difficilement conciliable avec les coupures qui segmentent les actions (prévention, soins, accompagnement, réinsertion) et les domaines (sanitaire et social). Elle privilégie les approches territoriales et décentralisées.

**La première orientation stratégique serait donc d'affirmer la primauté et l'unité de la santé publique.** Cela suppose un acte politique fort qui pourrait être d'ordre législatif et réglementaire. Il est frappant et significatif de relever que la politique sanitaire et sociale du pays est encadrée par deux grandes lois, la loi hospitalière et la loi sur les institutions sociales et médico-sociales, dont le propos est essentiellement de régir le mode de fonctionnement et d'organisation d'institutions : en France, la

logique de moyens l'emporte trop souvent sur la logique d'objectifs.

Ce texte indiquerait les finalités auxquelles devraient se soumettre ces instruments que sont :

- *l'information* sur la santé des populations : observation, surveillance, alerte, évaluation des programmes de santé publique, fonctions qu'il convient de renforcer et d'unifier comme le préconise le groupe 2 en annexe ;
- *la prévention* : éducation à la santé, par communication auprès du grand public, auprès de groupes ciblés, par actions de terrain, politique de dépistage et de vaccination ;
- *la formation* des professionnels de santé mais aussi professionnels sociaux et administratifs : les flux de formation (en particulier le ratio entre généralistes et spécialistes), le contenu de la formation (ouverture sur la santé publique, l'épidémiologie, la relation humaine, la prévention, la détection des risques, les soins palliatifs et d'accompagnement de fin de vie), etc., les débouchés, l'affectation des personnels ;
- *la planification* sanitaire et médico-sociale qui devrait s'ajouter aux nouveaux besoins et aux priorités qui sont suggérées plus loin ;
- *l'enveloppe* des biens et services (son contenu, son niveau global et son niveau modulé par grands objectifs et par régions) ;
- *les modes de rémunération* des services rendus par les professionnels et les structures.

Comme le propose la 2<sup>e</sup> partie de ce volume, le niveau régional apparaît comme pertinent pour la déconcentration de la politique nationale de santé et l'orientation stratégique des ressources. Il est celui où peuvent à la fois se décliner la politique nationale et s'élaborer des politiques qui tiennent compte des besoins spécifiques de la région.

**La deuxième orientation stratégique serait d'adopter des objectifs prioritaires de santé publique : ceux-ci figureraient dans la loi-cadre mentionnée plus haut.** Les objectifs spécifiques de la politique de santé publique sont présentés en détail dans la deuxième partie. Ils ont été élaborés à partir d'une enquête conduite par la Direction générale de la santé. Ils ont ensuite été approfondis et quantifiés par des groupes de travail spécialisés.

Les cinq critères qui ont permis de sélectionner les domaines prioritaires ont été la gravité du problème, sa fréquence, son impact socio-économique, sa perception sociale mais aussi l'existence de possibilités d'intervenir sur le problème (notamment en termes de prévention).

Nous regrouperons les objectifs proposés par le Haut Comité autour de trois thèmes :

---

– Réduire la mortalité prématurée et évitable : c'est une finalité qui s'impose en tant que telle, mais elle doit concentrer d'autant plus d'efforts que notre pays est en position relativement médiocre dans ce domaine. C'est, de plus, un secteur où se creusent les écarts notamment entre hommes et femmes et entre catégories sociales.

Les cibles privilégiées sont :

- . du côté des causes de mortalité : les affections périnatales, les cancers, les maladies de l'alcool, les maladies cardio-vasculaires, les accidents, les suicides, le Sida ;
- . du côté des déterminants : l'alcoolisme, le tabagisme.

Des améliorations dans ces domaines impliquent de nouvelles actions d'éducation à la santé, de dépistage et des interventions plus générales de prévention (mesures de sécurité routière et domestique, dispositions réglementaires). L'accompagnement, la rééducation et la réinsertion tiennent une place importante (alcoolisme et accidents). Le système de soins proprement dit sera marginalement sollicité : réorganisation des urgences, prise en charge de la séropositivité.

– Réduire les incapacités évitables : à l'exception des cancers, qui entraînent plus de décès que d'incapacités, les actions relatives aux problèmes et déterminants cités plus haut devraient également entraîner une réduction significative de la morbidité et des incapacités. Mais quelques objectifs visent plus spécifiquement ce type de résultat. Il s'agit de : la toxicomanie, les sévices à enfant, les affections iatrogènes et nosocomiales, l'ostéoporose et les lombalgies.

Les progrès passent par des mesures de prévention (politique sociale, éducation à la santé notamment en matière d'alimentation et d'hygiène de vie, dépistage et soins précoces) et d'insertion (santé mentale), mais aussi par la formation des intervenants notamment sociaux (santé mentale, sévices à enfant).

– Améliorer la qualité de la vie des personnes handicapées et malades : ces objectifs concernent le groupe des malades (maladies aiguës, maladies chroniques) et celui des personnes qui subissent des désavantages physiques ou mentaux, personnes handicapées, personnes que la vieillesse a rendu dépendantes. Soulager, ce vieux principe de la médecine hippocratique, doit retrouver toute sa force, parce que le « guérir » a ses limites et que, nous l'avons vu, la caractéristique de l'état de santé en France est, sinon la « pandémie » des affections chroniques, du moins leur importance et leur développement. Parce qu'elle est moins spectaculaire en termes de mobilisation technologique et moins gratifiante que la perspective de « *restitutio ad integrum* », la prise en charge de l'incapacité – en particulier pour éviter qu'elle ne devienne désavantage – et du handicap est insuffisam-



ment assurée par le système de soins (financements, établissements, professionnels, équipements, suppléances). Celui-ci tend à s'en décharger sur le dispositif social avec le sas, à peine intermédiaire, d'un secteur médico-social parcellisé et relativement insuffisant sur le plan quantitatif et qualitatif.

Il n'est pas du ressort de ce travail de proposer les décloisonnements, seuls susceptibles de favoriser les prises en charge globales, plus nécessaires encore dans ce type d'intervention que dans d'autres.

En revanche, il faut affirmer que les professionnels de santé, les structures, les producteurs de médicaments, de technologies, les financeurs doivent intégrer pleinement la gestion de la qualité de la vie dans la maladie et la vieillesse. Cela suppose des incitations réglementaires et financières fortes. Ainsi par exemple, comme le montre le groupe 4 en volume annexe, la manière la plus rentable et la plus efficace sur le plan collectif mais aussi individuel de contribuer à l'autonomie locomotrice des personnes dépendantes est de favoriser l'accessibilité de l'environnement par des aménagements architecturaux et urbains.

Deux domaines stratégiques pourraient d'ici l'an 2000 faire l'objet de programmes de santé publique et de réformes :

- *la lutte contre la douleur* : sensibilisation, formation initiale et continue des médecins, des infirmières et aides-soignantes, diffusion des produits analgésiques puissants, y compris dans les pharmacies ;
- *l'amélioration de la qualité de la vie* : prise en charge globale (coordination des intervenants, réseaux), accessibilité de l'environnement, intégration et réinsertion notamment des personnes atteintes d'affections psychiatriques de longue durée (actions communautaires de proximité, aide à la famille), diffusion des prothèses et des suppléances légères (lunetterie, prothèses auditives) et aide au maintien à domicile (développement des structures d'hospitalisation et de soins à domicile mais aussi aides-ménagères et aide à l'auto-organisation des malades).

A ces objectifs s'ajoutent ceux que la deuxième partie rattache au renforcement des acquis (domaines des maladies infectieuses, de l'environnement et de l'alimentation).

**La troisième orientation stratégique vise à réorganiser le dispositif de santé de manière à ce qu'il réponde de manière efficace** à la poursuite des objectifs de santé publique, objectifs qui incluent, de manière consubstantielle, la finalité essentielle de *réduction des écarts* et notamment la lutte contre l'exclusion (avec ses deux objectifs développés au chapitre suivant : assurer des conditions de vie acceptables et favoriser la réinsertion sociale des personnes en situation très précaire ; améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux des groupes défavorisés). Quelques idées peuvent être soumises à la discussion

---

publique. Elles ne pourraient être mises en œuvre que progressivement en s'appliquant d'abord aux nouveaux professionnels de santé.

Le dispositif pourrait à terme être structuré autour de deux catégories d'activités :

- la santé primaire qui comprend la prévention, la détection des conduites à risque, le soin, le suivi médico-social, la réinsertion, les soins palliatifs et d'accompagnement de fin de vie, organisés autour du généraliste qui serait le pivot de la santé des populations sur un territoire qu'il connaîtrait et où il jouerait un rôle de référent en santé publique ;
- les soins spécialisés confiés au spécialiste après orientation par le généraliste sur la base d'un dossier médical unique.

Le même principe pourrait être appliqué aux structures hospitalières dont l'organisation devrait être conçue dans le seul but de répondre aux objectifs de santé publique : couverture des besoins courants par un réseau de centres hospitaliers publics et privés, dotés d'un plateau technique de bon niveau mais peu spécialisé, planification de l'implantation et du calibrage des services hyperspécialisés en fonction d'objectifs quantifiés par région. Sauf urgence vitale, l'accès direct aux services spécialisés ne pourrait se faire que par l'intermédiaire des médecins hospitaliers du premier niveau et des spécialistes.

Ces modifications organisationnelles auraient d'importantes conséquences sur la planification sanitaire, la répartition des équipements lourds, les flux de formation (changement du ratio généraliste/spécialiste), le contenu de la formation (axée sur la santé publique et la relation humaine), la façon de travailler des médecins (dossier médical conjoint, coopération entre professionnels), etc.



---

## Conclusion

Quatre conclusions majeures se dégagent des travaux des groupes, conclusions qui, pour certaines, ont étonné par leur force et leur simplicité :

- la situation en matière de surmortalité prématurée est préoccupante. Les ennemis sont connus : alcool, tabac, vitesse. Il est impératif et possible d'agir : la prévention est une priorité ;

- les années qui viennent seront dominées par les maladies chroniques et les handicaps. La spécialisation et la technique ne permettront ni de les réduire de manière significative ni de les prendre en charge correctement. C'est dans le mode d'organisation de soins, dans le rôle des généralistes et dans la place faite à l'utilisateur partenaire que l'on trouvera les réponses ;

- même si la dernière décennie a vu la progression des dépenses de santé se ralentir, les Français sont très consommateurs de soins et la médicalisation des problèmes, y compris le mal-être social, ne cesse de progresser. Correspondant à la face la plus visible de la demande de santé qui est une demande de soins techniques, le système biomédical curatif continuera donc à être sollicité et à se développer dans l'avenir. Mais il n'est plus acceptable qu'il concentre la quasi-totalité des ressources financières, humaines, en innovation et en « attention » du système de santé. Il doit être replacé dans cette démarche plus globale, ouverte sur d'autres disciplines et d'autres acteurs, qu'est la santé publique ;

- l'absence d'objectif autre que celui de maîtriser des dépenses est la faille principale qui explique à la fois les déficiences et dérives du dispositif de soins et les carences du système d'information et d'évaluation. Il faut donner à cet ensemble un sens, insuffler aux acteurs, financeurs et usagers une nouvelle dynamique : elle ne peut venir que de finalités de santé publique, affichées et reconnues parce qu'élaborées démocratiquement.

Mais deux questions majeures se posent :

- notre société, individualiste et dominée par de puissants intérêts corporatifs et conservateurs est-elle capable de donner sa place à cette « culture » ?

- comment donner droit de cité à des objectifs de santé publique sans stratifier le dispositif, sans alourdir encore les dépenses de santé ?

Rendu nécessaire par la dérive des dépenses de l'assurance maladie, le débat démocratique sur les choix de santé publique est amorcé. Toute l'ambition de ce rapport est d'en démontrer l'importance y compris du point de vue de la santé de la population.



# Propositions d'objectifs et indicateurs

## *Introduction*

Les propositions de priorités et d'objectifs pour une politique de santé s'inspirent de la démarche de l'Organisation mondiale de la santé : « Les buts de la santé pour tous ».

Elles ont également bénéficié des expériences récentes de formulation d'une politique de santé au Québec <sup>1</sup> et en Angleterre <sup>2</sup>.

Cette partie du rapport propose d'orienter les actions non seulement du système de santé mais aussi de l'ensemble de la collectivité vers des objectifs de réduction à moyen terme des problèmes de santé qui apparaissent comme les plus importants pour la population française. Elle propose également une démarche susceptible de faciliter la mise en œuvre d'une telle politique.

L'élaboration de ces propositions est le fruit d'une démarche participative à laquelle ont collaboré plus de trois cents personnes. Cette démarche a été initiée conjointement par le Haut Comité de la Santé Publique et la Direction générale de la santé qui en a assuré la coordination. Un premier groupe d'une centaine

1. *La Politique de la santé et du bien être*, ministère de la Santé et des Services sociaux – Québec, 1992.
2. *The Health of the Nation – a strategy for health in England*, Secretary of State for Health – Londres, 1992.

d'experts « généralistes de santé publique », interrogé par une enquête de type Delphi <sup>1</sup>, a proposé une sélection de problèmes et de déterminants prioritaires sur la base de critères de choix explicites. Ce groupe a également identifié les obstacles à une organisation efficiente de la santé et proposé les modalités permettant de les surmonter. La liste des problèmes et des déterminants retenus a été arrêtée par le comité de pilotage de l'enquête animé par le directeur général de la Santé et composé du vice-président du Haut Comité de la Santé Publique, du directeur des Hôpitaux, du directeur général de l'Inserm, du directeur de l'école nationale de Santé publique et du président de la société française de Santé publique. Seize groupes restreints ont ensuite formulé les propositions d'objectifs spécifiques et des principales mesures permettant d'atteindre ces objectifs. Ces groupes étaient en règle générale composés d'experts « spécialistes » de chacun des domaines prioritaires représentant différentes disciplines concernées. Ils étaient animés par un membre du Haut Comité de la Santé Publique ou par une personnalité qu'il avait désigné. Enfin, un dernier groupe de travail a rassemblé les indicateurs relatifs à chaque domaine.

Le premier chapitre reprend intégralement, priorité par priorité, les propositions des groupes d'experts dont la liste des membres figure en annexe. Chaque section de ce chapitre est illustrée par la présentation d'indicateurs. Ces indicateurs ont été choisis essentiellement selon des critères de pertinence (dans une logique de suivi des objectifs annoncés) et de disponibilité. La réflexion entamée devrait permettre à l'occasion de futurs travaux (enquêtes spécifiques ou en population, exploitation de sources existantes) de promouvoir l'élaboration de nouveaux indicateurs au travers desquels les déterminants socio-culturels ou socio-économiques de la santé seraient mieux appréhendés. Le second chapitre, consacré à la démarche de santé publique, résulte directement de l'enquête Delphi.

À l'évidence, les activités dans le domaine de la santé ne sauraient se limiter aux priorités identifiées, ni les résultats espérés à quelques objectifs quantifiés. Le fait de placer les problèmes de santé de la population au cœur des préoccupations devrait avoir un effet d'entraînement au delà de ces priorités et des repères que constituent les objectifs de santé.

Les modalités d'action proposées pour une grande partie des priorités retenues dépassent largement le champ d'action du

---

1. La méthode Delphi permet d'interroger puis de faire réagir un grand nombre d'experts sans qu'il soit nécessaire de les réunir physiquement. L'enquête a comporté trois questionnaires successifs qui ont permis aux participants de confronter au fur et à mesure leurs réponses et d'opérer progressivement un classement des problèmes de santé qui affectent la population française et de leurs déterminants.

seul ministère chargé de la santé et devraient à l'évidence faire l'objet d'une politique intersectorielle.

Résultats d'une démarche d'experts et par essence discutables, les propositions pour une politique de santé sont la première étape d'un processus encore inachevé. Elles ont une légitimité limitée et n'ont aucun caractère officiel. Elles ne sont que l'amorce d'un débat qui, de critiques en amendements, pourrait conduire vers l'adoption d'un programme-cadre national pour une politique de santé en France. Ce débat devrait viser non seulement à dégager un consensus sur les cibles prioritaires d'une politique de santé, mais aussi à définir les conditions et le cadre général permettant de les atteindre.

Les objectifs présentés dans cette partie du rapport sont assortis d'indicateurs permettant de suivre leur réalisation.

Destinés à un usage opérationnel, ces indicateurs ont été choisis en fonction de la disponibilité et de la qualité des données existantes. Ils sont volontairement limités à deux ou trois par objectif, et font l'objet de représentations graphiques.

Lorsque cela est nécessaire, ils sont accompagnés de commentaires concernant les modalités d'obtention des données.

Le terme étant particulièrement polysémique, on présente dans cet encadré la définition de l'indicateur retenue pour ce rapport, ainsi qu'une présentation des grands systèmes d'indicateurs existants et des précautions liées à leur usage.

### Définition

Le *Lexique économique* Dalloz décrit l'indicateur comme « une notion générale désignant un outil de mesure ou un critère d'appréciation de l'état d'un phénomène à un moment donné. » Il propose une typologie des différents indicateurs (quantitatifs, qualitatifs, objectifs, subjectifs, conjoncturels et structurels, de tendance et d'alerte, etc.). Il consacre également une large place aux indicateurs sociaux « destinés à décrire et mesurer les phénomènes sociaux, afin de compléter les indicateurs économiques lesquels conduisent à oublier les finalités sociales de la croissance. »

L'indicateur, au sens moderne, est donc toujours un outil construit, pour une visée opérationnelle. Cependant, il n'est souvent que le signe d'une demande, d'un comportement, ou d'un état de santé. Son évolution, positive ou négative, n'est donc pas systématiquement corrélée à l'évolution des causes ou des effets dont il est le signe.

Aujourd'hui, deux conceptions de l'indicateur coexistent :  
– certains utilisent le mot pour désigner « des instruments quantifiés pour décrire des situations, et identifier des problèmes. » Les



indicateurs sont alors des paramètres construits, présentés sous forme de séries permettant des comparaisons, sélectionnés parmi d'autres en fonction de leur supposée pertinence et capacité à refléter et traduire directement ou indirectement des situations complexes ;

– d'autres réservent ce terme aux paramètres qui sont construits en fonction d'un objectif. Ils permettent alors de juger des résultats, de vérifier si l'objectif a été atteint.

De manière très pragmatique, il a été décidé dans le cadre du présent rapport de retenir le second sens, et de proposer donc des indicateurs d'objectifs, directement adaptés aux objectifs proposés.

### **Les indicateurs dans le contexte international**

*Des sources...*

**L'OCDE** a élaboré, conjointement avec le CreDES, une base de données Eco-Santé pour les 24 pays qui la constituent. Les « indicateurs » qui figurent dans cette base sont essentiellement des indicateurs macro-économiques et de moyens (hôpitaux, lits, personnels, etc.), bien que s'y adjoignent quelques indicateurs de résultats comme l'espérance de vie (ou les années potentielles de vie perdues) ou bien de déterminants (consommation d'alcool, etc.). Il en sera fait dans cette partie un usage très limité

Dans l'esprit de l'utilisation recommandée par l'OMS, les indicateurs sont des variables aidant à mesurer des changements. Les indicateurs ne doivent pas être confondus avec les objectifs et les buts. Ils montrent dans quelle mesure ces objectifs et buts ont été atteints.

« Ils servent à inciter à l'action. Ils peuvent aider à identifier des priorités, à stimuler l'action là où elle est nécessaire, et à provoquer des hypothèses constructives quant aux stratégies, aux objectifs et aux buts, en forçant les décideurs et gestionnaires à repenser les stratégies appropriées. »

Dans le cadre de la stratégie de l'OMS de grands buts à atteindre, la région Europe a mis au point un système de 38 buts, accompagnés de 160 indicateurs susceptibles d'en surveiller la réalisation. Ces indicateurs sont réunis dans la base HFA (*Health for all*), très largement sollicitée dans cette partie

Au total, la réflexion de l'OMS a permis de faire avancer la pensée dans trois directions novatrices :

- les indicateurs de moyens et de résultats ne doivent pas être confondus comme cela a trop longtemps été le cas dans le secteur de la santé ;
- les indicateurs de l'état de « santé » (au sens global) débordent largement le champ de la maladie, *a fortiori* celui de la mortalité. Ils s'efforcent de comprendre des indicateurs de santé « positive », et des indicateurs apparemment plus « sociaux » mais dont l'influence sur la santé est déterminante ;
- le terme d'indicateur est surtout opérant pour une démarche de programmation par objectifs, celui de statistiques sanitaires conti-

nuant à convenir pour tout ce qui est relatif à l'observation de l'état de santé et à l'identification des problèmes.

**L'Union européenne** n'échappe pas à la nécessité de disposer à la fois d'outils d'observation de l'état de santé et de critères d'évaluation des politiques, qui soient communs à tous les pays membres. Ce besoin s'est accentué depuis la ratification du Traité de Maastricht, puisque celui-ci prévoit, dans son article 129, la mise en œuvre d'une politique de Santé Publique commune en matière de prévention.

A l'heure actuelle, la Commission de Bruxelles et le Haut Comité de la Santé qui lui est rattaché, ont mis en place, en liaison avec les pays membres, des groupes de travail qui doivent explorer la meilleure façon de définir et recueillir ces outils communs. L'élaboration d'un rapport sur l'état de santé des habitants de l'Union a d'ailleurs été confiée au Bureau régional pour l'Europe de l'OMS.

*... et de leur utilisation*

Les indicateurs, comme tout outil qui cherche à exprimer de manière quantitative la réalité vécue par une population, comportent des dangers propres, et leur utilisation exige des précautions spécifiques. Une part des précautions générales a été rappelée dans la synthèse sur l'état de santé en France (partie I de ce même volume). En matière de comparaisons internationales, il convient d'en signaler les dangers spécifiques.

La principale difficulté provient de l'hétérogénéité des données. Si le recueil et le codage des données varient beaucoup au sein d'un même pays, on conçoit que des pays de culture et niveaux de développement différents auront du mal à se couler dans le même moule méthodologique dont les exigences peuvent d'ailleurs ne pas correspondre à leur système sanitaire et social. Malgré les efforts considérables de l'OMS pour harmoniser le recueil et le codage des données, il subsiste – à l'exception notable des causes de mortalité – des disparités sensibles de déclarations entre les pays.

MÉTHODES  
DE CALCUL  
DES TAUX  
DE MORTALITÉ

Pour permettre des comparaisons de taux de mortalité, il est nécessaire de neutraliser l'effet de la structure par âge de la population, qui bien sûr influence le niveau de mortalité. Les indicateurs de mortalité sont donc exprimés en « taux de mortalité standardisés par âge ». La méthode de standardisation retenue a été celle de la population-type qui consiste à calculer les taux de décès que l'on observerait dans les sous-groupes considérés si ces sous-groupes avaient la structure d'âge fixe d'une population de référence (population-type). Pour les chiffres concernant uniquement la France (source Inserm-SC8), la population-type est celle de 1990, deux sexes, par classe d'âge quinquennale, dernier groupe d'âge 85 ans et plus. Pour les comparaisons internationales (source OMS-HFA), la population-type est la population standard européenne telle que définie par le World Health Statistics Annual.



---

## Chapitre 1

---

# Des objectifs d'amélioration de la santé

## Les grands buts d'une politique de santé à moyen terme

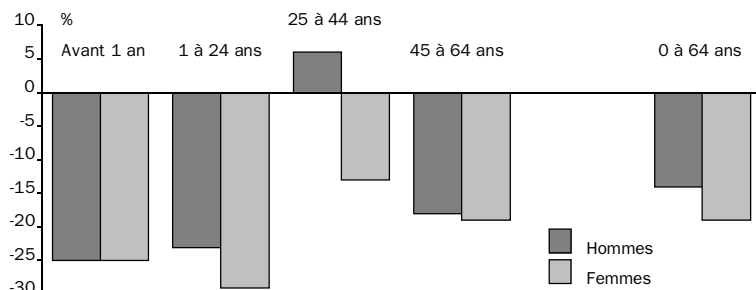
Quatre grands buts orientent les objectifs et les principales mesures de la politique proposée :

- Réduire les décès évitables (donner des années à la vie)
- Réduire les incapacités évitables (donner de la vie aux années)
- Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades (quel que soit leur âge)
- Réduire les inégalités face à la santé

## Réduire les décès évitables (donner des années à la vie)

Par rapport aux autres pays européens, la France se caractérise par l'importance de la mortalité précoce (avant 65 ans) qui contraste avec l'espérance de vie élevée des personnes âgées. Plusieurs objectifs visent à réduire cette mortalité, ils ont trait aux accidents, aux cancers, au Sida, aux maladies cardio-vasculaires, au suicide, aux affections périnatales et aux facteurs de risque essentiels que sont le tabagisme et la consommation excessive d'alcool.

### Indicateurs Evolution de la mortalité prématurée avant 65 ans entre 1981 et 1991

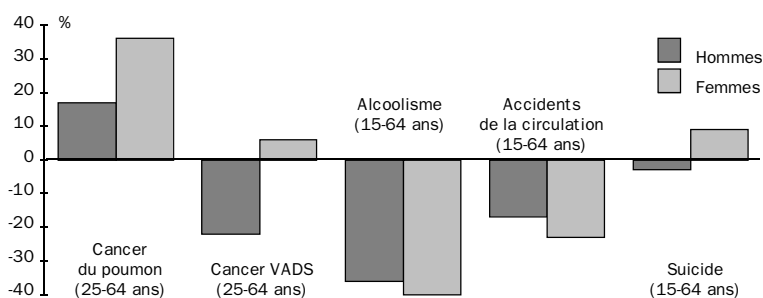


Source : Inserm-SC8.

**Lecture :** entre 1981 et 1991, la mortalité pour les garçons de moins d'un an a diminué de 25 %.

**Commentaire :** la mortalité prématurée est définie comme l'ensemble des décès survenant avant 65 ans. Elle est calculée sur quatre groupes d'âge : moins de 1 an, de 1 à 24 ans, de 25 à 44 ans, de 45 à 64 ans, pour les hommes et pour les femmes. La limite d'âge de 65 ans a été choisie par convention avec les travaux menés au niveau européen.

### Evolution de la mortalité évitable liées aux "habitudes de vie" entre 1981 et 1991



Source : Inserm-SC8.

**Lecture :** entre 1981 et 1991, la mortalité par cancer du poumon a augmenté de 36 % chez les femmes de 25 à 64 ans.

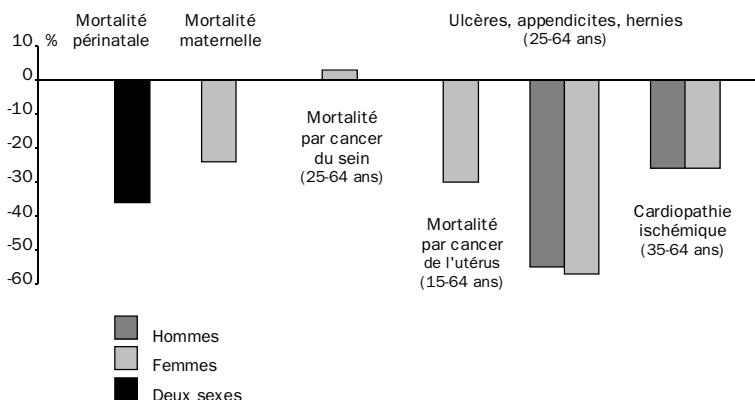
**Commentaire :** par mortalité évitable on entend un ensemble de causes de décès qui, compte tenu des connaissances médicales et de l'état du système de santé, devraient pouvoir être évitées, ou du moins diminuées en particulier avant l'âge de 65 ans.

Parmi les causes de mortalité évitable on distingue *La mortalité évitable pour des pathologies liées aux habitudes de vie* :

- mortalité par cancer du poumon de 25 à 64 ans, liée à la consommation de tabac ;
- mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures de 25 à 64 ans, liée à la consommation de tabac et d'alcool ;
- mortalité par alcoolisme de 15 à 64 ans ;
- mortalité par accident de la circulation de 5 à 64 ans liée aux comportements à risque ;
- mortalité par suicide de 15 à 64 ans.

La limite d'âge de 65 ans a été choisie par convention avec les travaux menés au niveau européen.

### Evolution de la mortalité évitable liée au "système de soins et de dépistage" entre 1981 et 1991



Source : Inserm-SC8.

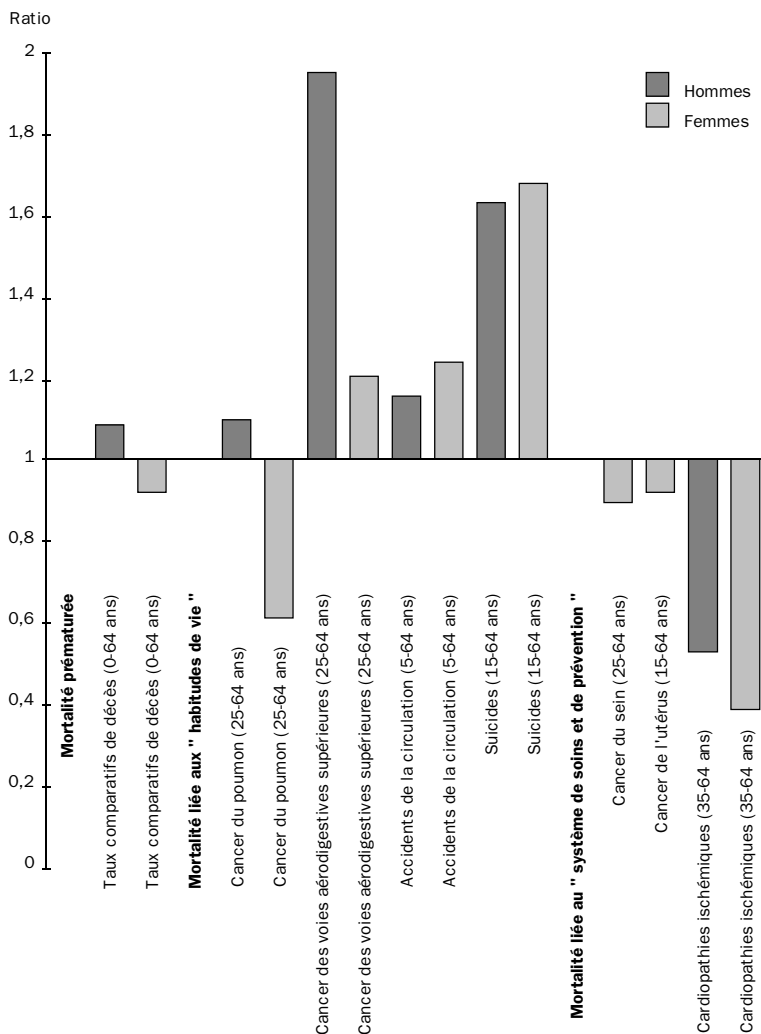
**Lecture** : entre 1981 et 1991, la mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de 26 % chez les hommes de 35 à 64 ans.

**Commentaire** : la mortalité évitable pour des pathologies liées au système de soins et de dépistage regroupe :

- la mortalité périnatale et la mortalité maternelle qui peuvent être évitées par des soins appropriés et le dépistage des complications.
- la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 15 à 64 ans et par cancer du col de l'utérus chez les femmes de 15 à 64 ans qui peut être diminuée par le dépistage précoce et le traitement à ce stade ;
- la mortalité par ulcères de l'estomac et du duodénum, par appendicites et par hernies qui, diagnostiqués à temps, peuvent bénéficier d'un traitement efficace ;
- la mortalité par cardiopathie ischémique qui bénéficient, aujourd'hui de traitements précoces efficaces.

La limite d'âge de 65 ans a été choisie par convention avec les travaux menés au niveau européen.

### Comparaison France/Union européenne pour les mortalités prématurée et évitable en 1991



Source : Inserm-SC8.

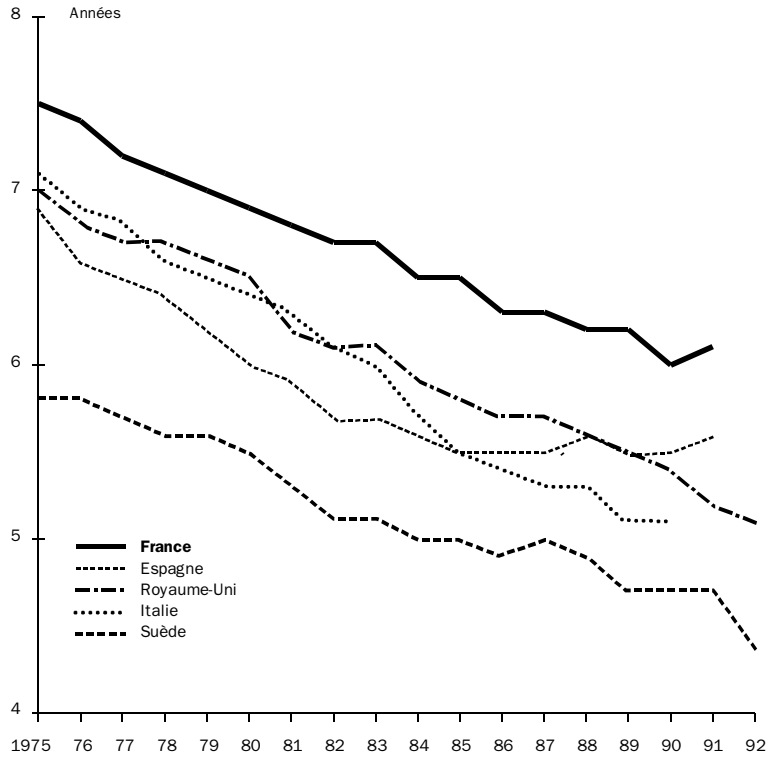
**Lecture :** en 1991, pour 100 morts par suicides chez les hommes de 15 et 64 ans dans l'Union européenne, il y avait 162 morts par suicides en France.

**Commentaire :** cet indicateur mesure les disparités de mortalités prématurée et évitable pour une même année entre la population française et la population totale des douze pays de l'Union européenne. Il s'agit du ratio entre les taux comparatifs de mortalité observés au niveau français et de l'Union européenne dans son ensemble.

Les taux de décès sont standardisés par âge avec pour référence la structure d'âge de la population européenne pour les deux sexes (89-92).



### Réduction de l'espérance de vie par la mortalité prématurée



Source : OMS-HFA Code OMS : 060 301.

**Lecture :** en 1985, si aucun décès n'était survenu avant l'âge de 65 ans, l'espérance de vie totale aurait augmenté de cinq ans en Suède et de six ans et demie en France.

**Commentaire :** le calcul correspond à l'augmentation de l'espérance de vie qui serait obtenue dans chaque pays au cas (parfaitement hypothétique) où toute mortalité avant 65 ans serait éliminée.



## Réduire les incapacités évitables (donner de la vie aux années)

A l'exception des cancers, qui entraînent plus de décès que d'incapacités, les actions relatives aux problèmes et déterminants cités plus haut devraient également entraîner une réduction significative de la morbidité et des incapacités. Quelques objectifs visent plus spécifiquement ce type de résultat ; ils concernent la toxicomanie, les mauvais traitements à enfant, les accidents des traitements médicamenteux, les infections nosocomiales et le mal de dos.

### Espérance de vie sans incapacité

Hommes	1981	1991	Evolution
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	1981	1991	Evolution
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

Source : Insee-Reves (Enquête Santé - Recensement de la population 1993).

**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 augmentée 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.

---

## Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades (quel que soit leur âge)

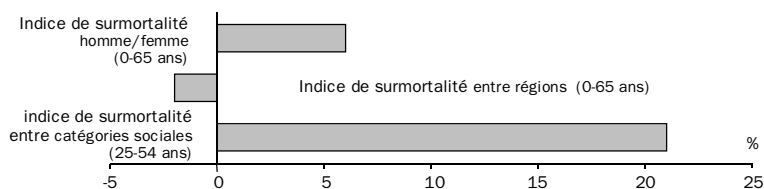
Ce but s'applique à l'ensemble des personnes souffrant de handicaps ou de maladies, quelle qu'en soit la cause, y compris le grand âge. Trois objectifs lui sont plus spécialement consacrés ; ils se rapportent aux handicaps et à la dépendance pour les actes de la vie courante, à la douleur et aux maladies mentales chroniques.

## Réduire les inégalités face à la santé

Le rapport sur la santé en France met en évidence trois grands types d'inégalités face à la santé : l'inégalité entre les hommes et les femmes, l'inégalité entre les catégories sociales les plus favorisées et les moins favorisées et l'inégalité entre les régions. La plupart des objectifs qui suivent ne peuvent être atteints sans une réduction notable de ces inégalités. Deux objectifs sont plus spécifiquement consacrés aux plus défavorisés ; ils visent à assurer des conditions de vie décentes et à favoriser l'insertion des personnes en situation très précaire et à améliorer l'accès aux biens et services médicaux et sociaux des populations défavorisées.

---

### Inégalités de mortalité prématurée selon le sexe, la région et la catégorie sociale entre 1981 et 1991



Source : Inserm-SC8.

**Lecture :** entre 1981 et 1991, l'indice de surmortalité masculine a augmenté de 6 %.

**Commentaire :** l'indice de surmortalité selon le sexe est le rapport des taux de mortalité comparatifs (c'est-à-dire standardisés selon l'âge) chez les hommes et chez les femmes. Il permet de suivre l'évolution de la surmortalité prématurée masculine. L'indice de surmortalité entre régions est le rapport des taux de mortalité comparatifs chez les hommes, avant 65 ans, entre les deux régions extrêmes. Il donne une indication sur l'évolution des inégalités géographiques.

L'indice de surmortalité entre groupes sociaux est calculé en faisant le rapport des taux de mortalité comparatifs entre catégories sociales « extrêmes » pour les hommes entre 25 et 64 ans. La première catégorie regroupe les ouvriers et les employés, la seconde les cadres supérieurs et les professions libérales. Il donne une indication sur l'évolution des inégalités de santé socio-culturelles.

## Des objectifs spécifiques pour des problèmes de santé prioritaires

Les problèmes prioritaires pour lesquels sont proposés des objectifs spécifiques ont été sélectionnés en fonction des critères suivants :

- **gravité** : ils entraînent un décès prématuré et/ou une incapacité majeure et/ou des souffrances importantes ;
- **fréquence** : ils affectent un grand nombre d'individus ou leur fréquence est significativement croissante ;
- **impact socio-économique** : ils ont des conséquences sociales ou économiques importantes ;
- **faisabilité** : il existe, pour chacun de ces problèmes, des possibilités d'intervention, notamment de prévention ;
- **perception sociale** : ils sont perçus dans la population comme essentiels.

Les objectifs, formulés en terme de réduction de problèmes de santé prioritaires, ont été chiffrés chaque fois que possible.

Trois repères ont guidé leur formulation : il s'agissait de faire, si possible, aussi bien que les pays européens les mieux placés, mieux que la tendance évolutive actuelle et enfin de s'assurer que les mesures essentielles proposées soient capable de produire l'amélioration souhaitée.

L'horizon retenu pour leur réalisation est, le plus souvent l'an 2000. Cet horizon est suffisamment proche pour être immédiatement mobilisateur. Il est suffisamment lointain pour permettre la mise en œuvre des actions proposées et l'observation de résultats significatifs.

La référence par rapport à laquelle l'amélioration doit être obtenue est, sauf exceptions, la situation en 1991 (dernière année pour laquelle on disposait de statistiques consolidées au moment de la rédaction du rapport). Un graphique matérialise l'évolution de l'indicateur utilisé et le résultat à atteindre.

---

## Les accidents de la voie publique

**Objectif** **D'ici l'an 2000, diminuer de moitié le nombre de victimes et le taux de mortalité par accident de la route.**

**L'importance du problème** La politique de sécurité routière des vingt dernières années a été active. Il y avait plus de 17 000 morts en France sur les routes en 1972 ; il y en a aujourd'hui environ 9 000 alors que la circulation a été multipliée par deux. Cependant, les résultats demeurent insuffisants. La mort routière demeure la première cause de mort des jeunes adultes. Le taux de mortalité par accident de la circulation en France était en 1992 de 172 tués/million d'habitants, pour 75 en Grande-Bretagne et 82 aux Pays-Bas. L'objectif proposé permettrait d'atteindre des valeurs proches de celles actuellement observées dans ces deux pays. Sans méconnaître les différences culturelles ou simplement géographiques qui expliquent une partie des variations observées sur les routes des pays de la communauté européenne, il est possible de faire évoluer le nombre d'accidents vers des valeurs se situant à la moitié de celles que nous subissons.

Le problème ne se limite pas à la mortalité : en 1992, 198 000 usagers de la route ont été blessés dont 43 500 gravement. Les assureurs indiquent que 45 % des blessés indemnisés conserveront une incapacité permanente, 3,2 % ayant une incapacité comprise entre 20 et 50 %, et 0,5 % une incapacité dépassant 50 %. La moitié des états végétatifs chroniques sont consécutifs à des accidents de la route soit cent à cent cinquante nouveaux cas annuels.

**Les facteurs qui l'influencent** Les principaux facteurs de risque ont été résumés dans le livre blanc sur la sécurité routière (collection des rapports officiels de la Documentation française, 1988). Ils concernent un ensemble de trois partenaires (la route, le véhicule, l'usager) qui agissent les uns sur les autres et contraignent à concevoir circulation et sécurité comme des éléments d'un système. Les facteurs de risque sont qualitatifs (absence d'usage de la ceinture de sécurité, des casques ou de dispositifs de retenue des enfants, absence d'aménagement d'un carrefour dangereux par des feux ou d'un rond-point, ...) d'autres quantitatifs, (vitesse de déplacement, alcoolémie, puissance des véhicules, efficacité de la dissuasion policière et judiciaire, ...).

Dans l'ensemble, ces facteurs sont bien identifiés ; il est cependant nécessaire de développer l'outil épidémiologique. Une politique ambitieuse n'a de chances de réussite dans ce domaine que si l'efficacité des mesures est rapidement contrôlable.

Rappelons que des recommandations aussi simples que le dénombrement correct des accidents liés à l'alcool, dont les modalités ont été précisées dans le rapport sur l'alcoolisme de 1980, n'ont toujours pas été mis en œuvre. Le système policier et judiciaire n'est pratiquement pas évalué et les rares travaux consacrés à son fonctionnement (rapport du Cesdip de 1992 sur les contraventions routières) montrent des dysfonctionnements inquiétants.

**Les mesures essentielles pour atteindre l'objectif**

***Les principes***

Les usagers ont des motivations, des caractéristiques psychologiques et des aptitudes très diverses. Ils doivent cependant cohabiter sur un réseau routier unique. Si l'on veut que le plus grand nombre bénéficie des avantages des transports individuels, que les débutants qui n'ont pas encore acquis l'expérience, comme les personnes âgées aux aptitudes déclinantes, puissent circuler avec le minimum de risque, il faut accepter une organisation du système de circulation adaptée à l'ensemble du groupe, en tenant compte des moins performants. Ce choix de la solidarité entre en conflit avec une conception minoritaire, mais très représentée dans les organismes décisionnels, qui accorde une grande importance à la passion de l'automobile et au plaisir de maîtriser des véhicules aux performances inadaptées aux capacités de la majorité des conducteurs.

Il est illusoire de vouloir assurer la sécurité en agissant principalement sur les comportements par une dissuasion fondée sur la police et la justice. Il faut intégrer la sécurité à tous les niveaux, en privilégiant les effets automatiques et en réduisant les actions sur les comportements humains aux domaines qui ne peuvent être abordés autrement. La sécurité du travail utilise ces principes. S'il est possible d'intégrer la sécurité lors de la conception d'une machine, cette solution sera retenue et imposée de préférence à une action sur le comportement de l'utilisateur. Des exemples existent sur la route (limitation à la construction de la vitesse des cyclomoteurs et des poids lourds), mais nous sommes encore très éloignés de la mise en œuvre systématique de ce principe d'une sécurité structurelle, prenant le pas sur une sécurité reposant sur les capacités et la volonté de chaque conducteur.

Il faut abandonner l'idée d'une modification à court terme de la politique des transports et de la conception des véhicules. Les résultats de telles actions s'observent dans des délais supérieurs à la décennie. Il est d'autre part impossible dans le cadre fixé d'envisager les multiples aspects techniques du problème concernant des sujets aussi divers que la sécurité des vélos, les aménagements d'infrastructures, la sécurité des poids lourds, la formation des conducteurs, le développement des sacs gonflables, l'amélioration de la retenue des enfants ou la protection passive des occupants en choc latéral. Nous avons choisi déli-

---

bérement de privilégier trois types d'actions dont les enjeux sont des milliers de morts évitées à relativement court terme et non quelques centaines ou dizaines. Cela ne signifie pas que les mesures dont l'efficacité est plus réduite doivent être négligées, mais elles ne doivent pas occuper le devant de la scène et servir de prétexte pour ne pas prendre les décisions les plus efficaces.

### *Le contrôle de la vitesse des véhicules*

La blessure étant un phénomène biomécanique produit par des efforts dépassant les tolérances humaines, le premier mode d'action consiste à réduire les vitesses de collision pour diminuer les variations de vitesse lors de la phase de déformation des véhicules. Toutes les études accidentologiques au monde démontrent que la réduction des vitesses de circulation dans un environnement donné réduit la mortalité. L'objectif du contrôle de la vitesse des véhicules à la construction a été atteint pour les cyclomoteurs et les poids lourds, la décision étant facilitée par la relative faiblesse de ces vitesses limites.

Cet objectif est plus difficile à atteindre pour les véhicules qui transportent actuellement la majorité des victimes (5 835 usagers de voitures de tourisme, soit 64,5 % des tués en 1993) les vitesses élevées autorisées sur autoroute (130) limitant l'efficacité d'un contrôle à la construction de la vitesse des véhicules. La seule méthode efficace consiste à équiper les véhicules d'un limiteur de vitesse à trois positions fixant la vitesse maximale au niveau autorisé en agglomération, sur le réseau secondaire et sur autoroute. Dans l'attente d'une commutation automatique et électronique de cette régulation, elle peut être assurée manuellement comme un changement de vitesse, le couplage à un enregistreur permettant le contrôle de la limite de vitesse sélectionnée et de la vitesse réelle pratiquée dans la période précédant le contrôle. L'adoption d'une telle mesure est difficile du fait de nos engagements européens et de l'opposition d'une fraction importante des décideurs qui sont décalés par rapports à l'opinion publique dans ce domaine. Elle peut être conçue dans un premier temps comme une décision administrative ou une peine accessoire prononcée par un tribunal en cas d'excès de vitesse répétés ou importants, l'usager conservant la possibilité de conduire un véhicule équipé d'un enregistreur et d'un limiteur de vitesse.

### *Le contrôle de l'alcoolisation des conducteurs*

Au minimum 30 % des accidents mortels de la route sont imputables à l'alcool. Les contrôles préventifs de l'alcoolisation des usagers de la route sont possibles depuis 1978. Les études de la relation entre la fréquence de ces dépistages et la modification des comportements indiquent que cette fréquence doit être

élevée pour que le risque du dépistage soit pris en compte par ceux qui conduisent fréquemment sous l'influence de l'alcool.

Un dépistage par permis et par an ou un dépistage tous les deux ans semble une fréquence adaptée à cet objectif. trente-huit millions de permis de conduire doivent provoquer au minimum dix-neuf millions de dépistages, soit une multiplication par trois du nombre actuel. Ces dépistages doivent être réalisés de façon homogène sur l'ensemble du territoire, ce qui n'est pas le cas actuellement.

### *L'amélioration de l'efficacité du système de dissuasion des comportements dangereux*

Un ensemble de mesures a été proposé dans le livre blanc de la sécurité routière. Il faut prendre en compte le fait que la délinquance routière est un phénomène de masse et que le volume des infractions qu'il faudrait sanctionner pour être efficace dépasse les possibilités de notre système pénal. Ce n'est pas la prison ou des sanctions sévères qui font l'efficacité du système répressif, mais la fréquence des contrôles, l'automatisme et la rapidité des sanctions qui doivent être adaptées à la route (suspension de permis, équipements de contrôle de la vitesse, confiscation du véhicule pour les récidives d'infractions graves). Il faut sortir le permis à points du domaine pénal pour en faire une sanction administrative automatique permettant des contrôles fréquents. La garantie d'équité pour le contrevenant tient à la nécessité de commettre de multiples infractions pour perdre son permis, non à l'intervention du système judiciaire. Il faut réserver le système judiciaire à un nombre limité d'infractions graves.

Le système policier doit être modifié pour atteindre l'efficacité souhaitée. Il faut créer des unités spécialisées (tant pour la Police que la Gendarmerie), bénéficiant d'une formation spécifique, avec une évaluation systématique de la suite donnée aux infractions relevées.

Cette méthode est la seule qui nous permettra d'échapper aux pratiques actuelles des « indulgences ». Elle rétablira l'égalité devant la loi et rendra plus acceptables des sanctions auxquelles échappe actuellement une partie importante des conducteurs en infraction (près de 30 % dans l'étude du Cesdip).

#### **Les recherches à promouvoir**

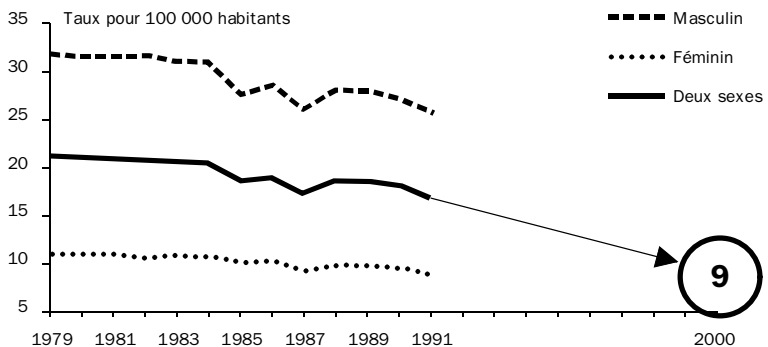
Il faut fixer les normes et développer la production d'un enregistreur-limiteur de vitesse dont les véhicules actuels pourraient être équipés. Une décision administrative limitant la conduite à un véhicule équipé pourrait sanctionner les excès de vitesse répétés. Un tel projet peut être conduit en une année (trois mois pour qu'une commission fixe les normes, neuf mois pour développer une production).

Les recherches épidémiologiques doivent être développées pour préciser :

- le rôle de l'alcool dans les accidents de la route. Dans le pays qui a la plus forte consommation d'alcool au monde, le fichier national des accidents ne contient toujours pas les résultats des dosages d'alcoolémie. Cette carence en dit long sur la volonté de ne pas savoir ;
- le lien entre les types de véhicule et le risque. Les assureurs publient des résultats globaux qui ne permettent pas d'atteindre un niveau de connaissance suffisant de la relation unissant le véhicule, les caractéristiques du conducteur, les types de déplacement, les infrastructures utilisées. Il faut développer les études de l'Inrets dans ce domaine, en collaboration avec les assureurs ;
- l'efficacité de la politique de prévention par les sanctions. Un système aussi dépendant de la décision humaine que la circulation de véhicules individuels ne peut être maîtrisé que si le système répressif est juste et crédible. Il faut développer une évaluation régulière et aléatoire de la chaîne décisionnelle en partant du procès-verbal jusqu'à l'application de la décision. Cette évaluation ne doit pas être un objet de recherche concernant quelques structures. Elle doit s'appliquer à toutes les juridictions. Dans chaque département un représentant du parquet et un représentant de l'administration doivent effectuer conjointement cette évaluation et en faire un rapport annuel rendu public.

## Indicateurs **Mortalité par accidents de la circulation (tous âges)**

(taux de mortalité standardisés par âge)



Source : Inserm-SC8.



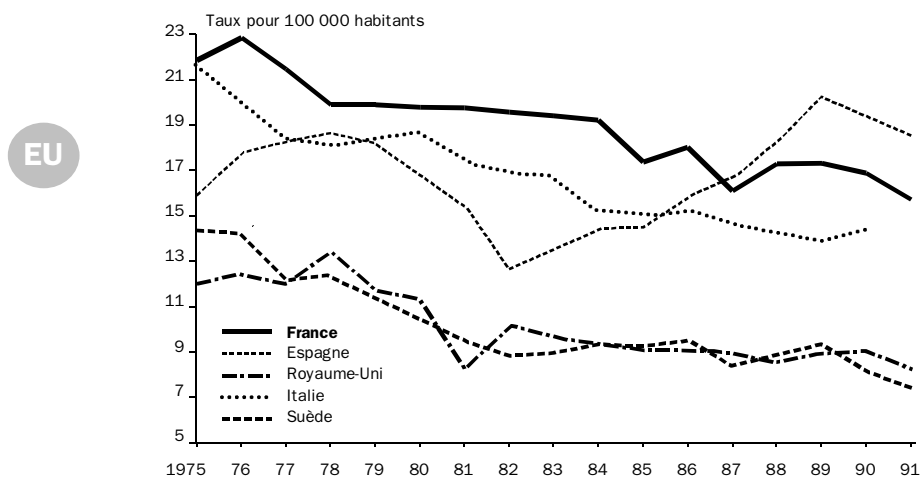
### Victimes d'accidents de la route par catégorie d'usagers

	Nombre de tués	Nombre de blessés
	1992	1992
Piétons	1 165	23 107
Ensemble deux roues	1 797	48 115
dont :		
Cyclistes	348	7 146
Cyclomotoristes	504	21 577
Motocyclistes	945	19 392
Voitures de tourisme	5 725	118 638
Voitures utilitaires et poids lourds	396	8 244
<b>Total usagers</b>	<b>9 083</b>	<b>198 104</b>

Source : OISR.

**Commentaire :** le recueil des données par les forces de l'ordre porte sur toutes les victimes même les plus légères à la condition qu'elles soient déclarées.

### Mortalité par accidents de la circulation tous âges (taux de mortalité standardisés par âge)



Source : OMS-HFA. Code OMS : 110 201.

**Commentaire :** les modes de recueil différents selon les pays (par exemple le délai retenu pour attribuer le décès à l'accident en temps que cause) atténuent la comparabilité entre pays, mais la comparaison des évolutions garde tout son sens.

EU

---

## Les accidents de la vie courante

**Objectif** **D'ici l'an 2000, réduire de 20 % le nombre et le taux de mortalité des accidents de la vie courante (domestiques, de sport et de loisirs, à l'école).**

**L'importance du problème** Les accidents de la vie courante entraîne chaque année environ 18 000 décès. A partir d'un sondage sur un échantillon représentatif des assurés sociaux, on estime en 1991 à quatre millions trois cent mille le nombre d'accidents de la vie courante (toute gravité confondue) et à 530 000 le nombre d'hospitalisations.

**Les facteurs qui l'influencent** *L'âge*  
Les personnes âgées et les petits enfants sont particulièrement vulnérables. C'est avant cinq ans qu'on observe la plus grande fréquence des accidents à l'intérieur de la maison. Si les chutes sont les plus fréquentes, les brûlures sont les plus graves. Chez les personnes âgées, il s'agit essentiellement de chutes, responsables de fractures une fois sur quatre.

### *Le lieu*

Les accidents les plus graves surviennent au domicile, dans la cuisine, (brûlures et intoxications du jeune enfant), dans la salle de bain (brûlures par l'eau, intoxications et chutes) et dans l'escalier (chutes graves chez les personnes âgées). Les personnes âgées sont également sujettes à des chutes sur la voie publique ou dans les transports. Les accidents de loisirs et de sports entraînent une forte proportion de lésions graves. La gravité de ces lésions augmentent avec l'âge jusqu'à 24 ans et reste élevée jusqu'à 59 ans. Ils entraînent des hospitalisations plus fréquentes que les accidents qui surviennent à domicile.

### *Le mécanisme*

Tous âges confondus, la moitié des accidents sont des chutes. Cette proportion est plus élevée chez les enfants de moins de deux ans (chute d'une table à langer, d'un siège de bébé...) et chez les personnes de plus de 65 ans (chute de leur niveau, dans l'escalier...).

### *La prise en charge*

Une prise en charge rapide et de bonne qualité entraîne une diminution des séquelles dues aux accidents, d'où l'intérêt de disposer d'un centre régulateur pour toutes les urgences, médicales ou chirurgicales.

**Les mesures essentielles pour atteindre l'objectif**

***Développer la sécurité passive***

Augmenter la sécurité des lieux de vie des enfants et des personnes âgées (accessibilité à certaines installations, réglementation de la température des arrivées d'eau...).

Porter une attention particulière aux accidents de loisirs et de sports ; sensibiliser à la sécurité les fédérations sportives des sports les plus dangereux ; améliorer le matériel employé par les sportifs en liaison avec l'industrie.

Favoriser une implication et une concertation plus grande entre les consommateurs, les industriels, les urbanistes et les décideurs pour créer un environnement « plus sécuritaire ».

***Développer la prévention active***

Sensibiliser et informer :

– les parents d'enfants en bas âge sur les modifications à apporter dans l'aménagement de la maison et l'adoption de matériel de puériculture offrant toute sécurité en tenant compte du développement psychomoteur de l'enfant ;

– les éducateurs en vue de promouvoir auprès des enfants la prévention des accidents ;

– les sportifs sur les risques encourus lors de la pratique de différents sports et sur les moyens de les prévenir (ex : port du casque à vélo) ;

– les personnes âgées et les personnes qui interviennent à leur domicile sur les aménagements intérieurs susceptibles de diminuer les risques de chute ;

– l'ensemble de la population sur la diminution de l'utilisation de l'eau sanitaire trop chaude.

**Les recherches à promouvoir**

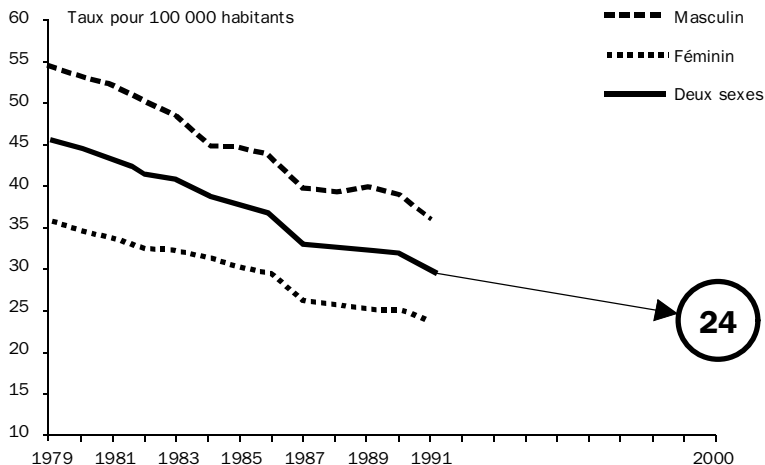
Améliorer la représentativité du système de surveillance EHLASS sur les accidents domestiques.

Mener des études approfondies sur les scénarios d'accidents.

Développer, au niveau national et européen, les échanges de connaissances et d'expérience sur les différents types d'accidents.

Elaborer et mettre en œuvre des méthodes d'évaluation des différentes stratégies destinées à diminuer la fréquence et la gravité des accidents.

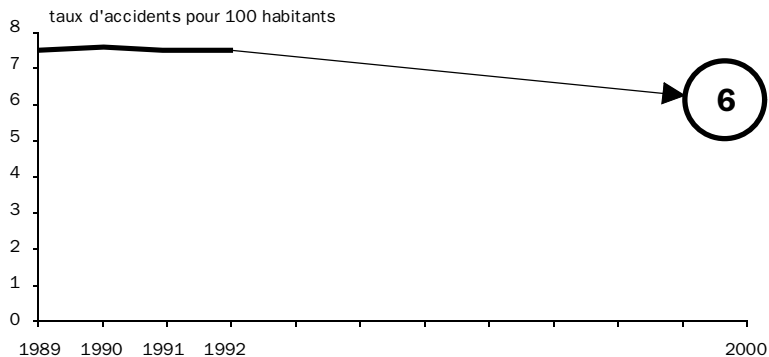
**Indicateurs Mortalité par accidents de la vie courante (tous âges)**  
(taux de mortalité standardisés par âge)



Source : Inserm-SC8.

**Commentaire :** sont regroupés les intoxications accidentelles, les chutes accidentelles, les noyades, les suffocations accidentelles (mécaniques ou alimentaires), les chocs, les accidents provoqués par le feu, les machines, les instruments et objets tranchants, les armes à feu, les caustiques, le courant électrique, ainsi que les accidents de causes non précisées, représentant près de 10 % du total des accidents.

**Fréquence des accidents de la vie courante**



Source : CNAMTS.

**Commentaire :** les accidents de la vie courante regroupent cinq grands types d'accidents : accidents domestiques, au domicile ou à proximité ; accidents du sport ; accidents de loisirs ou de vacances ; accidents scolaires (y compris ceux survenant au cours des heures d'éducation physique) ; autres accidents (ceux se produisant dans les magasins, sur un trottoir...).

Les données sont obtenues à partir d'enquêtes réalisées régulièrement par la CNAMTS (en 1992, auprès de 34 000 ménages).

## Les accidents de travail

**Objectif Réduire le nombre d'accidents de travail graves (accidents qui entraînent un arrêt de travail).**

**L'importance du problème** On constate depuis 1987 une reprise de l'augmentation du nombre des accidents du travail. Celle-ci est sensiblement plus rapide que celle des effectifs salariés, 19 % contre 9 %, entraînant ainsi une croissance du taux de fréquence des accidents (nombre d'accidents ramené au nombre de salariés) de 9 % en 4 ans.

Cependant les accidents accompagnés d'une incapacité temporaire ou permanente ont légèrement décru sur la même période (1987-1991) passant de 4,75 ‰ à 4,69 ‰ et ceci malgré une augmentation de 1,6 % en 1991.

Les accidents avec décès qui avaient connu une croissance importante depuis 1987, 24 % de 1986 à 1990, portant le nombre de décès à 1 200 en 1990, ont diminué de 11 % en 1991.

En 1991, le régime général de l'assurance maladie a enregistré 787 000 accidents avec arrêt de travail dont 68 000 avec incapacité permanente et 1 100 accidents mortels. Cette même année, la mutualité sociale agricole a dénombré 45 000 accidents avec arrêt de travail parmi les salariés agricoles, ce qui correspond à un taux de 11,4 ‰ équivalents salariés. Ces accidents ont entraîné 6 500 incapacités permanentes et 95 décès.

**Les facteurs qui influencent le problème** *Le type de tâche*

Les chutes de hauteur ou de plain-pied regroupent 40 % des accidents avec arrêt de travail dans le régime général et 75 % dans le régime agricole. La manipulation d'objets et le transport manuel de charge restent une des principales sources d'accidents (32 % dans le régime général, 9 % dans le régime agricole). En ce qui concerne les décès, dans le régime général, près de 40 % des causes sont dues au risque « circulation » (en dehors des accidents de trajet). Les chutes de hauteur représentent ensuite la cause principale de décès (17 %). Parmi les salariés agricoles, les chutes sont à l'origine de 63 % des décès.

### *L'organisation du travail*

Deux déterminants entrent principalement en cause dans la survenue des accidents : le manque de formation des salariés (formation professionnelle, formation sur le tas, formation à la sécurité, ...) et le manque de coordination des divers intervenants autour d'une même tâche.

## *La situation de l'emploi*

La hausse des accidents, constatée ces dernières années, peut s'expliquer essentiellement par la croissance des emplois précaires se traduisant par la multiplication des emplois à durée déterminée, de l'intérim et de la sous-traitance. Cette situation majore les deux facteurs évoqués plus haut.

## *Le secteur d'activité*

C'est dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment que l'on observe le plus d'accidents mortels et d'accidents avec incapacité permanente.

### **Les mesures essentielles pour atteindre l'objectif**

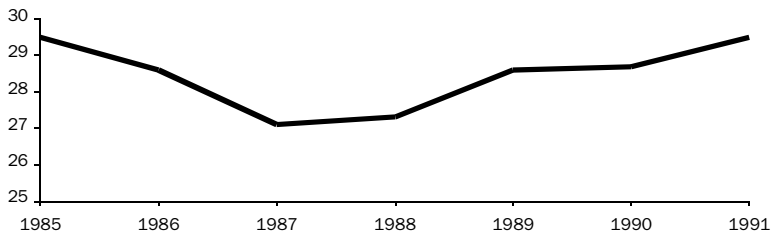
Renforcer, dans le bâtiment et les travaux publics, la prévention des risques de chute de hauteur et d'accidents sur réseaux (assainissement, adductions d'eau, lignes électriques aériennes et enterrées), par la mise en œuvre de la procédure d'arrêt de travaux et la mise en place de CHSCT dans les établissements occupant entre cinquante et trois cent salariés.

Promouvoir la démarche d'évaluation des risques à priori dans les PME-PMI. Dans ce cadre un programme prioritaire sera mis en œuvre sur la réduction du risque lié à la manutention manuelle.

Promouvoir la coordination des divers intervenants autour d'une même tâche, en débutant ce programme dans le bâtiment et les travaux publics, par la coordination sur les chantiers.

Intégrer la sécurité lors de la conception des machines et équipements agricoles par l'élaboration de normes (AFNOR – Union de normalisation de la mécanique) et une meilleure coordination des organismes chargés de leur contrôle.

### **Indicateurs Taux de fréquence des accidents de travail**



Source : CNAMTS.

**Commentaire :** pour permettre de mesurer la fréquence des accidents de façon comparable d'une année sur l'autre, cet indicateur est construit ainsi :  
fréquence = (Nbre d'accidents avec arrêt / Nbre d'heures travaillées) x 1 000 000.  
1 000 000 d'heures de travail correspondent à l'activité d'environ 500 personnes occupées à temps plein pendant un an.  
Les accidents de trajet ne sont pas pris en compte.

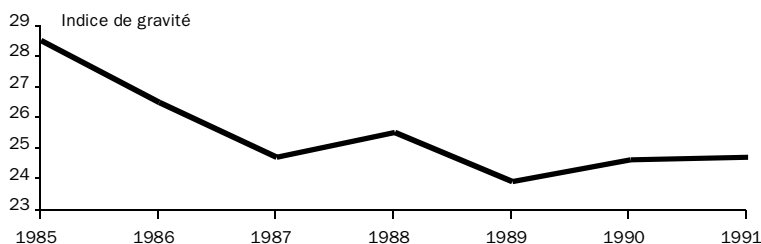
### Mortalité et morbidité par accidents du travail (tous secteurs d'activité)

	1975	1980	1985	1987	1988	1989
Incapacité permanente	126 666	109 270	80 930	69 483	74 606	70 501
Décès	2 224	1 562	1 157	1 076	1 188	1 258

Source : CNAMTS et MSA.

**Commentaire :** il s'agit des accidents concernant les salariés. Les accidents de trajet ne sont pas comptabilisés. Seuls les accidents les plus graves sont pris en compte puisqu'ils ont provoqué soit le décès soit l'attribution d'une rente d'incapacité permanente.

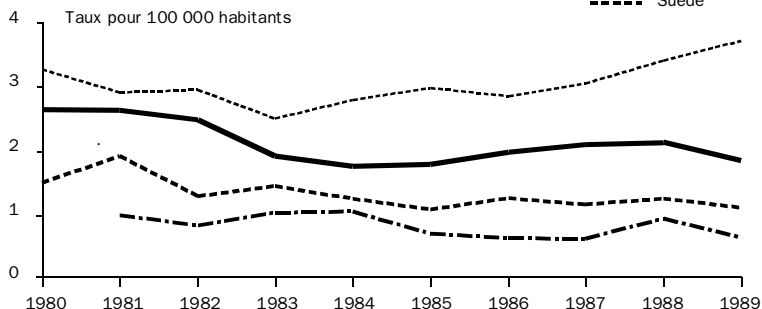
### Gravité des accidents du travail



Source : CNAMTS.

**Commentaire :** pour permettre de mesurer la gravité des accidents de façon comparable d'une année sur l'autre, cet indicateur est construit ainsi :  
 Indice de gravité = (total des taux d'incapacités permanentes accordées dans l'année / Nbre d'heures travaillées) x 1 000 000  
 1 000 000 d'heures de travail correspondent à l'activité d'environ 500 personnes occupées à temps plein pendant un an.  
 Les accidents de trajet ne sont pas pris en compte.

### Mortalité par accidents de travail (taux de mortalité standardisés par âge)



Source : OMS-HFA. Code OMS : 110 503.

**Commentaire :** les décès par accidents du travail sont calculés, non pas relativement à des personnes exposées (nombre de salariés, heures travaillées...), mais relativement à la population générale.

---

## *Les cancers*

**Objectifs** **D'ici 2010, diminuer de 15 % le taux de décès par cancer du poumon, diminuer de 30 % le taux de décès par cancer des voies aérodigestives supérieures, diminuer de 30 % le taux de décès par cancer du sein chez les femmes de 50 à 70 ans et réduire de 30 % le taux de décès par cancer du col de l'utérus. D'ici l'an 2000, diminuer de 10 % le taux de décès par cancer colo-rectal et stabiliser le taux de décès par mélanome.**

**L'importance du problème** Le cancer, seconde cause de mortalité en France, est responsable d'environ 30 % des décès, mais c'est surtout la première cause de mortalité prématurée : il entraîne plus de 35 % des décès avant l'âge de 65 ans. Par rapport aux autres pays européens, la mortalité par cancer en France est très contrastée selon le sexe : chez la femme, c'est l'une des plus faibles d'Europe ; chez l'homme, l'une des plus élevée. Les cancers liés à la consommation d'alcool et de tabac dominent très nettement chez les hommes. Les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures (bouche, pharynx, larynx,...) ont provoqué en 1991 plus de 30 000 décès chez l'homme dont près de 15 000 avant 65 ans (pour 5 000 décès chez la femme). La mortalité prématurée par cancer du poumon a régulièrement augmenté au cours des vingt dernières années pour les hommes comme pour les femmes. En revanche la mortalité précoce par cancer des voies aérodigestives supérieures a tendance à décroître depuis la fin des années soixante-dix.

Plus de dix mille décès féminins dont quatre mille avant l'âge de 65 ans ont été attribués en 1991 au cancer du sein. Le cancer de l'utérus a été la cause de trois mille décès dont mille avant l'âge de 65 ans.

Avec seize mille décès dans les deux sexes en 1991, les cancers de l'intestin sont la troisième cause de mortalité par cancer chez l'homme après les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures et la seconde cause de décès par cancer chez la femme après le cancer du sein. Ils entraînent trois mille décès avant l'âge de 65 ans.

Le mélanome est un cancer de la peau qui entraîne un nombre de décès limité (1 000 en 1991) mais dont la fréquence s'accroît régulièrement depuis les années cinquante.



**Les facteurs  
qui l'influencent**

***Les habitudes de vie***

L'usage du tabac est une cause majeure d'apparition des cancers. Il est directement responsable de la grande majorité des cancers du poumon. La consommation excessive d'alcool associée au tabagisme favorise la survenue de cancers des voies aérodigestives supérieures.

L'exposition au soleil est le principal facteur de risque évitable des mélanomes. Elle est particulièrement nocive chez les enfants (avant 15 ans).

Les modes d'alimentation semblent jouer un rôle essentiel dans l'apparition des cancers colorectaux : le rôle protecteur des légumes verts est maintenant bien établi.

***L'environnement***

Bien que le nombre de cancers attribuables aux facteurs d'environnement demeure très limité en dehors des zones de catastrophes écologiques, il est établi que le milieu de travail (produits ou poussières toxiques) et la pollution atmosphérique peuvent accroître le risque de survenue de cancer. Le nombre de cancers professionnels est mal connu en France ; ils représenteraient 2 % à 6 % des cancers.

***Le milieu social***

La surmortalité par cancer du poumon et des voies aérodigestives supérieures observée chez les hommes dans les catégories sociales les moins favorisées est en grande partie liée à des habitudes de consommation de tabac et d'alcool plus importante que dans les catégories sociales plus aisées.

Chez les femmes la catégorie sociale a une influence beaucoup plus limitée sur la survenue des cancers.

***Les facteurs liés à l'hérédité***

Ils jouent un rôle dans l'apparition des cancers du colon et du rectum, du mélanome auquel sont plus exposées les personnes à peau claire et dans la survenue de cancers du sein.

**Les mesures essentielles pour atteindre les objectifs**

Sensibiliser les individus aux moyens de prévenir, de dépister de traiter précocement le cancer, en diffusant largement, notamment en milieu scolaire, le **code européen contre le Cancer** :

- 1 – Ne fumez pas. Fumeurs, arrêtez le plus vite possible et n'enfumez pas les autres.
- 2 – Modérez votre consommation de boissons alcoolisées : bières, vin ou alcool.
- 3 – Evitez les expositions excessives au soleil.
- 4 – Respectez les consignes professionnelles de sécurité lors de la manipulation ou de l'usage de toute substance cancérigène.
- 5 – Consommez fréquemment des légumes frais et des aliments riches en fibres.
- 6 – Evitez l'excès de poids et limitez la consommation d'aliments riches en graisses.
- 7 – Consultez un médecin en cas d'évolution anormale ou de changement d'aspect d'un grain de beauté.
- 8 – Consultez un médecin en cas de troubles persistants tels que toux ou enrouement, troubles du transit intestinal, perte de poids inexplicquée.
- 9 – Faites pratiquer régulièrement un frottis vaginal.
- 10 – Surveillez vos seins régulièrement et, si possible, après l'âge de cinquante ans, faites effectuer des mammographies à intervalles réguliers.

Maintenir le dispositif législatif actuel concernant le tabac et renforcer les actions visant à diminuer la proportion de fumeurs dans la population adulte, à diminuer la proportion de fumeurs chez les 12-18 ans et à diminuer la quantité de tabac vendue. Ces objectifs et les moyens de les atteindre (application de la réglementation, augmentation des taxes sur le tabac, éducation pour la santé, aide aux fumeurs qui souhaitent arrêter) sont détaillés dans le chapitre consacré à l'usage du tabac.

Accentuer la décroissance de la consommation d'alcool, plus spécifiquement dans les régions où elle demeure la plus élevée et améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des personnes dépendantes de l'alcool.

Développer une démarche d'assurance qualité pour les procédures diagnostiques et thérapeutiques, en particulier la radiothérapie.

Sensibiliser et former les médecins au diagnostic précoce des cancers en particulier des mélanomes, des cancers colorectaux et des cancers des voies aérodigestives supérieures ; associer pour ces derniers une sensibilisation des médecins du travail et des chirurgiens-dentistes.

Organiser dans des conditions optimales de réalisation le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la tranche d'âge de 50 à 70 ans. La participation des femmes dans cette tranche d'âge devrait atteindre au moins 60 % et la qualité du dépistage radiologique, des examens anatomo-cytologiques et du traitement précoce devrait être améliorée.

Accroître la prévention et le traitement précoce du cancer du col en améliorant la couverture du dépistage afin de réduire le nombre des « exclues » du diagnostic (en particulier les femmes de milieu social défavorisé et les femmes de plus de 50 ans), en améliorant la qualité des tests utilisés (assurance de qualité), du diagnostic et du traitement et en assurant le traitement précoce des MST.

**Les recherches à promouvoir** Accentuer les études épidémiologiques sur les cancers et obtenir une mise à disposition rapide et régulière de l'incidence nationale des cancers.

Améliorer la connaissance des facteurs de risque, en particulier génétiques qui déclenchent ou favorisent la survenue des cancers, des facteurs de risque professionnels et pour les cancers des voies aérodigestives supérieures les facteurs de risque liés à l'état dentaire.

Rechercher les motifs qui entraînent la participation ou non à un dépistage de cancer du sein et du cancer du col.

Identifier les causes des retards du diagnostic précoce du cancer colorectal, du mélanome, des cancers des voies aérodigestives supérieures et du cancer du col.

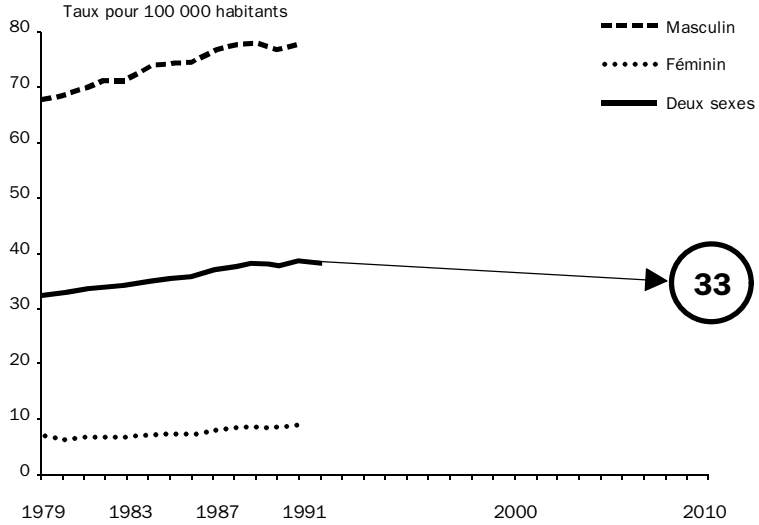
Évaluer soigneusement l'impact des expérimentations de dépistage organisé des cancers colorectaux et du cancer du col.

Identifier les déterminants du choix du mode de prise en charge thérapeutique notamment pour les cancers du sein, du col de l'utérus, des cancers colo-rectaux.

Évaluer, pour les différents types de cancer, la survie en fonction des schémas de traitement et des filières de soins utilisées.

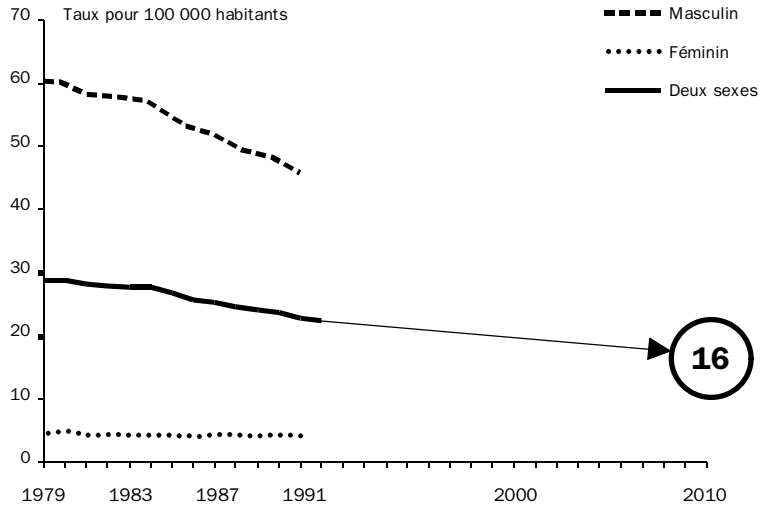
Évaluer l'efficacité des rétinoïdes dans la prévention des rechutes et de la dégénérescence des lésions précancéreuses des cancers des voies aérodigestives supérieures.

**Indicateurs Mortalité par cancer du poumon (tous âges)**  
(taux de mortalité standardisés par âge)



Source : Inserm-SC8.

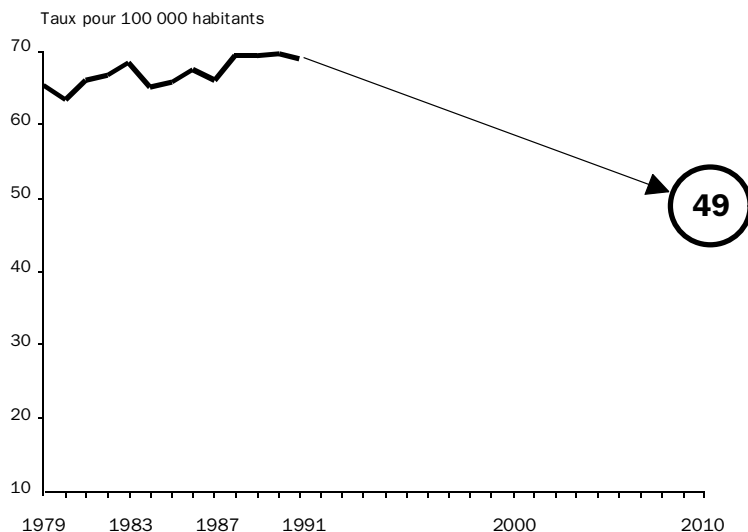
**Mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures\***  
(tous âges)  
(taux de mortalité standardisés par âge)



\* Y compris les tumeurs malignes de l'oesophage.

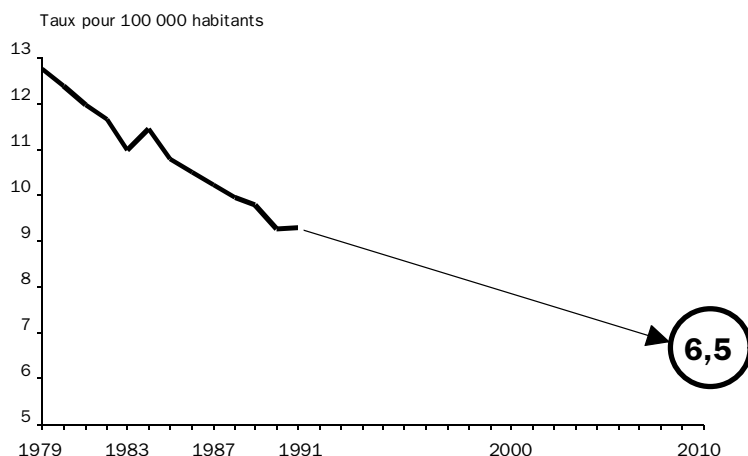
Source : Inserm-SC8.

**Mortalité par cancer du sein (50-69 ans)**  
(taux de mortalité standardisés par âge)



Source : Inserm-SC8.

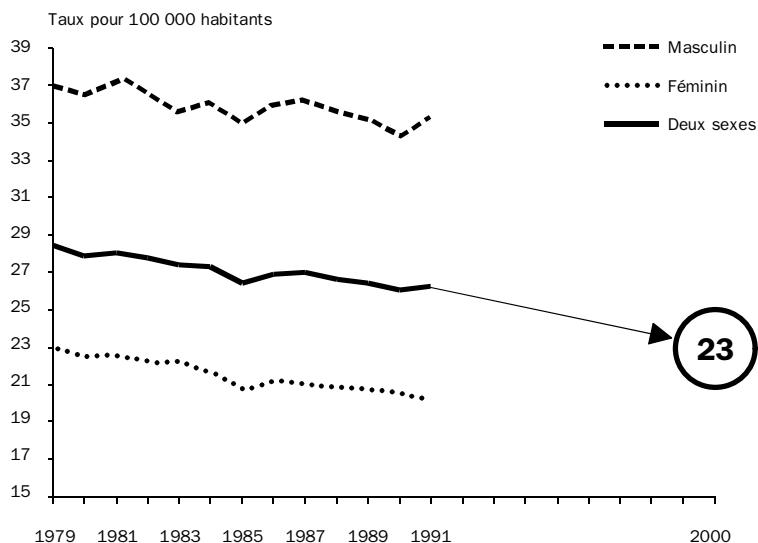
**Mortalité par cancer utérin (tous âges)**  
(taux de mortalité standardisés par âge)



Source : Inserm-SC8.

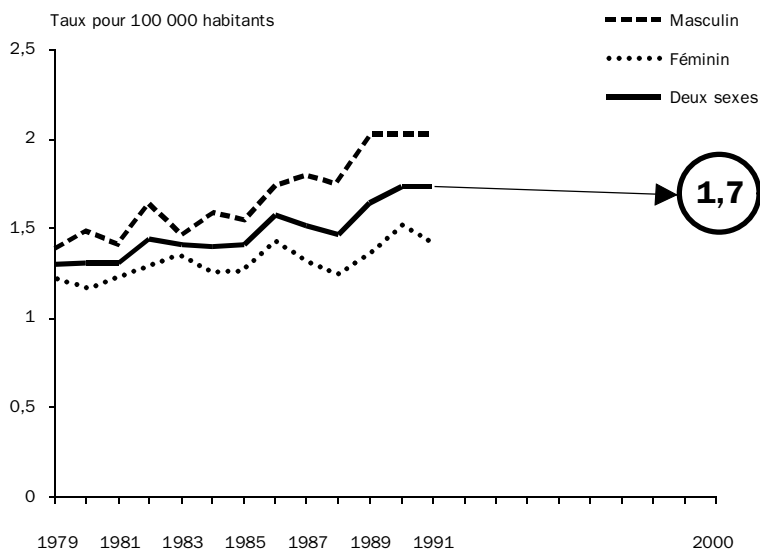
**Commentaire :** pour plus de 60 % des cas, la localisation initiale des tumeurs malignes de l'utérus n'est pas précisée dans les certificats de décès. La mortalité par cancer du col de l'utérus ne peut donc pas être individualisée de façon fiable à partir des statistiques de causes de décès.

### Mortalité par cancer colorectal (tous âges) (taux de mortalité standardisés par âge)



Source : Inserm-SC8.

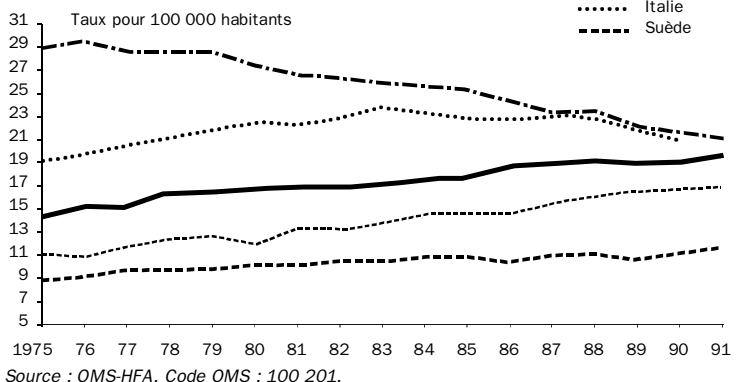
### Mortalité par mélanome (tous âges) (taux de mortalité standardisés par âge)



Source : Inserm-SC8.

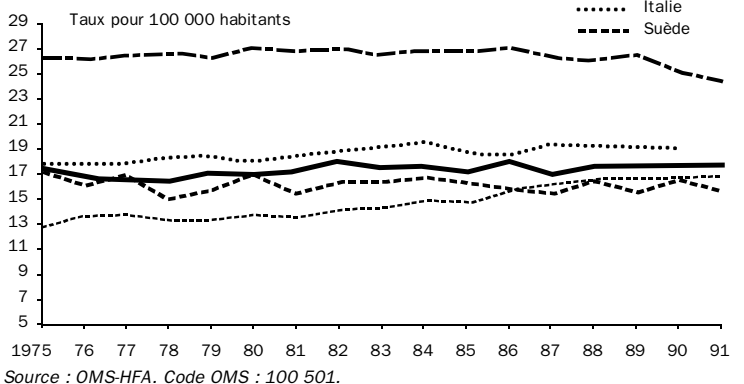
EU

### Mortalité par cancer du poumon avant 65 ans (taux de mortalité standardisés par âge)



EU

### Mortalité par cancer du sein (avant 65 ans) (taux de mortalité standardisés par âge)



### Fréquence du recours à la mammographie

en %

Tous âges	35/44 ans	45/49 ans	50/59 ans	60/64 ans	> à 65 ans
28,4	28,6	60	63,4	35,7	20,6

Source : CFES - Baromètre Santé 1992.

**Commentaire :** il s'agit de données fournies par le « Baromètre-santé » : enquête réalisée pour le Comité français d'éducation pour la santé au moyen d'entretiens téléphoniques auprès de personnes formant un échantillon représentatif de la population de 2 100 personnes. Il était demandé aux femmes si elles avaient bénéficiées d'une mammographie et depuis combien de temps.

---

## *Infection par le virus de l'immunodéficience humaine/Sida et maladies sexuellement transmissibles*

**Objectif Réduire le nombre de nouvelles infections par le Virus de l'Immunodéficience Humaine et par les autres agents responsables de maladies sexuellement transmissibles, leurs complications graves et leurs conséquences sociales.**

L'absence aujourd'hui de vaccin et de traitement curatif de l'infection par le VIH amène à faire de la prévention de la transmission de l'infection, une priorité. Néanmoins les efforts et les ressources consacrés à la recherche devront être soutenus, ainsi que les actions visant à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes atteintes et leur insertion.

**L'importance du problème** *Infection par le VIH/Sida  
Une augmentation continue des cas de Sida*

Au 31 mars 1994, 30 003 cas de Sida ont été recensés en France depuis le début de l'épidémie, soit un taux de 508 cas cumulés par million d'habitants. Parmi les Etats-membres de l'Union européenne, la France est l'un des pays les plus touchés après l'Espagne (619 cas/million).

Compte tenu des délais de déclaration, le nombre de cas de Sida diagnostiqués est estimé entre 35 500 et 38 500. Le nombre cumulé de décès par Sida est d'environ 17 340. Depuis 1991, plus de trois mille décès par année sont répertoriés.

En 1992, on estimait à plus de 100 000, le nombre de personnes atteintes d'infection par le VIH en France. Différentes sources d'information sont en faveur d'une diminution du nombre de nouvelles contaminations au cours des dernières années.

### *Des disparités géographiques*

Les trois régions les plus touchées sont l'Île-de-France, les Antilles et la Guyane et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qui représentent plus de 60 % des cas diagnostiqués sur les douze derniers mois. Dans ces trois régions, le taux de cas de Sida cumulés se situe autour de 1 pour 1 000 habitants. C'est également dans ces régions que les taux de prévalence de l'infection par le VIH sont les plus élevés.



### *Des disparités dans la répartition selon l'âge et le sexe*

85 % des cas de Sida diagnostiqués et des séropositifs dépistés en 1993 ont entre 20 et 50 ans. La moyenne d'âge des cas et des séropositifs est en légère augmentation au cours du temps. Sur cinq cas de Sida déclarés, quatre sont de sexe masculin. Le rapport est un peu plus faible pour les cas d'infections nouvellement dépistées : trois hommes pour une femme.

### *Des disparités suivant les modes de transmission*

Les homosexuels masculins représentent 39 % des cas de Sida recensés en 1993, les cas liés à l'usage de drogues 28 %, les hétérosexuels 16 %, les hémophiles et transfusés 4 % et les enfants infectés par voie materno-fœtale 0,6 %. La proportion des hémophiles et transfusés diminue au cours du temps.

L'augmentation des cas est plus élevée dans le groupe des hétérosexuels (+25 % entre 1992 et 1993), que dans les autres groupes de transmission. Cet accroissement semble surtout lié à la transmission sexuelle avec des partenaires usagers de drogues ou de personnes séropositives dont le mode de contamination est inconnu, ainsi qu'à l'augmentation du nombre de femmes d'origine africaine ou partenaires de personnes de même origine.

Ces tendances sont confirmées par les résultats des enquêtes de prévalence et de l'activité de dépistage. Néanmoins, le poids de l'épidémie dans le groupe des hétérosexuels reste faible par rapport aux autres groupes de transmission : en 1993, le taux de cas de Sida hétérosexuels dans la population hétérosexuelle est environ 150 fois plus faible que le taux qui prévaut dans la population homo ou bisexuelle, et 700 fois plus faible que le taux observé chez les usagers de drogues intraveineuses.

### *Maladies sexuellement transmissibles*

La gonococcie et la syphilis ont tendance à diminuer actuellement ; les groupes les plus concernés sont superposables à ceux qui sont les plus atteints par l'infection à VIH. Cette évolution plutôt favorable est encourageante : on peut en effet penser qu'il existe, parallèlement, une tendance à la baisse de l'infection par le VIH en raison de l'adoption de comportements qui diminuent les risques d'infection. Cependant une grande vigilance reste nécessaire : dans d'autres pays industrialisés, le nombre de nouveaux cas de gonococcie ou de syphilis a tendance à remonter après une période de décroissance.

D'autres maladies sexuellement transmissibles ont des conséquences non négligeables sur la santé. Les infections à chlamydia touchent essentiellement les personnes jeunes (moins de trente ans). Elles sont le plus souvent asymptomatiques et

---

seraient à l'origine chaque année d'environ quarante mille nouveaux cas de salpingites qui peuvent entraîner grossesses extra-utérines ou stérilité. Les infections à papillomavirus sont à l'origine de dysplasies et de cancer du col de l'utérus.

L'hépatite B est grave par son évolution vers l'hépatite chronique active et la cirrhose. Elle est maintenant évitable par vaccination.

**Les facteurs qui l'influencent**

Les comportements et situations à risque : relations sexuelles non protégées, multipartenariat et, pour le VIH et l'hépatite, usage de drogues injectables avec partage du matériel d'injection sont les facteurs majeurs de transmission du VIH et de certaines MST.

Par ailleurs, les risques de transmission de l'infection par le VIH sont potentialisés par des facteurs extrinsèques à l'individu, comme le fait d'être originaire d'un pays où la prévalence est élevée ou l'environnement social.

**Les mesures essentielles pour atteindre l'objectif**

Développer, au-delà des campagnes qui visent la population générale, les actions d'éducation pour la santé réalisées envers les différents publics et communautés les plus concernés, en impliquant les pairs.

Accroître l'accessibilité aux moyens de prévention : préservatifs à 1 francs, vaccination contre l'hépatite B pour les enfants, les adolescents et les groupes exposés, mesures spécifiques visant à réduire le partage des seringues et autres matériels d'injection chez les usagers de drogue intraveineuse.

Améliorer les pratiques des professionnels : conseil personnalisé de prévention, réalisation des dépistages (prescription et remise des résultats), prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, par la formation et la diffusion des recommandations.

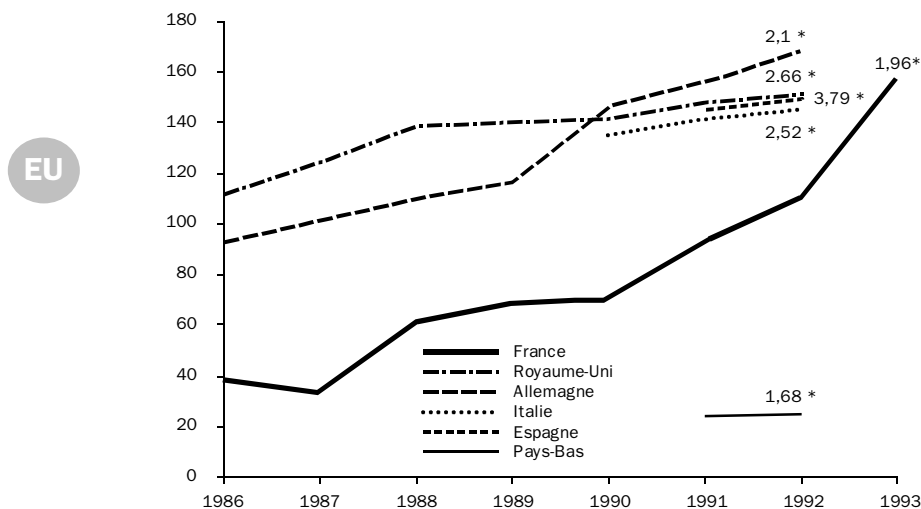
Améliorer l'accès au dépistage volontaire et au traitement précoce de l'infection par le VIH et des maladies sexuellement transmissibles.

**Les recherches à promouvoir**

Amélioration de la surveillance des MST afin d'évaluer l'impact des programmes et indirectement la diminution de la transmission du virus du Sida.

Mise au point d'une évaluation de la couverture vaccinale par l'hépatite B.

**Indicateurs Ventes et distributions gratuites de préservatifs en Europe**  
(millions d'unités de préservatifs)



\* Consommation rapportée au nombre d'habitants en 1992.

Source : AFLS.

**Commentaire :** les chiffres de ventes et distributions gratuites ne sont qu'un reflet indirect de l'utilisation effective du préservatif. Ils témoignent cependant des résultats des campagnes de promotion entreprises depuis plusieurs années pour lutter contre la propagation du Sida. Les courbes témoignent des volumes de préservatifs distribués non rapportés à la population ; seules les évolutions peuvent donc être comparées.

**Utilisation de préservatifs au cours des 12 derniers mois**  
(parmi les 18 ans et plus)

	en %		
	1990	1992	
Parmi la population sexuellement active	18,1	20,6	
Parmi les multipartenaires hétérosexuels :	usage occasionnel ou systématique	42,6	56,4
	usage systématique	24,2	35,4

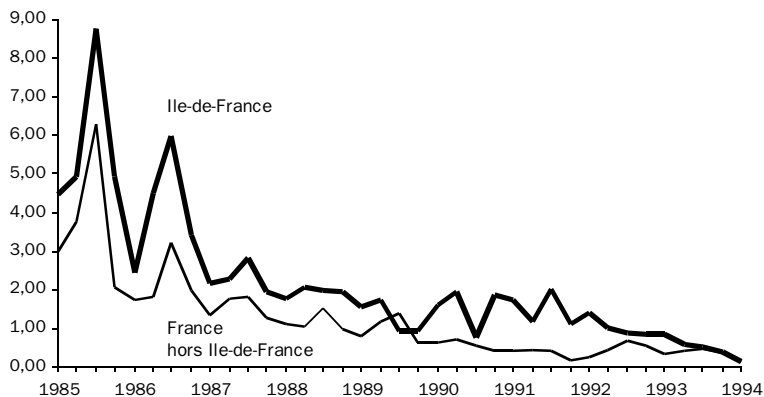
Source : AFLS-ANRS, enquête nationale sur les connaissances, croyances, attitudes et comportements des Français face à l'infection par le virus du Sida, 1990-1992.

**Lecture :** en 1992, parmi les multipartenaires hétérosexuels, 56,4 % déclaraient avoir utiliser des préservatifs au cours de l'année écoulée ; 34,4 % les utilisaient systématiquement.

**Commentaire :** l'enquête est réalisée auprès d'un échantillon (n=1 000) représentatif de la population française, l'utilisation du préservatif étant renseignée par un autoquestionnaire anonyme. Les personnes sexuellement actives sont celles ayant déclaré avoir au moins un rapport sexuel au cours des douze derniers mois.

## Fréquence de l'urétrite masculine

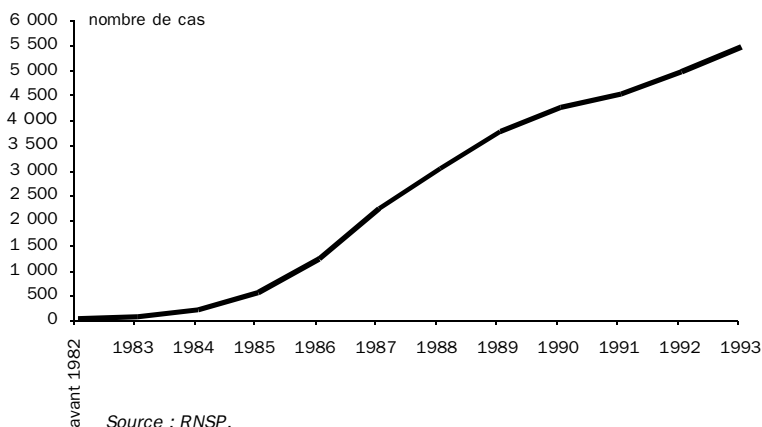
(nombre de cas par milliers d'homme et par trimestre)



Source : Réseau National Télé-informatique des Maladies Transmissibles (RNTMT) Inserm U263.

**Commentaire :** la modification des comportements qui facilitent la transmission du VIH doit entraîner une diminution des autres MST comme l'urétrite masculine. Celle-ci est donc considérée comme « sentinelle » de l'infection à VIH. Les chiffres fournis sont extrapolés à la population française à partir d'observations communiquées par plus de 1500 médecins généralistes, répartis sur tout le territoire français, et appartenant au réseau des médecins sentinelles.

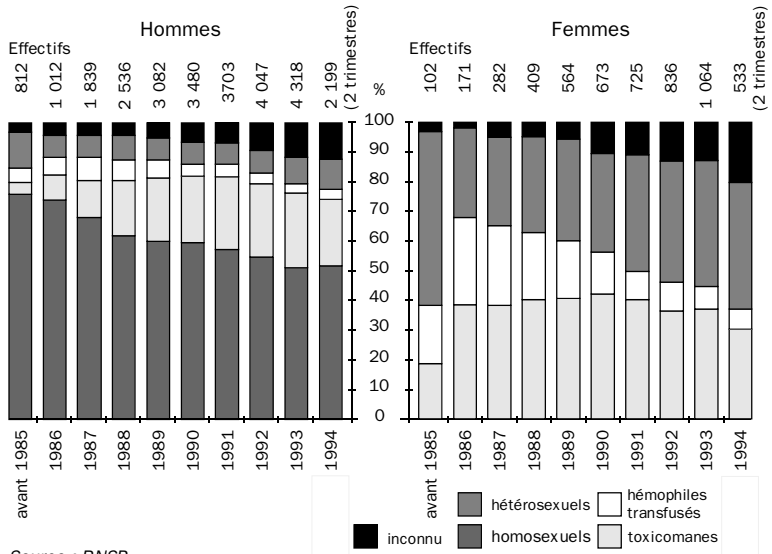
## Nouveaux cas de Sida par année de diagnostic



Source : RNSP.

**Commentaire :** le nombre de nouveaux cas déclarés n'est pas un indicateur pour un objectif de prévention, puisqu'il s'écoule plusieurs années entre la contamination par le virus et la maladie Sida. Mais le nombre de nouveaux cas de Sida peut être un indicateur pour la prévention des complications de la séropositivité. Le redressement corrige le retard des déclarations, mais ne prend pas en compte la sous-déclaration, qui reste faible.

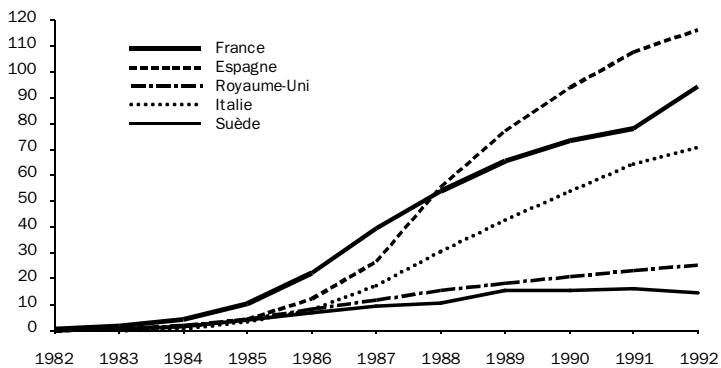
### Mode de contamination par le VIH



Source : RNSP.

**Commentaire :** les effectifs représentent le nombre de nouveaux cas de Sida déclarés chaque année, avec un redressement qui corrige le retard des déclarations, mais qui ne prend pas en compte la sous-déclaration.

### Evolution de l'incidence du Sida (taux par million d'habitants)



Source : OMS. Code OMS : 050 312.

**Commentaire :** le système d'enregistrement ayant été mis en place en coopération entre les différents pays, le mode de déclaration est homogène ; les données apparaissent donc comme particulièrement fiables.

---

## Les maladies cardio-vasculaires

**Objectif** **D'ici l'an 2000, réduire de 20.% la mortalité par maladies cardio-vasculaires chez les personnes de moins de 75 ans.**

**L'importance du problème** La mortalité cardio-vasculaire est dominée par deux types d'affections, cardiopathies ischémiques (maladie coronarienne, infarctus du myocarde) et accidents vasculaires cérébraux. Ainsi en 1991, les chiffres de mortalité étaient les suivants pour les moins de 75 ans :

- mortalité cardio-vasculaire totale : 44 770 décès ;
- mortalité due aux cardiopathies ischémiques : 17 017 décès ;
- mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux : 10 338 décès.

Les mêmes affections cardio-vasculaires sont aussi à l'origine de maladies fréquentes, graves et invalidantes : angines de poitrine, insuffisances cardiaques, séquelles d'accidents vasculaires cérébraux, artériopathies des membres inférieurs.

**Les facteurs qui l'influencent** Plusieurs facteurs de risque, susceptibles d'être modifiés, influencent l'apparition de la maladie coronarienne et des accidents vasculaires cérébraux : hypercholestérolémie et dyslipoprotéïnémies athérogènes, hypertension artérielle, tabagisme, modifications métaboliques du diabète, obésité, troubles de la coagulation et de l'hémostase. Les modifications dans un sens bénéfique de ces facteurs constituent la base de la prévention de ces maladies. Il est simultanément indispensable de mener des actions en vue de l'amélioration des résultats des soins.

**Les mesures essentielles pour atteindre l'objectif** *Réduire les facteurs de risque dans les populations par des actions collectives*

Ces actions reposent sur une éducation accessible au plus grand nombre, ce qui suppose un relais des messages par les médias et leur meilleure intégration dans l'enseignement scolaire. Par ailleurs, les secteurs économiques concernés par la prévention doivent être impliqués dans son organisation et notamment le secteur alimentaire.

Dans ce sens, il convient d'encourager :

- l'adoption d'une alimentation équilibrée avec le contrôle de l'excès de poids par la modération de l'apport calorique, y compris sous forme d'alcool, le contrôle de l'apport total en graisses, la réduction des acides gras saturés, du cholestérol alimentaire, du sodium, et l'augmentation de la consommation de graisses végétales, de poissons, de fruits, de légumes et de céréales riches en fibres ;
- la lutte contre le tabagisme ;
- l'activité physique régulière, adaptée à l'âge et à la condition, avec les précautions d'usage dans la seconde moitié de la vie.

### ***Réduire les facteurs de risque chez les individus par des actions personnalisées***

Les professionnels de santé dans leur ensemble et les médecins généralistes en particulier, avec l'aide active des spécialistes, ont un rôle essentiel à jouer pour aider chaque personne à adopter des stratégies préventives adaptées à ses propres facteurs de risque :

- par le développement du dépistage et de la prise en charge des hypercholestérolémies et des dyslipoprotéïnémies athérogènes suivant les principes du consensus français proposé par le Comité français de coordination des recherches sur l'athérosclérose et le cholestérol ;
- par l'amélioration du dépistage et de la thérapeutique des hypertension artérielles en insistant sur la normalisation des chiffres et l'amélioration de l'observance des traitements, ainsi que sur la réduction des effets indésirables à l'aide de stratégies adaptées ;
- par l'arrêt du tabac, avec le soutien psychologique adéquat, et éventuellement une aide médicamenteuse en cas de dépendance à la nicotine ;
- par le dépistage et la prise en charge optimale du diabète sucré suivant les principes de la déclaration de Saint-Vincent et son programme (Section européenne de la Fédération internationale du diabète et l'Organisation mondiale de la santé, 1989) ;
- par l'aide à la réduction des excès pondéraux par des mesures diététiques personnalisées.

### ***Améliorer l'organisation de la prise en charge précoce de l'infarctus du myocarde et optimiser les soins aux coronariens***

Par une information destinée aux patients suivis pour une insuffisance coronarienne, et sur un plan général aux personnes de plus de 50 ans, faisant connaître les signes qui doivent faire craindre la survenue d'un infarctus et inciter à un appel immédiat en vue d'un secours médicalisé.

---

Par l'amélioration, avec la connaissance des numéros d'appel d'urgence médicalisée, de la rapidité des secours médicalisés, des transports spécialisés et de l'accueil dans les unités de soins intensifs, afin de réaliser la prise en charge précoce dans les délais les plus brefs, c'est-à-dire permettant un traitement thrombolytique lorsque celui-ci est indiqué.

Par l'optimisation de l'organisation des soins aux coronariens et adoption des modèles de stratégies thérapeutiques validés, basés sur les résultats d'études multicentriques méthodologiquement correctes.

Par l'évaluation périodique des stratégies proposées sur les plans de la pharmacologie, de la cardiologie interventionnelle, de la chirurgie, de la réadaptation fonctionnelle et de la diététique.

### *Améliorer la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux*

Par une optimisation de la prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux survenant à l'âge moyen de la vie, et notamment des accidents ischémiques transitoires, par les services de neurologie spécialisés disposant des techniques modernes d'imagerie et d'explorations fonctionnelles.

Par une évaluation périodique des stratégies thérapeutiques et analyse systématique de leurs résultats à l'aide d'études multicentriques.

Par une optimisation de la rééducation et de la réadaptation des accidents vasculaires. cérébraux.

### **Les recherches à promouvoir**

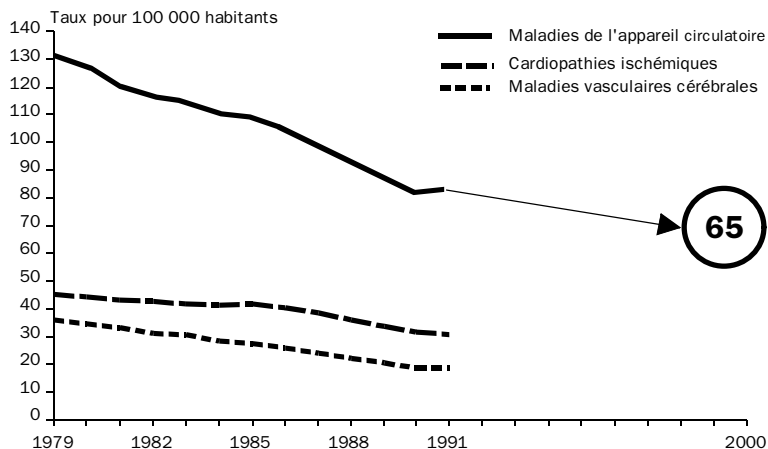
Recherches épidémiologiques, en particulier à visée de prévention. La mort subite, par exemple, mérite d'être étudiée pour en connaître la fréquence et les possibilités de prévention.

Encouragement à l'évaluation des soins spécialisés en termes de résultats incluant la qualité de la vie.

Adoption de normes de qualité et de sécurité pour les soins spécialisés.



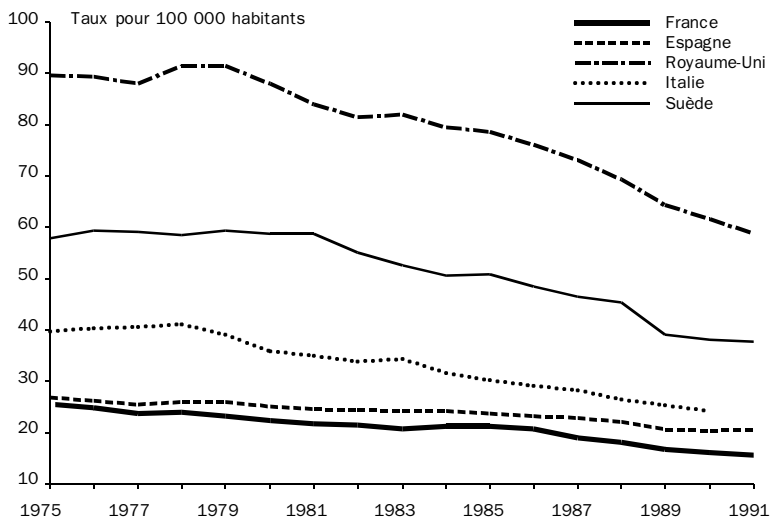
**Indicateurs Mortalité par maladies cardio-vasculaires avant 75 ans**  
(taux de mortalité standardisés par âge)



Source : Inserm SC8.

**Mortalité par cardiopathies ischémiques - 0 à 64 ans**  
(taux de mortalité standardisés par âge)

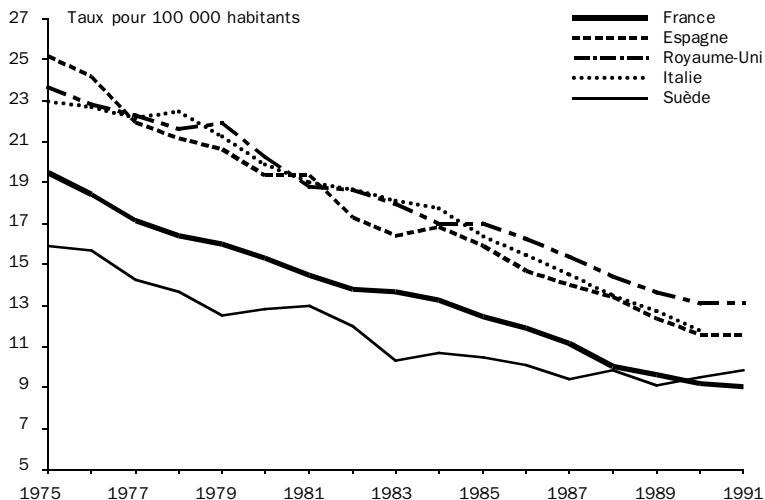
EU



Source : OMS-HFA. Code OMS : 090 201.



## Mortalité par maladies vasculaires cérébrales - 0 à 64 ans (taux de mortalité standardisés par âge)



Source : OMS-HFA. Code OMS : 090 301.

## Hospitalisation en court séjour pour cardiopathies ischémiques (taux d'hospitalisation pour 1 000 habitants)

	Tous âges	55-59 ans	60-64 ans	65-74 ans	> à 75 ans
1) Infarctus du myocarde					
hommes	1,8	4,8	4,9	5,6	9,6
femmes	0,9	0,8	1,3	3,4	6,1
Deux sexes	1,3	2,7	3,0	4,4	7,3
2) Autres myocardiopathies ischémiques					
hommes	3,7	12,2	12,3	14,8	10,5
femmes	1,7	2,6	2,9	6,5	9,5
Deux sexes	2,6	7,3	7,3	10,1	9,8

Source : SESI- enquête de morbidité hospitalière (1985-1987).

**Lecture** : en 1986, pour 1 000 hommes âgés de 60 à 64 ans, il y a eu 4,9 séjours hospitaliers en court-séjour pour infarctus du myocarde.

**Commentaire** : l'enquête de morbidité hospitalière a été réalisée sur un échantillon représentatif des séjours dans les établissements publics et privés de court séjour entre 1985 et 1987. Elle permet de calculer des taux d'hospitalisation au sein de la population. Dans la mesure où la très grande majorité des infarctus sont hospitalisés, cela donne une idée de l'incidence de la pathologie à la date de l'enquête.

## La santé mentale

### *Dépression et suicide*

**Objectif** Diminuer la gravité et la durée des dépressions et, d'ici l'an 2000, réduire de 10 % le taux de suicides.

**L'importance du problème** Une personne sur vingt souffre en France de troubles dépressifs. Ce phénomène est particulièrement fréquent chez les personnes en situation de précarité (la fréquence de la dépression sévère est plus élevée parmi les bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion que dans la population générale). Les femmes se déclarent plus souvent dépressives que les hommes. Environ 15 % des personnes déprimées tentent de mettre fin à leurs jours par suicide ; réciproquement 50 % des suicidaires souffrent d'une dépression. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes ; les décès par suicide, en revanche, surviennent plus souvent chez les hommes. Le taux de suicide augmente avec l'âge ; cependant c'est parmi les adultes jeunes que ce taux s'est accru le plus au cours des dernières années. En 1991, 11 500 décès par suicide ont été enregistrés en France (soit 2 % des décès). Le taux de décès par suicide a augmenté régulièrement en France depuis les années 50 : il était de 16 pour 100 000 habitants en 1976 ; dix ans plus tard, en 1986, il atteignait 23 pour 100 000 habitants. Depuis lors il s'est stabilisé (20 pour 100 000 en 1991).

**Les facteurs qui l'influencent** Une étude récente, réalisé par l'Inserm, montre que différents facteurs sont souvent associés aux tentatives de suicide chez les jeunes. Les jeunes qui ont fait des tentatives de suicide se déclarent plus souvent en mauvaise santé que la moyenne. La fréquence des maladies graves est plus élevée dans ce groupe ; ils sont plus souvent hospitalisés. La proportion de buveurs réguliers, de fumeurs et d'usagers de drogue est plus élevée parmi ces jeunes, les relations familiales sont plus souvent perturbées et les troubles des conduites alimentaires plus fréquents.

A l'âge moyen, on retrouve assez fréquemment l'existence d'un trouble psychiatrique ou d'une maladie grave, un isolement affectif, une mauvaise adaptation socio-professionnelle et des antécédents de tentatives de suicide.

---

Chez les personnes âgées, l'isolement, la perte du conjoint, et l'existence d'une maladie grave sont souvent associés aux tentatives de suicide.

Plusieurs expériences étrangères ont démontré qu'une bonne adaptation du système de soin au repérage des dépressions, et à une prise en charge de qualité était capable de réduire de manière significative le taux de suicide dans une population.

**Les mesures  
essentielle pour  
atteindre l'objectif**

Stimuler, dans le cadre des programmes promotion de la santé à l'école, les capacités des enfants à réagir en situation de crise et à adopter des attitudes favorables au développement de leur santé mentale.

Développer les possibilités de soutien aux enfants et adolescents en difficulté et à leurs familles.

Soutenir les associations d'aide et d'auto assistance aux personnes qui souffrent de carence affective ou qui ont des idées suicidaires ainsi que les lieux de rencontre pour personnes seules et les initiatives en vue de rompre l'isolement des personnes âgées.

Diffuser largement aux médecins généralistes une formation pratique à l'identification des dépressions et à la reconnaissance de celles qui nécessitent impérativement une intervention spécialisée.

Promouvoir la prise en charge coordonnée des dépressions entre médecin généraliste et spécialiste.

Poursuivre l'implantation d'équipes psychiatriques spécialisées dans les services d'urgences hospitalières en vue de prévenir les récives.

Augmenter la disponibilité des équipes de secteur psychiatrique en adaptant les horaires d'ouverture des structures de soins ambulatoires et en favorisant les possibilités d'accès en urgence.

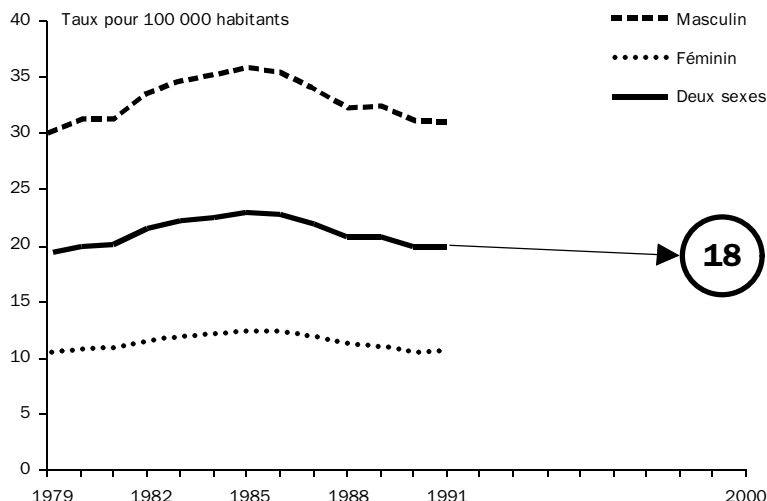
**Les recherches  
à promouvoir**

Améliorer la définition des critères diagnostiques de dépression par des études comparatives en médecine générale et en médecine spécialisée.

Evaluer les stratégies thérapeutiques.

Développer les études épidémiologiques en population générale.

**Indicateurs Mortalité par suicide**  
(taux de mortalité standardisés par âge)



Source : Inserm SC8.

**Commentaire :** le taux de mortalité par suicide est certainement sous-estimé : la cause précise de décès de morts violentes « suspectes » faisant l'objet d'une investigation approfondie dans les instituts médicaux-légaux n'étant pas toujours transmise à l'Inserm. Cette sous-estimation peut être évaluée à 20 % pour l'ensemble de la France.

**Hospitalisation en court séjour pour tentatives de suicide**  
(taux d'hospitalisation pour 1000 habitants)

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

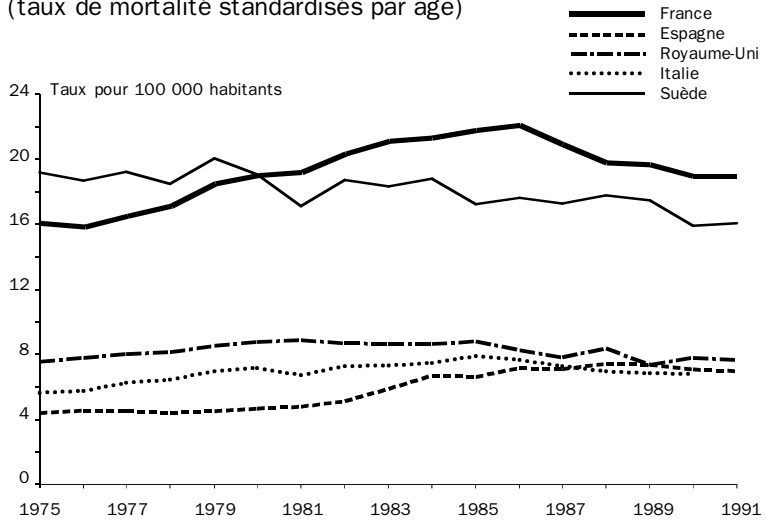
Source : Sesi-enquête de morbidité hospitalière (1985-1987).

**Lecture :** en 1987, pour 1 000 femmes âgées de 15 à 24 ans, il y a eu 5,6 séjours hospitaliers en court-séjour pour tentatives de suicides.

**Commentaire :** l'enquête de morbidité hospitalière (enquête réalisée sur un échantillon représentatif des séjours dans les établissements publics et privés de court séjour) n'enquête pas les hôpitaux psychiatriques. Cependant la grande majorité des tentatives de suicide est hospitalisées dans ce type d'établissement et pas en hôpital psychiatrique.

### Mortalité par suicide (tous âges)

(taux de mortalité standardisés par âge)



Source : OMS-HFA. Code OMS : 120 101.

**Commentaire :** la déclaration des suicides est sûrement différente d'un pays à l'autre, essentiellement pour des raisons d'ordre culturel. Les comparaisons entre pays doivent donc rester prudentes. Par contre il est légitime de comparer les tendances de la mortalité entre pays, en faisant l'hypothèse que le niveau de déclaration reste constant sur une période de 15 ans.

## *Maladies mentales chroniques*

**Objectif** **Améliorer la qualité de vie et l'insertion sociale des personnes atteintes d'affections psychiatriques de longue durée.**

**L'importance du problème** Si certains psychotiques chroniques connaissent, grâce au traitement, une qualité de vie et un degré d'insertion qui diffèrent peu de la moyenne, ce n'est pas le cas pour tous.

Le nombre de personnes qui souffrent de psychose chronique invalidante serait de l'ordre de 5 %o habitants.

L'insertion professionnelle et l'autonomie financière des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques sont nettement moins bonnes que la moyenne. Leur espérance de vie est plus faible, notamment en raison d'une fréquence de suicides plus élevée.

**Les facteurs qui l'influencent** L'évolution du monde du travail, notamment le souci de productivité, ne facilite pas l'insertion professionnelle des personnes qui souffrent de troubles mentaux. Réciproquement, le chômage et l'absence de sécurité d'emploi sont susceptibles de révéler ou d'aggraver des troubles préexistants.

La sectorisation psychiatrique a permis de progresser vers une meilleure insertion des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques. On observe depuis les années quatre-vingt une diminution régulière du nombre de personnes en hospitalisation de longue durée pour affection mentale.

**Les mesures essentielles** Poursuivre la politique de sectorisation et en particulier le maintien et le développement de lieux d'accueil et de soins de proximité (services de psychiatrie en hôpital général, structures de soins ambulatoires et à temps partiel en ville).

Améliorer la qualité de vie des personnes vivant en institution, notamment par des mesures d'humanisation là où elles demeurent encore insuffisantes.

Développer les soins de réadaptation permettant de réduire les handicaps et la dépendance en réapprenant les actes de la vie quotidienne.

Améliorer la transition entre la prise en charge en milieu psychiatrique et l'insertion en milieu de vie ordinaire en favorisant les projets innovants sur le versant social.

Promouvoir les actions communautaires dans les milieux de vie (école, entreprise, quartier) en vue d'accroître l'acceptabilité

---

des personnes handicapées en raison de troubles mentaux, en soutenant les initiatives des associations dans ce sens.

Améliorer, par des actions d'information spécifiques, l'image de la psychiatrie dans la population.

Accroître les possibilités de logement et d'aide à la vie quotidienne afin de favoriser le maintien à domicile des personnes atteintes d'affections psychiatriques de longue durée (ex : pensions de famille adaptées, placement familial).

**Les recherches à promouvoir** Développer les recherches sur les soins de réadaptation en vue de préciser leur nature et leurs indications et de procéder à une évaluation de l'existant.

Mettre au point les indicateurs susceptibles de permettre une évaluation des résultats des actions mises en œuvre.

---

**Indicateur Insertion professionnelle des malades schizophrènes, 20-64 ans (en %)**

	Milieu ordinaire	Milieu protégé
Hommes	10,0	4,0
Femmes	9,0	3,0
Total	9,4	3,9

Source : DGS - enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, mars 1993

**Lecture :** 3 % des femmes atteintes de schizophrénie et suivies par le secteur psychiatrique sont employées en milieu protégé (CAT, ateliers protégés).

**Commentaire :** à noter qu'en population générale, 76 % des hommes et 56 % des femmes, âgés de 20 à 64 ans ont un emploi.

Les données sont issues d'une enquête réalisée auprès de la clientèle des secteurs de psychiatrie générale. Certains schizophrènes peuvent être soignés en libéral, mais il est vraisemblable que la grande majorité d'entre eux sont suivis par le secteur psychiatrique.



## Les handicaps et la dépendance

*(personnes à capacités réduites)*

**Objectif** Améliorer la qualité de vie et l'insertion sociale des personnes qui ne peuvent effectuer sans aide les activités de la vie courante (soins personnels, tâches domestiques), que l'origine soit une déficience physique ou psychique.

**L'importance du problème** Le nombre de personnes dites handicapées ou déclarant avoir des gênes dans la vie quotidienne varie selon les sources, de un à cinq millions. La majorité est âgée de 60 ans et plus (plus de 55 %). Les données sur les déficiences responsables d'incapacité sont peu développées.

Le groupe du grand âge (âgées de 85 ans et plus) représente plus de 1 million de personnes ; 20 à 25 % sont confinés au domicile et 20 % vivent en institution. Les déficiences locomotrices sont les plus fréquentes suivies des déficiences sensorielles ; 20 % de ces personnes sont atteints de démence.

Les bénéficiaires d'allocations, services ou institutions, sont connus mais pas leurs problèmes de santé (environ 1 500 000 bénéficiaires de prestations en espèces, 240 000 bénéficiaires d'établissements et services médico-sociaux pour « handicapés », 500 000 bénéficiaires d'aides ménagères, 370 000 personnes en institutions pour personnes âgées et hospitalisation de longue durée).

**Les facteurs qui l'influencent** Selon les concepts développés par l'OMS (Wood, 1980) pour mesurer les conséquences des maladies, les incapacités sont les conséquences des déficiences elles-mêmes liées aux maladies et troubles pathologiques et à l'avance en âge. Les incapacités sont à l'origine de désavantages lorsque l'environnement n'offre pas de ressources suffisantes pour les compenser. Les désavantages sont fonction de l'âge et du sexe, de la catégorie sociale et du capital culturel individuel mais aussi de l'environnement individuel : logement, revenus, réseau et support social. Cet ensemble de ressources est fonction de l'histoire de vie.

La représentation collective de la vieillesse et du handicap peut contribuer à maximiser, ou au contraire à diminuer, voire à supprimer le désavantage social. L'environnement collectif (habitat, transports), les emplois, l'organisation scolaire, l'accès aux services spécifiques contribuent également aux désavantages ou à leur correction. Le dispositif législatif (lois de 1975 et 1987) avait pour but d'assurer l'intégration sociale des handicapés.

---

La mise en place du dispositif institutionnel n'a permis d'atteindre cet objectif que de façon partielle. Moins de 10 % des enfants handicapés sont scolarisés en milieu ordinaire, la durée moyenne de chômage des travailleurs handicapés est le double de celle des non handicapés. La fragmentation au niveau des responsabilités de l'organisation, du financement et de l'attribution des services, la faiblesse quantitative de certains services, l'insuffisance de formation des professionnels, le fonctionnement par trop normatif, centré plus sur la déficience que sur l'évaluation du désavantage éventuel, en sont responsables.

**Les mesures essentielles** Atteindre le but proposé ne doit pas se faire aux dépens de la liberté des personnes handicapées et de grand âge, de choisir leur mode de vie.

Plusieurs types de programmes peuvent être proposés ; chacun de ces programmes doit correspondre des mesures concrètes. L'ensemble des programmes doit s'efforcer de renverser la séquence déficience, incapacité, désavantage, d'agir le plus en amont possible et devrait pouvoir être développé, notamment, dans l'ensemble des structures de soins.

### *Atténuer et compenser les incapacités*

Atténuer voire supprimer des incapacités par la suppression de certaines déficiences qui en sont responsables ; par exemple les prothèses de hanche en supprimant la coxarthrose restaurent les capacités motrices.

Mobiliser, chez les personnes ayant des capacités réduites, les capacités restantes est possible par des programmes de réadaptation et de soutien social et affectif. De tels programmes peuvent éviter le recours à des tiers professionnels qui exécutent certaines activités à la place de la personne à capacité réduite aggravant ainsi la dépendance.

Fournir aux personnes les aides techniques les plus appropriées. Ceci nécessite d'effectuer des bilans des incapacités fonctionnelles, de l'environnement physique personnel par prestations d'ergothérapeutes actuellement très rares et non financées socialement. Le développement de centres assurant de telles prestations et délivrant de telles aides, la levée des obstacles financiers sont nécessaires. Ces aides peuvent elles aussi diminuer le recours à des tiers.

### *Adapter les services*

Développer de véritables programmes alternatifs en assurant à domicile des moyens suffisants en personnels de soins et aides et en offrant des institutions attractives par leur cadre de vie et

leurs soins, afin de permettre le choix aux personnes handicapées ou dépendantes.

Développer des actions de partenariat entre institutions, professionnels à domicile, bénévoles, familles et handicapés pour augmenter l'efficacité et l'efficacité des dispositifs institutionnels de terrain.

Développer des programmes visant à améliorer la qualité de vie et la qualité des soins en institution.

Former l'ensemble des professionnels sanitaires et sociaux à l'approche multidimensionnelle du handicap, à la connaissance des dispositifs institutionnels et à la connaissance du rôle des aidants informels. Ces thèmes sont à introduire dans les divers programmes de formation.

### *Améliorer l'insertion*

Modifier les représentations collectives des personnes âgées et des personnes handicapées. Des campagnes montrant l'importance de l'insertion des jeunes handicapés dans une école peuvent, par exemple, y contribuer.

Veiller à une meilleure application des lois en ce qui concerne l'insertion sociale des personnes dites handicapées en améliorant l'accès à l'éducation des personnes à capacités réduites et en améliorant l'intégration en milieu professionnel.

### *Accroître l'accessibilité*

Développer l'accessibilité des logements, des transports collectifs, de la voirie (expériences municipales) peut éviter à des personnes ayant des incapacités de subir des désavantages pour les déplacements et les activités domestiques.

## **Les recherches à promouvoir**

### *Réaménager le système d'information*

En cernant mieux la population dite handicapée grâce à une enquête nationale périodique sur un échantillon représentatif en s'efforçant d'identifier les incapacités, la nature et le type des principales déficiences, les facteurs liés aux ressources individuelles et collectives qui contribuent aux désavantages.

En analysant les données des enquêtes nationales ou locales et représentatives, sur les conditions de vie et l'état de santé des personnes du grand âge.

En introduisant des données sur l'état de santé et les différents éléments du handicap chez les bénéficiaires d'allocations, services et institutions d'hébergements, de soins, d'éducation et de réinsertion professionnelle.

En mettant au point, sur cette base, la batterie d'indicateurs qui permettra d'assurer le suivi des programmes mis en œuvre.

### *En épidémiologie*

Assurer le suivi d'une ou plusieurs cohortes de personnes ayant des capacités réduites afin de déclencher des actions préventives sur leur environnement et vérifier si elles évitent l'apparition de désavantage.

### *En sciences humaines et sociales*

Développer les connaissances sur la vieillesse et les handicapés : représentations, processus identitaire, prises de décision de recours et d'attribution de prestations en particulier sur le rôle joué par la personne âgée ou handicapée.

### *En recherche clinique*

Proposer des essais de dépistage des déficiences physiques et psychiques et de prévention de leurs conséquences fonctionnelles et sociales (entrée en institution par exemple).

## Indicateurs **Emploi des travailleurs handicapés**

	1988	1989	1990	1991	1992
Obligation d'emploi	3 %	4 %	5 %	6 %	6 %
Seuil d'assujettissement	34 salariés	25 salariés	20 salariés	20 salariés	20 salariés
Nombre d'établissements assujettis (1)	52 600	74 100	87 800	88 000	89 000
Effectif salarié (2)	7 356 000	7 987 000	8 518 000	8 539 600	8 411 000
Nombre de handicapés déclarés (3)	223 800	235 900	256 300	258 000	254 700
dont :					
accidentés du travail	131 000	134 000	140 300	136 000	129 900
reconnus par les Cotorep	65 000	70 500	82 100	84 900	89 400
Nombre moyen de handicapés par établissement (3)/(1)	4,3	3,2	2,9	2,9	2,86
Taux d'emploi de handicapés (3)/(2)	3 %	3 %	3 %	3 %	3,03 %

Source : Dares-ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle.

**Commentaire :** L'obligation d'emploi de travailleurs handicapés et le seuil d'assujettissement se sont modifiés ces dernières années. L'obligation d'emploi est passée de 3 % en 1988 à 6 % en 1992, le seuil d'assujettissement passant aux mêmes dates de 34 à 20 salariés. A noter que le taux d'emploi des handicapés rapporté dans la dernière ligne du tableau ne correspond pas exactement à la définition de l'obligation légale du taux d'emploi ; pour le calcul de l'obligation légale, on prend en compte notamment la qualification des emplois, l'importance des handicaps et la durée du travail. C'est ainsi qu'en 1992, le taux d'emploi selon ces critères était de 4 %.

### Orientation professionnelle des handicapés en 1991

Orientation	1991
Ateliers protégés	5 524
CAT	22 885
Milieu ordinaire	32 112
Formation	13 274
Total	73 795

Source : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle.

**Commentaire :** la Cotorep décide de trois grands types d'orientation professionnelle, pour les travailleurs handicapés :

- la recherche d'emploi en milieu ordinaire ;
- la formation ;
- le placement en établissement protégé, de type atelier protégé si la capacité de travail est évaluée au moins au tiers de celle d'un travailleur ordinaire, de type CAT si elle est inférieure mais « potentielle ».

### Perception de la santé selon le niveau de mobilité des personnes (en %)

Niveau de mobilité	Perception de la santé						Total
	Très bon	Bon	Moyen	Médiocre	Mauvais	Ne sait pas	
Ne se lève pas ou peu	0,0	20,1	23,7	33,9	22,1	0,0	100
Peut sortir avec une personne	2,1	18,7	36,6	20,1	22,3	0,0	100
Peut sortir avec un appareil	2,0	26,6	45,0	16,1	10,1	0,0	100
Pas besoin d'aide, gêne	2,5	35,3	36,3	17,6	6,9	1,1	100
Aucune gêne	12,0	44,0	35,3	6,6	1,7	0,2	100

Source : Sesi-Enquête Santé 1992.

**Lecture :** 33,9 % des personnes ne se levant pas ou peu, considèrent que leur état de santé est médiocre, compte tenu de leur âge.

**Commentaire :** Les données sont issues de l'enquête décennale de santé réalisée auprès d'un échantillon représentatif de ménages (7000 ménages, 21 000 individus). Une question précise concernant la perception de la santé de la personne compte tenu de son âge a été posée à une personne par ménages (7600 individus). Il est possible de croiser cette perception avec l'appréciation du handicap le plus « objectivable » pour les personnes interrogées : le niveau de mobilité.

A noter que les personnes en institution ne sont pas dans le champ de l'enquête. Il est très possible qu'à niveau de mobilité identique, la perception de la santé soit différente selon que l'on se trouve à domicile ou en institution.

## Niveau de difficultés permanentes des personnes âgées à leur domicile (en %)

Niveau de difficultés	Hommes (75 ans et plus)		Femmes (75 ans et plus)	
	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

Source : Sesi - Enquête Santé 1992.

**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. A 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 %.

## Niveau de difficultés permanentes chez les personnes âgées en institutions (en %)

Niveau de mobilité	65 - 74 ans		75 ans et plus		Ensemble	
	H	F	H	F	H	F
Ne se lève pas	9,5	14,5	17,9	24,0	15,7	23,1
Ne sort pas sans aide	36,2	43,9	43,9	52,6	41,8	51,7
Autres	54,3	41,6	38,2	23,4	42,5	25,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Sesi - enquête auprès des établissements d'hébergement pour les personnes âgées - 1990.

**Lecture** : en 1992 52,6 % des femmes de 75 ans et plus hébergées en institutions 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.

### Appréciation de l'état de santé par rapport aux gens du même âge (en %)

	moins de 60 ans	60 ans et plus	dont 70 ans et plus
Très satisfaisant	26	15	17
Satisfaisant	61	62	54
Peu satisfaisant	8	18	21
Pas satisfaisant du tout	4	6	8

Source : Credoc-HCSP, 1992.

**Lecture** : 18 % des personnes de plus de 60 ans trouvent leur état de santé peu satisfaisant par rapport aux personnes du même âge, 21 % des plus de 70 ans sont dans le même cas.

**Commentaire** : les données sont issues d'enquête réalisée à la demande du HCSP par le Credoc au moyen d'un questionnaire téléphonique sur un échantillon représentatif de 2 030 personnes ; il était demandé aux personnes interrogées : « Par rapport aux personnes de votre âge, estimez-vous que votre état de santé est très satisfaisant, satisfaisant, peu satisfaisant ou pas satisfaisant du tout ».

### Répartition dans la population des déficiences déclarées (en %)

Type de déficience principale	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

Source : Sesi - Enquête Santé 1992.

**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 des personnes âgées ou des personnes handicapées accueillies à plein temps dans établissements de soins ou médico-sociaux). Il s'agit de **déficiences déclarées** donc perçue par la personne répondant aux questions de l'enquêteur (souvent la mère de famille).

## Confort du logement des personnes âgées (en %)

	Ensemble de la population	dont 60 - 74 ans	dont 75 ans et +
Logements sans confort			
<i>ni baignoire, ni douche, sans W.C. intérieur</i>	3,8	5,0	9,5
<i>ni baignoire, ni douche, avec W.C. intérieur</i>	2,7	3,4	9,9
<i>baignoire ou douche, sans W.C. intérieur</i>	2,7	2,8	2,7
Total logements sans confort	9,2	11,2	22,1
baignoire ou douche, W.C. intérieur, sans chauffage central	15,2	17,8	15,7
Tout le confort			
baignoire ou douche, W.C. intérieur, avec chauffage central	75,7	71,0	62,2

Source : Insee, recensement 1990.

**Commentaire :** le recensement de la population réalisé tous les sept ou huit ans renseigne de façon fiable sur le confort du logement des résidents en France. Il s'agit ici des données concernant les ménages ordinaires (hors maisons de retraite).



## La toxicomanie

**Objectif Réduire la consommation d'héroïne sans augmentation de la consommation de cocaïne ou de ses dérivés ; réduire l'apparition de problèmes de santé chez les toxicomanes, en particulier les nouvelles contaminations par les virus du Sida et des hépatites ; favoriser leur insertion sociale.**

**L'importance du problème** Le nombre de toxicomanes (usagers de drogue dépendants) est évalué en 1993 à environ 200 000, dont 80 % seraient utilisateurs de la voie veineuse. 20 % des toxicomanes seraient infectés par le VIH et 70 % par le virus de l'hépatite C. 31 % des nouveaux cas de Sida (diagnostiqués au premier trimestre 1993) sont supposés avoir été contaminés du fait de leur toxicomanie.

Les enregistrements de décès par surdoses ont augmenté de 66 % entre 1985 (172) et 1992 (499). A ces décès, il convient d'adjoindre les personnes mortes par empoisonnement lié à des produits de coupage toxiques. En outre, les taux de suicides et de morts violentes (accident, violence, ...) dans ce sous-groupe sont plus importants que dans la population générale du même âge.

Cette population connaît un niveau de désinsertion important : 68 % des toxicomanes fréquentant le dispositif sanitaire et social sont sans emploi. En outre, les toxicomanes sont légèrement moins qualifiés par rapport à une population d'âge comparable : 35 % des toxicomanes de 25 à 34 ans ont un niveau inférieur ou égal au BEPC et cette proportion atteint 44 % chez ceux qui fréquentent le dispositif de prise en charge. Cette désinsertion se manifeste également par un important recours aux conduites délictueuses. Ainsi, les toxicomanes représentent-ils 15 % de la population pénale.

**Les facteurs qui l'influencent** De multiples facteurs de vulnérabilité sont décelables : des dysfonctionnements familiaux fréquents, une désinsertion scolaire et professionnelle précoce marquée par des échecs scolaires et une délinquance juvénile (25 % des toxicomanes incarcérés avaient des problèmes avec la justice avant leur toxicomanie). La présence de troubles psychologiques précoces est également fréquente (dépression adolescente avec de fréquentes tentatives de suicide).

L'offre de produits illicites est évidemment un facteur qui influe sur l'importance du problème. En revanche, l'hypothèse de l'escalade induisant un passage entre le cannabis et l'héroïne ne

---

peut être démontrée avec rigueur. Si 41 % des toxicomanes qui fréquentent actuellement le dispositif de prise en charge ont consommé en premier lieu du cannabis seul, on sait que cinq millions de Français ont consommé ou consomment du cannabis, sans autre consommation de produit illégal. Par ailleurs, 20 % ont directement commencé par l'héroïne et 14 % par de l'alcool, des médicaments ou des solvants.

**Les mesures  
essentiels pour  
atteindre l'objectif**

Promouvoir la prévention et la prise en charge des personnalités fragiles et à risque au moment de la préadolescence.

Réduire le recours à l'injection en développant la politique de substitution et en améliorant la prise en charge et les conditions de sevrage.

Réduire le délai entre la première injection et le premier recours aux soins en impliquant les éducateurs de rue dans l'orientation des usagers de drogue vers les professionnels de santé, en développant les lieux de contact avec les toxicomanes (types « boutique » : lieu ouvert, chaleureux où sont prévus une petite restauration, de petits soins infirmiers, la possibilité de se doucher, de laver son linge voire la disposition de quelque places d'hébergement en urgence) et en améliorant les conditions d'accueil dans les lieux de soins.

Promouvoir l'éducation à la santé des toxicomanes, en utilisant les lieux de contact, en développant les programmes d'échanges de seringues, en favorisant l'émergence de groupes d'auto-soutien, en développant les actions de soutien aux prostituées, et en diffusant des brochures spécialement élaborées pour ce type de public.

Améliorer l'intégration socio-économique des toxicomanes par la poursuite et l'accentuation des politiques de la ville, de l'emploi des jeunes et du logement social et plus spécifiquement par l'accroissement des centres de postcure et des appartements thérapeutiques.

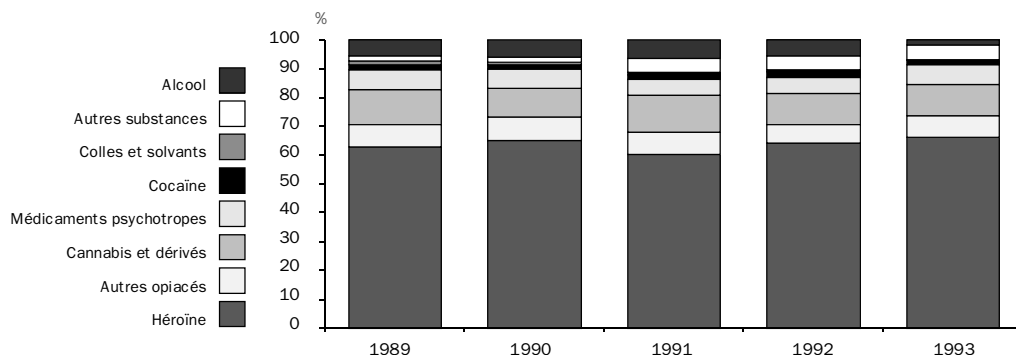
Améliorer la santé mentale de cette population en accroissant la capacité des centres spécialisés de soins aux toxicomanes à prendre en compte ce type de problèmes et en impliquant les secteurs de psychiatrie dans la prise en charge.

**Les recherches  
à promouvoir**

Etude sur la morbidité des toxicomanes.

Mise au point d'un indicateur d'évolution du nombre d'usagers de drogue intraveineuse parmi la clientèle des services d'accueil des urgences.

### Indicateurs **Produit principal consommé par les toxicomanes vus en centres spécialisés**

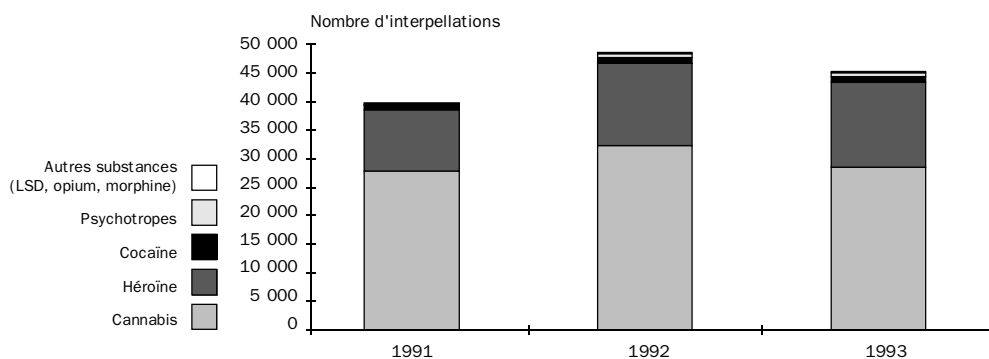


Source : Sesi.

**Lecture :** en 1991, 60 % des toxicomanes, hébergés en centres spécialisés consommaient de l'héroïne comme produit principal.

**Commentaire :** l'approche retenue pour les phénomènes de consommations illicites, par définition impossibles à mesurer avec exactitude, consiste à comparer les consommations d'une population relativement stable : celle qui fréquente les structures spécialisées dans la lutte contre la toxicomanie. En effet, l'enquête s'intéresse à la clientèle toxicomanes fréquentant les établissements de soins un mois donné ce qui n'est bien sûr pas représentatif de la population générale des toxicomanes.

### Produits incriminés lors d'interpellations pour usage de drogues



Source : ministère de l'Intérieur.

**Commentaire :** il ne s'agit pas de l'évolution des produits consommés par les toxicomanes ; il s'agit seulement de mesurer les évolutions constatées par la police dans la consommation des personnes interpellées pour usage et usage-revente de stupéfiants (une même personne pouvant faire l'objet de plusieurs interpellations dans l'année). Les évolutions constatées témoignent certes des changements dans les produits consommés, mais elles sont également dépendantes des activités policières : intensité et sélectivité des contrôles... C'est une manière d'approcher des phénomènes de consommations illicites, par définition impossibles à mesurer avec exactitude.

---

### Mise en place des "programmes Méthadone"

Années	de 1973 à 1989	de 1989 à 1993	1994
Nombre de places disponibles	40	52	1645

Source : DGS.

**Commentaire :** il s'agit du nombre de places disponibles et non du nombre de personnes bénéficiant du programme, cet indicateur indirect témoigne de la disponibilité de moyens mis en œuvre dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie.

## La périnatalité

**Objectif** **D'ici l'an 2000, réduire de 20 % la mortalité ; réduire la proportion d'enfants nés vivants avec un poids inférieur à 2 500 grammes ; diminuer de 30 % la mortalité maternelle.**

**L'importance du problème** Grâce, en partie, à l'action volontariste du programme périnatal initié dans les années 1970, les décès qui surviennent dans la période qui précède et dans la semaine qui suit la naissance et les handicaps qui trouvent leur origine dans cette même période périnatale ont considérablement diminué en France. Depuis 1985 les résultats ont tendance à stagner bien que notre pays soit plutôt bien placé par le faible nombre de naissances d'enfants prématurés. Depuis 1981 la proportion d'enfants de petit poids à la naissance ne s'est pas améliorée (6 % des naissances).

En 1991, avec un taux de mortalité périnatale de 8,2 pour 1 000 naissances, la France se trouve au 13<sup>e</sup> rang des pays de l'OCDE. Quant à la mortalité maternelle, elle est de 14 pour 100 000 naissances (11 en Grande-Bretagne). Ce taux est excessif : au moins un tiers de ces décès maternels pourraient être évités.

**Les facteurs qui l'influencent** Ils sont multiples et intriqués. Les pathologies de la grossesse : hypertension artérielle, anomalies du placenta, infections et hémorragies en sont les causes directes. L'âge de la mère, le nombre de grossesses antérieures, la grossesse multiple, les antécédents d'avortement et de prématurité ainsi que le tabagisme durant la grossesse accroissent le risque de naissance d'enfants de petit poids. Les femmes isolées, étrangères, en situation sociale ou familiale défavorable, souffrant de problèmes psychologiques ou ayant simplement des difficultés d'accès à un suivi correct de leur grossesse encourent, au moment de la naissance, des risques accrus. Une surveillance de la grossesse insuffisante ou de mauvaise qualité, un défaut de personnel qualifié au moment de l'accouchement, un retard au diagnostic ou une prise en charge mal adaptée représentent autant de facteurs de pertes de chance pour la mère et son enfant.

**Les mesures essentielles pour atteindre l'objectif** Elles ont été décrites en détail dans le plan gouvernemental adopté récemment à la suite du rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la périnatalité.

Accroître le suivi de la grossesse pour les femmes actuellement peu ou pas suivies (moins de trois consultations). Une attention particulière doit être portée au repérage, à l'accompagnement,

---

à l'accès aux droits sociaux et aux soins de ces personnes vulnérables, en particulier dans le cadre de la politique de la ville. Améliorer la qualité de la surveillance de la grossesse, en élaborant et en diffusant largement un « guide de bonnes pratiques cliniques de surveillance de la grossesse », en incitant au décloisonnement et au travail en réseaux de professionnels et de services médico-sociaux tels que la Protection Maternelle et Infantile, en améliorant la diffusion et le bon usage du carnet de maternité, en formant les médecins au dépistage et au traitement précoce des pathologies de la grossesse.

Promouvoir le transfert de la mère avant l'accouchement vers un centre qui dispose d'un service de néonatalogie dès lors qu'une difficulté majeure pour l'enfant à naître est suspectée.

Garantir progressivement une meilleure sécurité à la naissance en faisant en sorte que dès 1995, un gynécologue obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre soient présents en permanence dans toutes les maternités qui pratiquent plus de 1 500 accouchements par an et que ces mesures soient étendues à l'ensemble des maternités d'ici l'an 2000.

Améliorer la qualité des soins dispensés aux nouveau-nés qui présentent des difficultés à la naissance en renforçant, à l'intérieur même des maternités, la formation des sages-femmes aux premiers gestes de réanimation.

Améliorer la qualité de la prise en charge pédiatrique en maternité afin d'éviter les transferts inutiles.

Limiter la séparation mère-enfant afin de prévenir les troubles affectifs ultérieurs en incitant à aménager des chambres mère/enfant dans tous les lieux d'hospitalisation pour nouveau-né, en reconnaissant au nouveau-né la qualité d'ayant droit de son père ou de sa mère afin de permettre le remboursement des soins qui peuvent leur être fait en maternité privée.

Développer des politiques régionales afin de mettre en œuvre l'ensemble de ces mesures de façon cohérente et de tirer le meilleur parti des ressources engagées.

### **Les recherches à promouvoir**

Mieux connaître l'effectif et les caractéristiques des femmes enceintes peu ou pas suivies afin de mettre en place des actions spécifiques à leur intention.

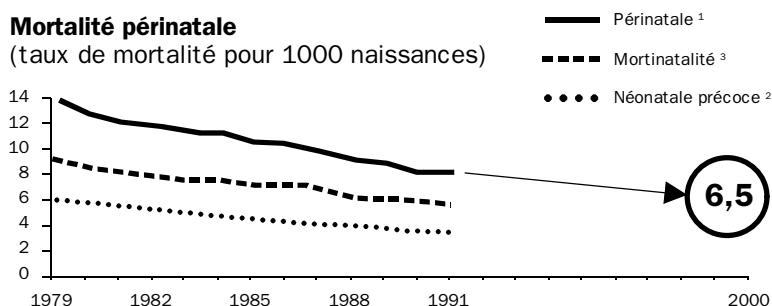
Mettre en place un système de suivi et d'évaluation des mesures prises.

Mettre en place un système d'information périnatale performant comportant notamment un audit systématique, strictement confidentiel, à la suite de chaque décès maternel, un certificat spécifique pour les décès de nouveau-nés et une enquête de morbidité périnatale qui serait réalisée à intervalles réguliers sur un échantillon de naissances.

Indicateurs

**Mortalité périnatale**

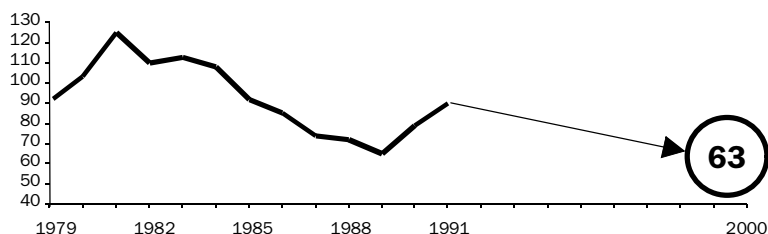
(taux de mortalité pour 1000 naissances)



1. Décès d'enfants âgés de moins de 7 jours et mort-né. pour 1000 naissances totales (nés vivants + mort-nés)?
2. Décès d'enfants âgés de moins de 28 jours pour 1000 enfants nés vivants.
3. Nombre de mort-nés pour 1 000 naissances totales.

Source : Inserm-SC8.

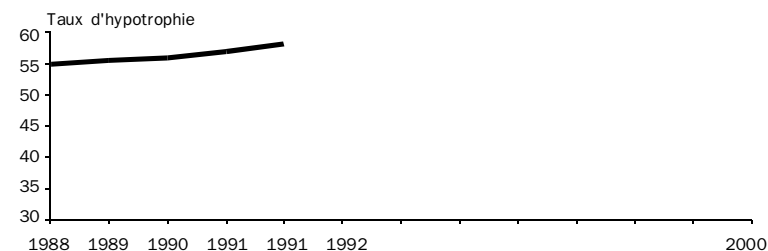
**Mortalité maternelle** (nombre de décès)



Source : Inserm-SC8.

**Commentaire :** une mort maternelle correspond à un décès survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison. Dans la certification des décès, la relation avec l'accouchement n'est pas toujours rapportée, comme l'a montré une enquête réalisée en 1989 par l'Inserm-SC8 ; on a enregistré récemment, et très vraisemblablement à la suite de cette enquête, des progrès dans la qualité de la déclaration des décès maternels ; les évolutions constatées ces dernières années sont donc « perturbées » par cette meilleure déclaration.

**Hypotrophie à la naissance** (pour 1000 naissances)



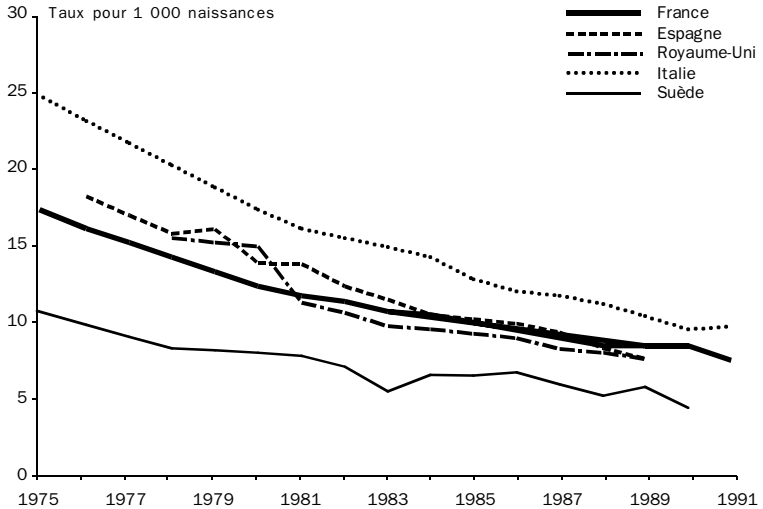
Source : Inserm-SC8.

**Commentaire :** l'hypotrophie est définie comme un poids de naissance inférieur à 2 500 g.

Les données sont obtenues à partir des exploitations des certificats du huitième jour, réalisées par les services départementaux de PMI : le recueil en est quasi exhaustif, mais avec des variations du taux de recueil pour les nouveaux-nés hospitalisés dans les services de pédiatrie.

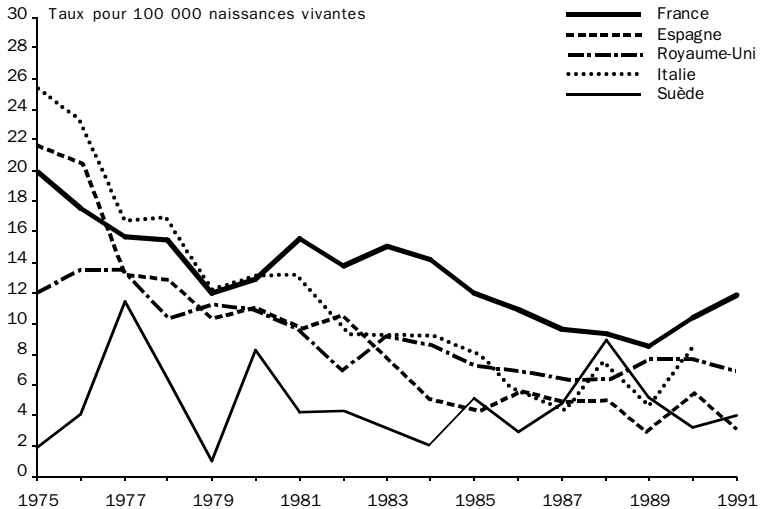
## Mortalité périnatale

EU



## Mortalité maternelle

EU



**Commentaire :** la qualité de déclaration des morts maternelles est variable selon les pays ; de plus cette qualité a vraisemblablement évolué au cours du temps au sein de chaque pays. Les comparaisons doivent donc rester prudentes.



## Les accidents des traitements médicamenteux et les infections nosocomiales

### *Les accidents des traitements médicamenteux*

**Objectif Réduire la morbidité et la mortalité dues aux accidents thérapeutiques médicamenteux.**

**L'importance du problème** L'importance et la fréquence des accidents des traitements médicamenteux (accidents iatrogènes) sont très mal connues, en l'absence de données homogènes obtenues selon une méthodologie commune. Un certain nombre d'enquêtes ponctuelles ont été menées, pour la plupart en milieu hospitalier. La morbidité iatrogénique est estimée, dans ces enquêtes, à environ 10 % des séjours en médecine mais pourrait atteindre 22 % chez les personnes âgées. Dans presque 50 % des cas, les accidents observés sont jugés évitables, la prescription étant inadaptée ou même inutile. 7 % des admissions reçues dans les services d'urgences seraient dues à un accident thérapeutique médicamenteux. Par ailleurs 2 % des notifications faites aux centres régionaux de pharmacovigilance concernent des effets indésirables mortels.

**Les facteurs qui l'influencent** *Le médicament*  
Les médicaments efficaces sont souvent des médicaments à risques, qui ont des effets indésirables de gravité plus ou moins importante, leur prescription et leur utilisation nécessite une surveillance qui est trop souvent inadéquate. A l'inverse, des médicaments dont l'efficacité est mal démontrée peuvent être prescrits de manière inadaptée dans des pathologies où le praticien aurait pu disposer de thérapeutiques efficaces. Enfin les phénomènes d'interaction entre médicaments peuvent entraîner des effets néfastes.

#### *Le prescripteur*

Sa formation initiale en pharmacologie et en thérapeutique est souvent insuffisante. Par la suite il reçoit une information inadaptée diffusée par les visiteurs médicaux, une presse et une formation médicale continue très dépendantes de l'industrie

---

pharmaceutique. Ses conditions d'exercice ne lui permettent pas toujours de consacrer au patient un temps suffisant qui éviterait parfois une prescription systématique.

### *Le malade*

Le terrain, l'âge et le comportement du malade interviennent. Le patient attend souvent une prescription médicamenteuse pour chacun de ses symptômes. Par ailleurs, l'offre illimitée de soins et le libre accès induisent un nomadisme médical, sans véritable coordination entre les différents prescripteurs.

#### **Les mesures essentielles**

Mettre en place, une surveillance des accidents thérapeutiques médicamenteux avec le concours du système de pharmacovigilance.

Améliorer la formation initiale des prescripteurs en développant l'enseignement de la pharmacologie et de la thérapeutique ainsi que l'aptitude à une réflexion critique face aux informations thérapeutiques quelqu'en soient les supports.

Promouvoir en formation continue les thèmes axés sur la pharmacologie clinique, la thérapeutique, la surveillance des traitements, l'identification des « groupes à risque » (personne âgées, femmes enceintes, ...).

Améliorer la qualité de la visite médicale, notamment grâce aux travaux de la commission de contrôle de la publicité et du bon usage du médicament et en développant la formation des visiteurs médicaux avec la participation de l'université.

Informers le public sur le bon usage du médicament, en soulignant qu'un symptôme ne requiert pas systématiquement la prise d'un médicament et qu'une consultation peut se conclure sans la délivrance d'une ordonnance.

Débuter ces actions par une rationalisation des prescriptions dans quelques domaines particulièrement sensibles, par exemple le nombre de médicaments prescrits par patient dans la population âgée, et la prescription de benzodiazépine en population générale.

Encourager l'émergence d'une information indépendante sur le médicament et sa prescription.

#### **Les recherches à promouvoir**

Mise au point d'indicateurs de fréquence des maladies iatrogènes à l'hôpital et en ville, de leurs conséquences en terme de décès, de journées d'hospitalisation, d'arrêts de travail, de coût.

## *Les infections nosocomiales*

### **Objectif Réduire la fréquence des infections nosocomiales.**

**L'importance du problème** Parmi les personnes hospitalisées à un moment donné, 7,4 % en moyenne, sont porteuses d'une infection acquise à l'occasion de leur séjour hospitalier. Les infections acquises les plus fréquentes sont les infections urinaires (52 %), puis les infections du poumon (20 %) et les infections des plaies opératoires (16 %). Les services les plus concernés sont la réanimation (28 % des patients) et la chirurgie (8 %). Au total on estime à environ 600 000 chaque année le nombre de nouveaux cas d'infections nosocomiales. Ces infections, outre un surcoût hospitalier certainement important, entraînent un nombre de décès qu'il est difficile de chiffrer.

**Les facteurs qui l'influencent** Les facteurs liés aux patients sont l'âge, la maladie qui a entraîné leur hospitalisation et l'existence d'une dépression immunitaire. Le type de service hospitalier et le type d'actes pratiqués influencent également la survenue d'infections nosocomiales. Celles-ci sont plus fréquentes dans les services qui sont amenés à pratiquer de nombreux gestes invasifs (sonde urinaire, cathéter, ventilation artificielle, intervention chirurgicale).

**Les mesures essentielles pour atteindre l'objectif** Poursuivre la mise en place, dans chaque établissement, d'une structure opérationnelle en hygiène hospitalière. Cette structure doit disposer de personnel compétent dont le rôle est d'apporter aux services une assistance technique pour identifier les problèmes, mettre en place les procédures qui permettent de les prévenir et en évaluer les résultats.

Poursuivre de la mise en place d'un programme de surveillance des infections nosocomiales dans l'ensemble des établissements hospitaliers (actuellement un établissement sur cinq).

Elaborer, diffuser et évaluer l'application de protocoles portant sur les techniques de soins, l'isolement, le lavage des mains, ...

Améliorer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les infections nosocomiales.

**Les recherches à promouvoir** Mise au point d'un système d'information sur l'incidence des infections nosocomiales, si possible sur un modèle européen.

**Indicateur Fréquence des infections nosocomiales**

Taille de l'hôpital	CHG					CHR	
	< 150	150-299	300-500	> 500	Total	> 500	Total
Nombre de lits							
Taux (%) de prévalence des infections nosocomiales	5,7	8,6	6	7	6,8	9	7,4

Source : Hôpital propre-1990.

**Commentaire :** la prévalence de l'infection nosocomiale a été déterminée parmi des patients hospitalisés dans un échantillon d'hôpitaux publics de tailles et de structures différentes. Elle correspond au recueil un jour donné d'éléments épidémiologiques ou cliniques qui permettent d'apprécier le nombre d'infections nosocomiales, mais aussi de préciser les sites d'infections et le type de germe à l'origine de l'infection.

## Les mauvais traitements à enfants

**Objectif** **Diminuer la fréquence des mauvais traitements à enfants : violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels et négligences lourdes ; prévenir leur récurrence et réduire les conséquences pour l'enfant des mauvais traitements subis.**

**L'importance du problème** « On désigne communément sous le vocable d'enfants maltraités les enfants victimes, de la part de leurs parents ou d'adultes en ayant la garde, soit de brutalités volontaires, soit d'une absence intentionnelle de soins entraînant des lésions physiques ou des troubles de l'état général.

On y inclut également les enfants victimes de comportements plus difficiles à mettre en évidence, car ne laissant pas de trace physique : brutalités mieux contrôlées, comportements sadiques, manifestations de rejet, de mépris, d'abandon affectif, exigences éducatives disproportionnées, ...

Leur retentissement sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être aussi grave que celui des sévices corporels<sup>1</sup>. ».

Environ 40 000 enfants sont chaque année signalés et pris en charge par la justice ou l'aide sociale à l'enfance. Un garçon sur dix et une fille sur huit auraient été victimes d'abus sexuels. Les mauvais traitements occasionnent au moins six cents décès par an et un nombre important, bien que difficilement chiffrable avec précision, d'incapacités physiques mais surtout des troubles considérables du développement psychoaffectif des enfants qui les subissent.

Dans l'enfance ces troubles se traduisent par des problèmes de comportement (inhibition, passivité ou au contraire agitation et instabilité, fugues, absentéisme et échec scolaire). A l'adolescence ils sont souvent associés à la consommation de drogue, à des conduites violentes sur soi-même et sur autrui et à une tendance à la dépression. Plus tard à l'âge adulte, ils peuvent entraîner, chez ceux qui les ont subi, des difficultés d'intégration sociale et des difficultés dans les relations avec leurs propres enfants.

---

1. Définition proposée par la commission Jacques Barrot en décembre 1988

---

**Les facteurs  
qui l'influencent**

***Les facteurs culturels***

« Qui aime bien châtie bien » ; bien que cette attitude ait tendance à régresser, certaines formes de violence sont encore considérées comme un mode éducatif et relationnel normal et ont tendance à se reproduire de génération en génération.

***Les facteurs familiaux et sociaux***

La violence et la négligence sont plus souvent associées aux difficultés familiales : milieu social défavorisé, promiscuité dans le logement, situation d'emploi incertaine, famille monoparentale ou éclatée. Néanmoins la plupart des familles qui se trouvent dans ces situations réussissent à fournir à leurs enfants, malgré les difficultés auxquelles elles sont confrontées, des conditions d'épanouissement appropriées. L'abus sexuel se retrouve dans tous les milieux sociaux. Plus fréquent dans les familles reconstituées, il s'observe également en milieu institutionnel, et concerne davantage les filles que les garçons.

***Les facteurs psychologiques***

La dévalorisation de soi, parce que l'on a été dévalorisé étant plus jeune, les situations de détresses psychologiques et l'incapacité à communiquer sont autant de facteurs fréquemment associés à la maltraitance des enfants.

***Les facteurs favorables***

Tout ce qui concourt à rompre l'isolement, à accroître la communication, à assurer la reconnaissance de l'individu et à lui permettre d'affirmer son identité contribue à la prévention de la maltraitance. Les médias en levant le tabou qui pesait sur ce problème ont joué un rôle tout à fait positif. Enfin l'expérience a montré que l'existence, durant plusieurs années, d'un réseau d'acteurs coordonnant leurs interventions était susceptible d'entraîner une diminution significative des problèmes de maltraitance dans une collectivité.

Plus encore que dans d'autres domaines, la prévention des mauvais traitements à enfants nécessite une action intersectorielle. C'est dans ce sens qu'a d'ailleurs été créé le Groupe Interministériel de l'Enfance Maltraitée.

**Les mesures  
essentielles**

Encourager les préparations à l'accouchement, à l'accueil et à l'intégration de l'enfant nouveau-né, par une personne formée au développement de la relation parents-enfants. Encourager les pères à participer à cette préparation.

Sensibiliser les adolescents à leur rôle de futur parent par des actions de formation en milieu scolaire.

Favoriser la parole de l'enfant lors d'une rupture de couple (avocat d'enfant, ...).

Favoriser les expériences visant à apprendre aux enfants à reconnaître les situations dangereuses et à réagir de la manière la plus adéquate possible.

Aider les enfants victimes de mauvais traitements et les enfants ou les adultes en ayant connaissance à confier leur problème en encourageant, dans chaque établissement scolaire, la sensibilisation et la formation des personnels de la communauté éducative ; en faisant respecter l'obligation d'affichage du numéro vert « 05.05.41.41 – Allô Enfance Maltraitée ».

Assurer un soutien aux adultes maltraitants ou qui se trouvent en situation de vulnérabilité en leur offrant des possibilités de communication (lieux de rencontre et de convivialité) ; en soutenant les réseaux de solidarité dans les quartiers ; en adoptant dans les lieux de demande d'emploi, de logement ou de secours une attitude qui respecte la dignité et valorise l'identité des personnes, voire leur en assurant, en liaison avec les associations, un accueil personnalisé grâce à des personnes formées à l'écoute et au dialogue.

Favoriser la mise en place d'un partenariat réel entre la justice, les services de police et de gendarmerie, l'Aide sociale à l'enfance, la Protection maternelle et infantile, le service de promotion de la santé et le service social de l'Education nationale, et le corps médical, en particulier hospitalier ; en faisant connaître les expériences efficaces ; en organisant des formations pluridisciplinaires et interpartenariales ; en soutenant financièrement les initiatives dans ce sens.

Développer les thérapies familiales destinées à prendre en charge les parents maltraitants ou responsables d'abus sexuels et leurs enfants victimes de ces mauvais traitements et encourager la psychiatrie de secteur à développer ce type d'activité.

Soutenir l'action des professionnels et des associations qui œuvrent dans ce domaine.

D'une manière générale, veiller à l'application de la Convention internationale des droits de l'enfant, ratifiée par la France.

### **Les recherches à promouvoir**

Beaucoup de recherches ont été effectuées sur ce thème, elles sont cependant éclatées et trop souvent parcellaires. Deux axes seraient à développer, le premier consisterait à combler le manque de précision sur l'évolution en nombre et en nature des problèmes de maltraitance, le second à développer la recherche évaluative des actions innovantes.

## Indicateurs **Violences déclarées par les adolescents (en %)**

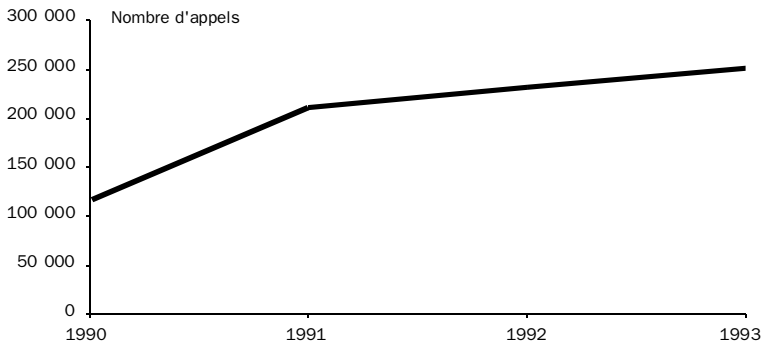
	<b>Garçons</b>	<b>Filles</b>	<b>Total</b>
N'avoir jamais été victime de violence	78,6	87,3	83,1
Violence physique mais pas sexuelle	19,3	7,1	13,1
Violence sexuelle mais pas physique	0,9	2,7	1,8
Violence sexuelle et physique	1,2	2,9	2,0

Source : Inserm U 169 - 1993.

**Lecture** : en 1993, alors que 78,6 garçons sur 100 déclarent n'avoir jamais été victimes d'agressions physiques, 1,2 sur 100 déclare avoir été victime de violences sexuelles et physiques.

**Commentaire** : enquête réalisée en 1993 par auto-questionnaire auprès d'un échantillon représentatif de 12 000 jeunes âgés de 11 à 19 ans et scolarisés dans le second degré de l'enseignement public.

## **Sensibilisation du public aux mauvais traitements à enfants**



Source : GIP "Allô Enfance maltraitée".

**Commentaire** : il ne s'agit pas ici de mesurer l'évolution de la maltraitance à enfant, mais le niveau de sensibilisation du public et l'impact des moyens mis en œuvre. La très forte augmentation constatée entre 1990 à 1991 témoigne de la « montée en charge » d'un nouveau service due à l'augmentation du nombre de répondants.



## La douleur

**Objectif Réduire la fréquence des douleurs non contrôlées, aussi bien aiguës que chroniques, en agissant de façon préventive et curative ; d'ici l'an 2000, diminuer de moitié le nombre des malades déclarant souffrir au cours du cancer et au cours d'une intervention chirurgicale.**

**L'importance du problème** 60 à 80 % des personnes atteintes de cancer ou de Sida et une proportion importante de personnes ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale souffrent de douleurs modérées ou sévères. Seul un tiers de ces phénomènes douloureux serait, du point de vue des malades, correctement apaisé à l'heure actuelle, alors que 90 % de ces douleurs pourraient être soulagées. La douleur des enfants est souvent méconnue, voire niée chez les tout petits.

**Les facteurs qui l'influencent** Certains facteurs culturels et certaines habitudes de soins limitent en France la reconnaissance des symptômes douloureux et leur prise en charge, en particulier chez les personnes en fin de vie. Il existe une méconnaissance des moyens thérapeutiques existants pour soulager la douleur. A titre d'exemple le relevé la consommation de morphine dans les pays d'Europe, effectué en 1987 par l'OMS montrait une consommation en France vingt fois moindre qu'en Grande Bretagne. L'approche globale et pluridisciplinaire des soins palliatifs est encore peu développée.

**Les mesures essentielles pour atteindre les objectifs** Renforcer la formation initiale et continue des médecins, infirmières et autres professions paramédicales sur l'évaluation, la prise en charge et le contrôle de la douleur et de son retentissement sur la qualité de vie.

Faciliter l'accès aux antalgiques en particulier morphiniques : conditionnement, facilitation de l'accès au carnet à souches (envoi systématique à l'installation, carte T pour réexpédition, ...), règles de prescription.

Développer le rôle de référence, d'enseignement et de recherche des centres d'évaluation et de traitement de la douleur et des unités de soins palliatifs, dans les établissements et en relation avec la médecine de ville.

Encourager les établissements de santé à développer, dans le cadre des projets d'établissement, des programmes de prise en charge de la douleur. Proposés par une commission *ad hoc*, ces programmes devraient être coordonnés par un responsable au

sein de l'établissement ; ils devraient comprendre l'élaboration, la diffusion, et l'évaluation de protocoles de soins adaptés aux besoins des malades reçus.

Réaliser tous les deux ans une enquête rapide permettant d'évaluer l'impact du programme par questionnaire auprès des patients eux-mêmes.

### Les recherches à promouvoir

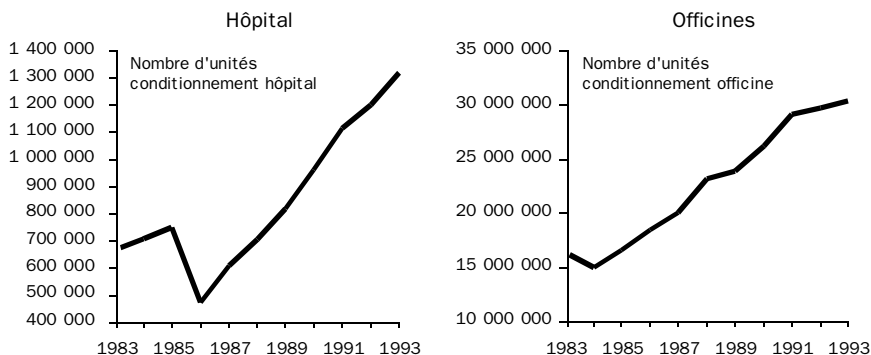
Développer les recherches épidémiologiques dans les domaines concernés sur la prévalence de la douleur, ses caractéristiques et son retentissement (douleur aiguë, per opératoire, post opératoire, post traumatique, liée aux soins, douleur chronique cancéreuse et non cancéreuse), avec une attention particulière pour la douleur chez l'enfant.

Développer la recherche clinique appliquée (appel d'offre national « recherche clinique »).

Développer les recherches sur les attitudes qui amènent à prescrire des antalgiques majeurs ou à éviter de le faire.

D'autres types de douleur plus difficilement évaluables ou évitables (douleur de l'enfant, migraine, ...) devront faire l'objet d'études particulières avant que des objectifs puissent être proposés.

### Indicateurs Vente de dérivés morphiniques anti-douleur



Source : agence du médicament - Libra.

**Commentaire :** il s'agit d'un indicateur indirect de la qualité de la prise en charge de la douleur. Les médicaments retenus sont 17 substances dérivées de la morphine utilisées dans le traitement de la douleur. Dans l'hypothèse où le nombre de malades devant bénéficier d'un traitement de la douleur par dérivés morphiniques est stable, les variations du chiffre de vente sont le reflet des modifications des pratiques des médecins.

L'unité de compte est la présentation pharmaceutique (boîte), or le volume de celle-ci diffère entre l'officine et l'hôpital, les présentations à usage hospitalier renfermant davantage d'unités de prise (comprimés, gouttes, ...). Les variations de pente entre hôpital et officine ne doivent donc pas être comparées.

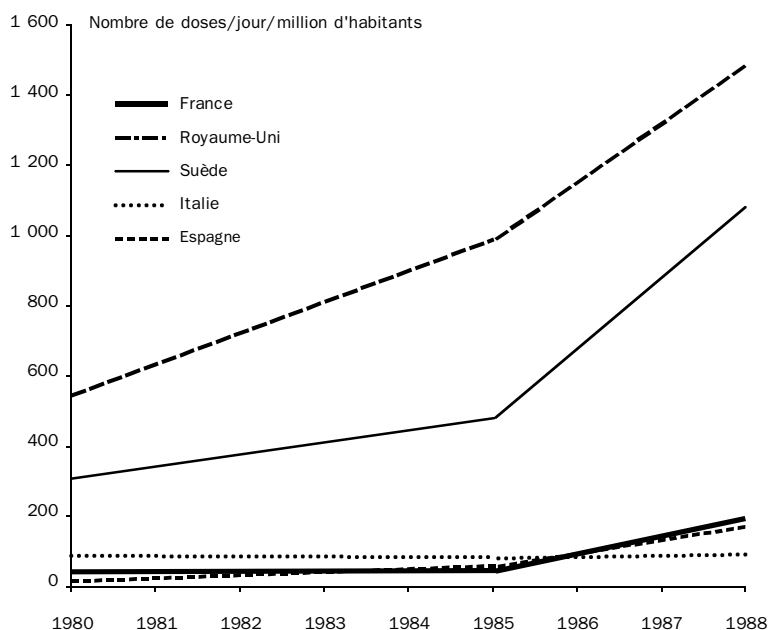
### Soulagement de la douleur chez les personnes exposées (en %)

Personnes exposées	Personnes soulagées (totalement ou en grande partie)
Patients souffrant de douleurs cancéreuses	33%
Patients infectés par le VIH et décrivant des douleurs	28%
Patients ressentant des douleurs en post-opératoire	50%

Source : HCSP.

**Commentaire :** cet indicateur traduit l'appréciation portée par des patients sur la prise en charge de la douleur qu'elle soit d'origine cancéreuse, liée au VIH, ou ressentie au décours d'une intervention chirurgicale. Les personnes qui se déclarent soulagées de leur douleur, le sont en totalité ou en grande partie. Les données sont issues d'enquêtes à caractère monographique réalisées au début des années quatre vingt-dix.

### Consommation moyenne de doses de morphines



Source : OMS - OICS.

**Commentaire :** il s'agit d'une estimation de la consommation moyenne, par jour et par million d'habitants de doses de morphine. La moyenne est calculée sur une période de cinq ans l'unité retenue « dose de morphine quotidienne » a été estimée par un groupe d'experts.

---

## Le mal de dos

**Objectif** D'ici l'an 2000 réduire la fréquence et la gravité des maux de dos, en particulier les lombalgies sévères, invalidantes et sources de désinsertion sociale.

**L'importance du problème** Le mal de dos est un problème extrêmement fréquent et dont le coût social est particulièrement élevé. On estime que plus de 70 % des personnes de tous âges en souffrent ou en ont souffert un jour. Ce terme général recouvre cependant des réalités très différentes. La lombalgie occasionnelle de l'adolescent est ainsi totalement distincte de la lombalgie chronique et invalidante du travailleur manuel d'âge moyen. Les lombalgies entraînent environ six millions de consultations par an et un tiers des prescriptions de rééducation. Elles représentent 13 % des accidents de travail, 7 % des arrêts de travail pour maladie et 2,5 % des prescriptions de médicaments en médecine de ville.

**Les facteurs qui l'influencent** Les lombalgies peuvent avoir une origine accidentelle à la suite d'un traumatisme ou d'un effort excessif. Les postures inconfortables, les vibrations, la répétition de gestes inadéquats pourraient aussi être à la source d'une partie de ces douleurs. Par ailleurs, les implications psychomatiques en matière de lombalgies ont été souvent évoquées. Cependant l'origine et l'évolution naturelle de nombreuses douleurs lombaires demeurent encore largement méconnues. Celles-ci n'ont manifestement pas toutes les mêmes caractéristiques, ni la même gravité et ne dépendent pas des mêmes facteurs de risque.

**Les mesures essentielles pour atteindre l'objectif** Encourager les expériences de prévention dans différents domaines (ergonomie, orientation professionnelle, médecine sportive, éducation gestuelle et posturale en milieu scolaire, écoles du dos). A cet égard, un effort particulier devrait être fait en faveur du personnel soignant dans le milieu hospitalier.

Mettre au point des références médicales précisant les règles de bonnes pratiques d'exploration et de traitement, permettant d'améliorer la qualité des soins et de réduire les examens et prescriptions inutiles.

Inciter à la constitution d'équipes multidisciplinaires de référence pour la prise en charge des formes graves et le

développement de la recherche et de la formation dans ce domaine.

**Les recherches à promouvoir** Développer des études épidémiologiques approfondies fondées sur des définitions précises des différentes formes de douleurs dorsales et lombaires.

Entreprendre une évaluation rigoureuse des différentes techniques préventives ou curatives appliquées jusqu'à présent dans ce domaine de manière à faire la part entre les pratiques qui reposent sur des idées reçues et les techniques réellement efficaces.

Promouvoir une recherche clinique multidisciplinaire en vue d'une prise en charge efficace des formes graves.

### Indicateurs Prévalence de la pathologie rachidienne

(en %)

	1980-1981	1991-1992
Pathologie rachidienne	11,23	16,21
dont :		
<i>pathologie discale, lombalgies, sciatiques</i>	5,76	9,16
<i>arthroses et pathologies inflammatoires</i>	4,44	5,80
<i>cypho-scolioses</i>	0,88	0,81
<i>atteintes cervicales</i>	0,14	0,45

Source : Credes- Enquête Santé 1992.

**Lecture** : en 1991, 9,16 % des personnes souffraient d'une arthrose ou d'une pathologie discale, lombalgies ou sciatiques, alors qu'elles étaient 5,76 % en 1980.

**Commentaire** : les enquêtes décennales de santé sont réalisées sur des échantillons représentatifs de la population générale (plus de 21 000 personnes en 1991) et selon la même méthodologie (la morbidité est déclarée puis validée par des médecins). La population enquêtée est celle des ménages, ce qui exclu la population hébergée en institutions (comme les maisons de retraite). Les extrapolations réalisées à partir de l'enquête permettent d'estimer à 8 700 000 le nombre de personnes souffrant de pathologie rachidienne.

**Recours au médecin libéral pour pathologie rachidienne**  
(taux pour 1 000 séances)

	1991-1992	1991-1992
	Ensemble de médecins libéraux	Médecins généralistes
Pathologie rachidienne	42,47	51,78
dont :		
<i>pathologie discale,</i>		
<i>lombalgies, sciatiques</i>	28,51	35,89
<i>arthroses</i>		
<i>et pathologies inflammatoires</i>	6,23	6,81
<i>cypho-scolioses</i>	1,11	1,26
<i>atteintes cervicales</i>	6,62	7,83

Source : Credes.  
Enquête EPPM-IMS France 1991-1993.

**Lecture** : pour 1 000 séances de généralistes, 36 sont réalisées au profit de malades souffrant de pathologies discales, de lombalgies ou de sciatiques.

**Commentaire** : les données sont issues de l'enquête permanente sur la prescription médicale, réalisée par IMS-France en 1991-1992 auprès d'un échantillon de 2318 médecins. Le champ de l'enquête exclut les médecins non prescripteurs d'allopathie (acupuncteurs, homéopathes, et certains spécialistes comme chirurgiens, anesthésistes, ...) ainsi que les séances réalisées dans les établissements collectifs (hôpitaux, dispensaires, ...).

## Des objectifs spécifiques pour des déterminants prioritaires

Quatre facteurs ont été retenus comme déterminants prioritaires des problèmes de santé en France :

- la consommation excessive d'alcool ;
- l'usage du tabac ;
- la précarité et la désinsertion sociale ;
- les difficultés d'accès aux soins.

Ces déterminants ont été retenus en fonction des critères suivants :

- **impact sur la santé** : existence d'une relation démontrée entre le déterminant et un ou plusieurs problèmes de santé ;
- **fréquence** : fréquence du déterminant dans la population ;
- **faisabilité** : Possibilité d'intervention sur le déterminant.

### Les consommations d'alcool

**Objectif** **D'ici l'an 2000, diminuer de 20 % la consommation moyenne d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans ; réduire les conduites d'alcoolisation dommageables et leurs conséquences sanitaires et sociales ; réduire les disparités régionales en amenant l'ensemble des régions au niveau des régions les moins consommatrices.**

**L'importance du problème** Depuis 1970, la consommation d'alcool diminue en France. Elle est passée de 22 litres d'alcool pur – par adulte de plus de 15 ans – en 1970 à 17 litres en 1989, ce qui plaçait néanmoins la France au premier rang en Europe.

---

La consommation d'alcool en quantité modérée et dans des circonstances appropriées est socialement acceptable et n'affecte pas obligatoirement la santé. Les travaux des épidémiologistes ont montré qu'au delà de trois verres par jour pour les hommes et de deux verres pour les femmes, la consommation d'alcool est potentiellement dangereuse. Ce seuil peut être inférieur et varie suivant la sensibilité de chaque individu.

On estime à cinq millions le nombre de personnes que leur usage d'alcool expose à des difficultés d'ordre médical, psychologique et social, et à deux millions les personnes dépendantes de l'alcool.

La consommation excessive d'alcool est responsable de nombreux problèmes de santé (atteintes du système nerveux central et périphérique, atteintes du foie, du système cardio-vasculaire, embryofœtopathies). Elle intervient comme déterminant dans de nombreux problèmes sociaux, depuis les difficultés au travail jusqu'à la criminalité (coups et blessures, viols, mauvais traitements à enfant et à conjoint).

Dans certaines circonstances, comme la conduite automobile, la consommation d'alcool augmente considérablement le risque d'accident.

En 1991, la consommation excessive d'alcool a provoqué directement la mort, le plus souvent prématurée, de 11 910 personnes par « alcoolisme, psychose alcoolique et cirrhose ». De plus, 10 233 personnes sont décédées de cancers des voies aérodigestives supérieures liés à l'alcool. On estime que plus d'un tiers des décès par accident de la route est imputable à l'alcool, qui intervient également dans d'autres causes de mort violente (suicides, homicides, accidents du travail, accidents domestiques).

La surmortalité observée en France avant 65 ans, particulièrement chez les hommes, est largement liée à la consommation d'alcool.

Malgré les progrès enregistrés, la situation actuelle demeure inacceptable et d'importants progrès restent à accomplir. La réduction des dommages liés à l'alcoolisation et l'aide à apporter aux personnes en difficulté devraient être considérées en France comme une priorité de santé publique.

Si l'on retient l'hypothèse qu'il existe une relation étroite entre le nombre de buveurs excessifs et la consommation moyenne d'alcool, une réduction de la consommation globale devrait entraîner une réduction de la consommation excessive et de ses conséquences sanitaires et sociales.



**Les facteurs qui l'influencent**

Si des singularités liées à l'organisation psychoaffective doivent être retenues dans le déterminisme des conduites d'alcoolisation, d'autres facteurs les influencent.

L'alcool est intégré aux différentes cultures, il possède une valeur symbolique forte. C'est pourquoi les politiques de santé diffèrent d'un pays à l'autre et il paraît souhaitable de les adapter même au niveau régional.

La consommation d'alcool est relativement précoce chez les jeunes. Elle augmente avec l'âge, elle est plus importante chez les garçons que chez les filles. Les conduites d'alcoolisation chez les jeunes présentent des singularités par rapport aux consommations des adultes, on note en particulier la fréquence des consommations intenses discontinues. A l'âge adulte les disparités liées au sexe demeurent, tant au niveau des modalités d'alcoolisation que dans l'importance de la consommation.

Si il n'existe pas de relation directe entre les professions et catégories sociales et les conduites d'alcoolisation, on constate une vulnérabilité spécifique de certains groupes sociaux. Le poids indéniable des facteurs sociaux interfère avec d'autres facteurs : biologiques, psychologiques, culturels, dont la multiplicité invite à proposer des mesures diversifiées et adaptées selon les situations.

**Les mesures essentielles pour atteindre les objectifs**

*Agir sur les conduites d'alcoolisation*

- Actualiser le dispositif législatif et réglementaire (réforme du Code des débits de boissons, du Code de la route).
- Promouvoir et assurer la cohérence entre les campagnes d'information et les actions de proximité dans les établissements scolaires, les lieux de travail, les espaces de loisir et de convivialité.
- Promouvoir et valoriser l'image du consommateur de boissons non alcooliques.

*Développer l'ensemble des moyens et des structures d'aide aux personnes qui ont un problème avec l'alcool*

- Redéfinir les missions du « dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme » et harmoniser ses moyens.
- Créer ou développer les autres structures nécessaires à la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool : unités d'alcoologie ; centres de postcure ; réseaux ville – hôpital ; foyers d'accueil pour femmes alcoolodépendantes avec enfants ; foyers d'hébergement et de réinsertion.

---

Promouvoir un travail en réseau incluant le dispositif spécialisé, les structures hospitalières, les médecins généralistes, les travailleurs sociaux...

*Développer les actions en milieu spécifique :*

- dans les entreprises ;
- actions d'insertion pour les bénéficiaires du RMI ;
- actions auprès des femmes enceintes...

*Elaborer et mettre en œuvre des programmes régionaux*

Commencer par les régions où la consommation d'alcool et ses conséquences sont les plus importantes.

*Augmenter le nombre de personnes compétentes en alcoologie*

- Promouvoir l'enseignement de l'alcoologie auprès des médecins généralistes, des infirmières, des travailleurs sociaux...
- Augmenter le nombre de personnels actifs dans ce domaine.

**Les recherches à promouvoir**

Construire les instruments de suivi de l'importance et de l'évolution du phénomène.

Confier aux observatoires régionaux de la santé le suivi des indicateurs utiles en alcoologie.

Développer la recherche fondamentale.

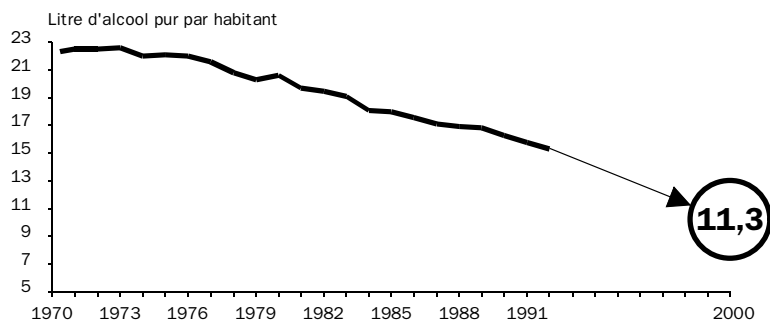
Développer la recherche clinique et épidémiologique ainsi que la recherche en sciences sociales.

Mener des études épidémiologiques pour étudier la prévalence des diverses formes de la maladie alcoolique dans différentes populations : clientèle des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques, des médecins généralistes...

Développer les recherches sur les actions utilisables pour modifier les conduites et les comportements.

Evaluer régulièrement les structures de prise en charge des personnes ayant un problème avec l'alcool, quant à leur fonctionnement et leurs résultats.

**Indicateurs** **Consommation moyenne par adulte de 15 ans ou plus**  
(en litres)



Source : Insee.

**Commentaire :** cet indicateur ne reflète pas l'importance de l'alcoolisme (consommation excessive d'alcool) dans le pays ; il témoigne de l'évolution de la consommation d'alcool, puisqu'il est calculé par la division de la masse totale d'alcool « taxé » divisé par le nombre de consommateurs potentiels. Il s'agit de l'alcool taxé en franchise, y compris une évaluation de l'autoconsommation non déclarée (pour le vin et l'eau de vie seulement). Les éventuelles variations de stockage ne sont pas prises en compte. Les évolutions gardent tout leur sens dans la mesure où ces paramètres varient peu.

**Evolution de la consommation excessive d'alcool**  
**chez les adultes** (en % de la population)

	<b>3 à 4 verres par jour</b>	<b>5 à 8 verres par jour</b>	<b>9 ou plus verres par jour</b>
1980-1981			
Femmes	7,3	2,1	0,0
Hommes	22,9	16,8	4,8
1986-1987			
Femmes	4,1	1,1	0,2
Hommes	20,2	15,4	3,7
1991-1992			
Femmes	4,1	0,9	0,1
Hommes	20,2	12,7	3,2

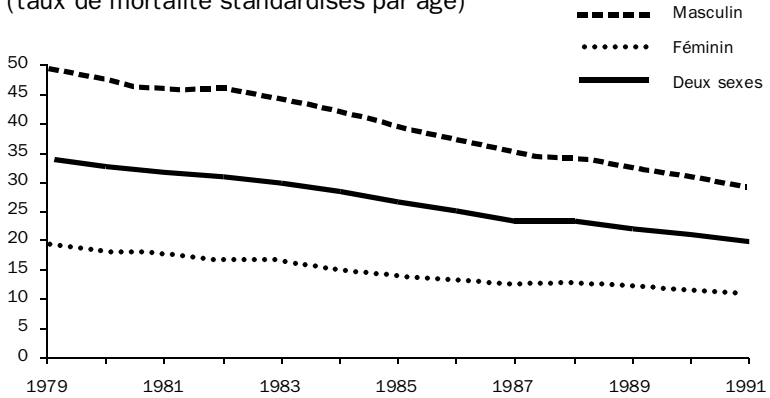
Source : Sesi-Enquête Santé 1992.

**Lecture :** en 1987, 4 % des femmes buvaient trois ou quatre verres d'alcool par jour, alors qu'elles étaient 7 % à avoir ce niveau de consommation en 1981.

**Commentaire :** sont considérés comme buveurs excessifs toutes les personnes qui déclarent consommer plus de trois verres de boissons alcoolisées par jour. Les résultats sont obtenus par interrogation d'un échantillon représentatif de la population dans le cadre d'enquête en population (l'enquête décennale de santé réalisée en 1991 concernait 7 666 personnes âgées de plus de 18 ans). Il est probable que la déclaration de consommation alcoolique soit sous-estimée, malgré une interrogation globale sur les consommations quotidiennes de boissons, mais les évolutions dans le temps restent fiables.

## Mortalité par alcoolisme

(taux de mortalité standardisés par âge)

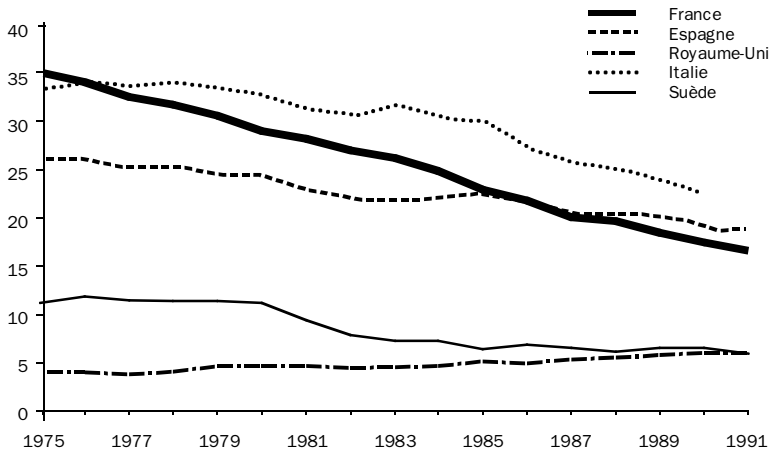


Source : Inserm-SC8.

**Commentaire :** les causes de décès choisies pour illustrer la mortalité par alcoolisme sont les psychoses alcooliques et cirrhoses. Les cirrhoses ne sont pas exclusivement dues à l'alcoolisme, par ailleurs l'alcoolisme entre en compte dans de nombreux autres décès : accidents, suicides, autres cancers. Cette mesure de la mortalité par alcoolisme est donc indirecte, mais les évolutions dans le temps mesurées avec cette même définition peuvent être considérées comme significatives des phénomènes étudiés.

## Mortalité par cirrhoses et maladies chroniques du foie (tous âges)

(taux de mortalité standardisés par âge pour 100 000 habitants)



Source : OMS-HFA. Code OMS : 991 705.

**Commentaire :** les maladies chroniques du foie (hépatites) et les cirrhoses ne sont pas toutes dues à l'alcoolisme ; cependant, le volume et l'évolution des décès rapportés à ces causes témoignent indirectement de l'importance de l'alcoolisme dans les différents pays.

EU

**Hospitalisation en court séjour pour alcoolisme**

Taux d'hospitalisation pour 1 000 habitants	Tous âges	45 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 74 ans	et plus de 75 ans
Hommes	5,4	13,1	17,3	14,9	12,9	6,6
Femmes	1,1	2,2	3,5	2,8	1,7	1,5
Deux sexes	3,2	7,7	10,2	8,5	6,6	3,3

Source : Sesi.

**Lecture** : en 1986, pour mille des femmes de 45 à 54 ans, il y a eu 2,2 séjours en court-séjour pour une pathologie liée à l'alcoolisme.

**Commentaire** : ont été considérées par un groupe d'experts comme pathologies liées à l'alcoolisme : les cancers des voies aéro-digestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, sophage, larynx), les psychoses alcooliques et l'alcoolisme chronique, les cirrhoses et maladies chroniques du foie. A noter par ailleurs que l'enquête de morbidité hospitalière s'intéresse aux séjours hospitaliers ; pour ces pathologies, il est probable qu'un même patient cumule plusieurs séjours dans l'année.

---

## L'usage du tabac

**Objectif** **D'ici l'an 2000, diminuer de 30 % la quantité de tabac vendue, diminuer de 25 % la proportion de fumeurs réguliers dans la population adulte et de 35 % les proportions de fumeurs réguliers et de fumeurs occasionnels chez les 12-18 ans ; diminuer la proportion de femmes qui continuent de fumer durant leur grossesse.**

### L'importance du tabagisme

On estime en 1990 à environ 60 000 le nombre de décès imputables au tabagisme en France. Parmi les hommes âgés de 35 ans à 64 ans, le tabac est responsable d'un décès sur cinq. Le tabac est un facteur de risque majeur des maladies cardio-vasculaires et du cancer du poumon, de la bronchite chronique et de l'emphysème. Il augmente le risque de naissance d'enfants de petit poids chez les femmes qui fument durant leur grossesse. La contraception hormonale et le tabagisme concomitants (qui concernent 10 % des femmes âgées de 18 à 49 ans) accroissent le risque cardio-vasculaire (accidents vasculaires cérébraux). Enfin la fumée de tabac, particulièrement nocive pour les enfants, représente actuellement la principale source de pollution à l'intérieur des habitations.

Depuis 1990, la proportion de fumeurs réguliers (au moins une cigarette par jour) est stable chez les adultes, aux alentours de 30 % (40 % chez les hommes et 20 % chez les femmes) et également chez les jeunes de 12 à 18 ans, chez lesquels elle est à peu près égale dans les deux sexes aux alentours de 25 %.

Depuis les années cinquante, on observe une diminution de la proportion des fumeurs occasionnels chez les hommes adultes ainsi que, depuis les années 1970, chez les garçons et les filles de 12 à 18 ans. La consommation de tabac correspond à un volume annuel d'environ 100 000 tonnes par an, ce qui représente une moyenne de 6 cigarettes par adulte et par jour.

L'atteinte des objectifs proposés permettrait, à l'horizon de 2010, de réduire d'environ 15 % le taux annuel de décès par cancer du poumon chez l'homme et de réduire de 25 % la croissance du taux annuel de décès par cancer de poumon chez la femme.

### Les facteurs qui influencent l'usage du tabac

#### *L'activité professionnelle et le milieu social*

Les données de l'enquête santé 1991-1992 (Insee-Sesi) confirment que la prévalence du tabagisme, une fois éliminés les effets de la structure par âge, est fortement liée à l'activité professionnelle et au milieu social. Chez les hommes, les ouvriers sont les plus nombreux à fumer (16 % de plus que la moyenne des

hommes). Les artisans-commerçants et les employés se situent également au dessus de la moyenne. Les cadres supérieurs (-23 %) et les agriculteurs (-21 %) sont par contre très au dessous de la moyenne. Chez les femmes, l'activité de bureau apparaît comme la plus favorable au tabagisme (les employées se situent à plus de 20 % par rapport à la moyenne, suivies par les cadres supérieurs et les commerçants et artisans).

En outre, le fait que les étudiantes ont le même niveau de consommation que les étudiants confirme la progression du tabagisme chez les femmes. Le stress lié à l'activité professionnelle ou à la recherche d'un emploi semble jouer un rôle : les chômeurs sont les plus nombreux à fumer (60 % des hommes et 30 % des femmes), alors que les femmes au foyer et les personnes en retraite sont les moins nombreuses à fumer.

La France manque de données concernant l'impact du niveau d'instruction et de l'évolution dans la vie des niveaux de revenus, qui sont, d'après des enquêtes effectuées au Royaume-Uni, des déterminants importants du tabagisme. Ces enquêtes ont démontré en outre que les catégories qui cumulent les désavantages (bas niveau d'éducation, bas revenus, allocataires de subvention, habitants dans des logements sociaux, travailleurs manuels, ...) ont un niveau de tabagisme plus élevé, et échappent aux mesures de contrôle du tabagisme et en particulier à l'effet dissuasif de l'élévation du prix de vente du tabac.

### *L'initiation au tabac et l'évolution vers la dépendance*

Chez les jeunes, le processus d'initiation et de développement de l'usage du tabac se déroule sur plusieurs années. Le premier stade est celui pendant lequel l'adolescent se forge une opinion et une attitude à l'égard du tabac. Un adolescent, à ce stade, est susceptible de fumer lorsqu'il est incertain de sa détermination à ne pas fumer dans l'avenir.

Ensuite, les essais se répètent et l'usage s'installe, le tabagisme pendant cette période étant intermittent et de faible niveau. Le stade ultérieur est celui de l'usage régulier du tabac. Enfin, lorsque le jeune pense ne plus pouvoir s'en passer, c'est le stade de la dépendance. L'usage quotidien de la cigarette s'observe avec une certaine fréquence principalement chez les plus âgés des adolescents.

Les facteurs déterminant la susceptibilité de fumer chez les adolescents dépendent à la fois de caractéristiques propres à l'adolescent et d'autres caractéristiques liées à son environnement social. Parmi les premières, les enquêtes retrouvent les difficultés scolaires, l'interruption prématurée de la scolarité, l'affirmation d'un esprit d'autonomie et d'indépendance, le peu de sensibilité aux effets du tabagisme, enfin une attitude positive déclarée envers l'usage du tabac. Parmi les secondes, la plus puissante est le tabagisme chez

---

les pairs, notamment chez le ou la meilleur(e) ami(e). Interviennent également le fait que le tabagisme soit encouragé et approuvé par les pairs, le tabagisme dans la famille, la tolérance par les membres de la famille du tabagisme chez les jeunes, le tabagisme dans la communauté scolaire, tant chez les camarades que chez les maîtres, le tabagisme chez les leaders d'opinion (vedettes, sportifs, journalistes, ...). En réalité, le plus puissant facteur déterminant d'initiation du tabagisme chez les jeunes est son degré d'acceptabilité sociale dans la communauté des adultes.

**Principales  
mesures  
pour atteindre  
les objectifs**

Maintenir le dispositif actuel : en particulier l'interdiction de la publicité, les interdictions de fumer dans les lieux clos à usage collectif, les actions d'éducation pour la santé sous forme de communication de masse et sous forme d'actions adaptées, ciblées vers des groupes particuliers, l'inscription d'avertissement sanitaire au consommateur et la limitation des taux de goudron dans les cigarettes.

Augmenter de 15 % chaque année les taxes sur le tabac de manière à parvenir en l'an 2000 à une augmentation de 70 % du prix de vente au détail.

Organiser une action spécifique auprès des professionnels de santé, au titre de l'exemplarité, et obtenir dans cette population une réduction importante du tabagisme (moins de 10 % de médecins fumeurs en l'an 2000 pour environ 35 % actuellement).

Mettre largement à disposition des fumeurs les techniques médicamenteuses et non médicamenteuses validées d'aide à l'arrêt du tabac.

Intégrer la lutte contre le tabagisme dans les programmes scolaires et intensifier les actions d'éducation pour la santé en milieu scolaire de manière à retarder de façon significative, chez les garçons comme chez les filles, l'âge de début du tabagisme. Il est très important d'avoir à l'esprit les différentes étapes qui s'écoulent entre le stade où l'adolescent est un non fumeur non confirmé, susceptible de fumer, et celui où il utilise régulièrement le tabac. C'est au cours de cette période de plusieurs années, durant laquelle le processus n'est pas fixé, qu'il faut développer les programmes de prévention.

Ils doivent cibler les adolescents qui fument irrégulièrement, par exemple massivement lors d'une soirée, pour s'arrêter totalement pendant une période qui peut être prolongée.

Aider les femmes enceintes à éviter de fumer en leur proposant le recours d'un service approprié, en impliquant leur entourage familial et professionnel pour éviter qu'il ne fume devant elle.

Inciter les prescripteurs de contraceptifs hormonaux à prodiguer un conseil d'arrêt auprès des fumeuses.



**Les recherches à promouvoir** Recueillir les indicateurs permettant de suivre les résultats de la politique mise en place et de mesurer son impact.

Étudier l'évolution du tabagisme dans les différentes catégories de population (catégories sociales, classes d'âge).

Étudier plus spécifiquement la liaison entre l'évolution des infarctus et pathologies coronariennes, cancers des voies respiratoires, insuffisance respiratoires chroniques, artérites, accidents vasculaires cérébraux et l'évolution de la consommation de tabac.

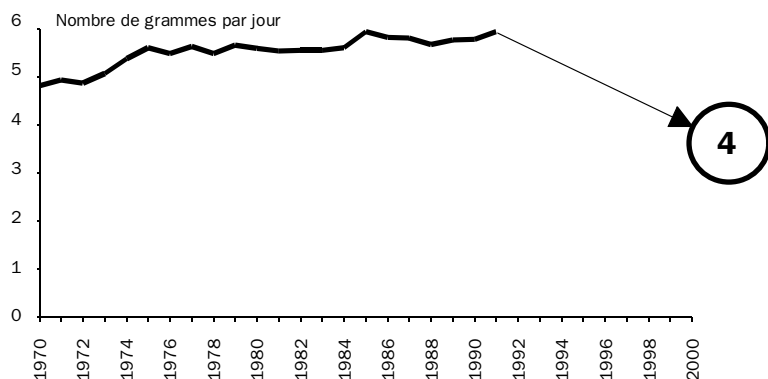
Mieux connaître la proportion de femmes qui cessent de fumer durant la grossesse et la fréquence des petits poids de naissance liés au tabagisme.

Approfondir les connaissances sur les conséquences à long terme du tabagisme passif chez les enfants.

Connaître plus finement les causes du comportement tabagique et les facteurs qui provoquent la dépendance.

Promouvoir les recherches-actions sur les modalités d'éducation pour la santé dans le domaine du tabac et l'évaluation des techniques d'aide à l'arrêt du tabac.

### Indicateurs **Consommation annuelle de tabac par habitant**

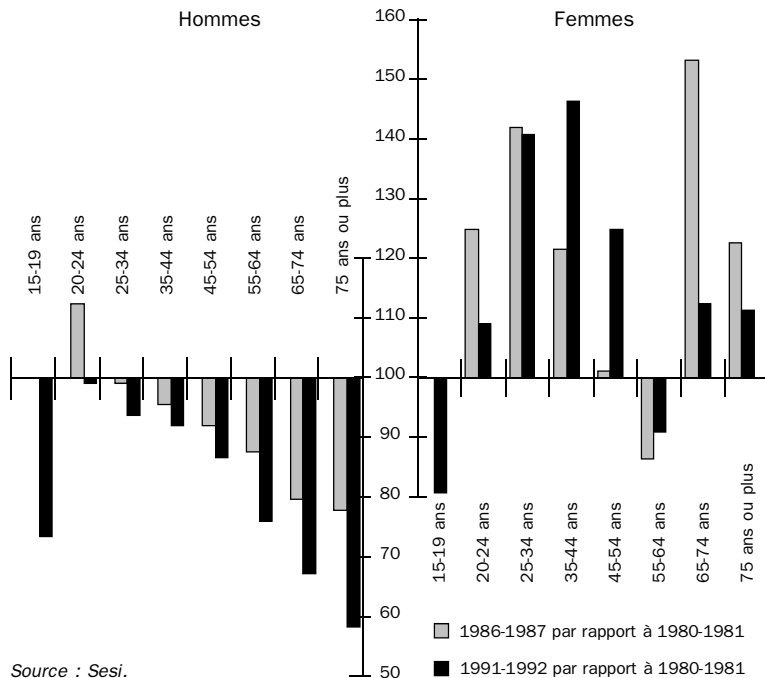


Convention SEITA : 1 cigarette = 1 cigare = 1 cigarette = 1 gramme

Source : Insee-Seita.

**Commentaire :** cet indicateur correspond à une **consommation moyenne** des adultes, puisqu'il est construit par la division du volume de tabac vendu par le nombre de consommateurs potentiels (les plus de 15 ans) ; il reflète non le niveau de tabagisme de la population (proportion de personnes fumant régulièrement), mais l'évolution de la vente globale de tabac.

## Evolution des proportions de fumeurs par sexe et groupe d'âge

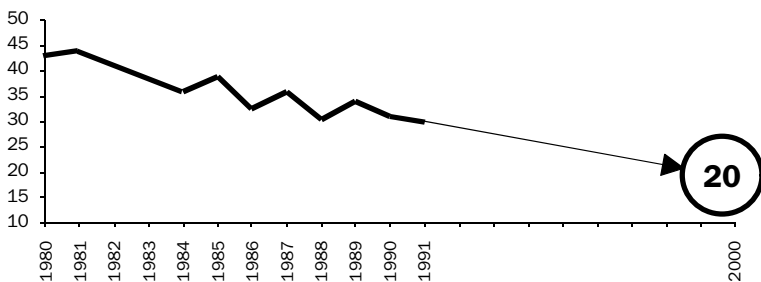


Source : Sesi.

**Lecture** : pour 100 femmes de 20 à 24 ans qui fumaient en 1981, il y en avait 125 en 1987 et 110 en 1991.

**Commentaire** : les données sont issues des enquêtes décennales de santé (1980 et 1991) et de l'enquête « conditions de vie » de 1986 ; l'interrogation portait à chaque enquête sur environ 13 000 personnes âgées de 15 ans ou plus. Sont considérées comme fumeuses les personnes déclarant fumer tous les jours au moins une cigarette (ou le cigare ou la pipe). **En 1991, 30 % des adultes fumaient, la proportion devrait être de 22 % en 2000.**

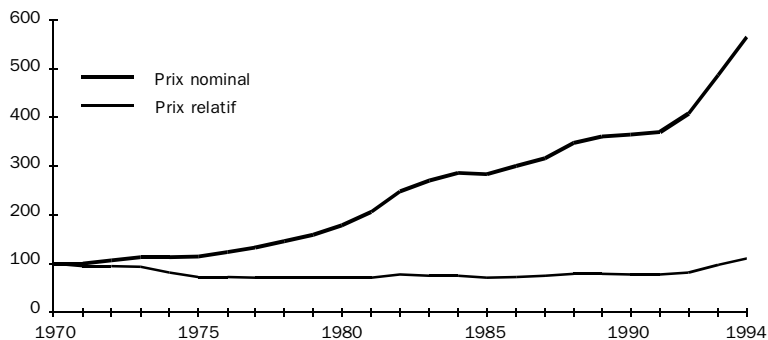
## Pourcentage de fumeurs chez les jeunes de 12 à 18 ans



Source : CFES.

**Commentaire** : l'évolution est suivie grâce à des enquêtes par sondages sur des échantillons représentatifs des adolescents effectués à la demande du CFES par des instituts de sondage (Sofres, BVA, Démoscopie, MV2, Ipsos).

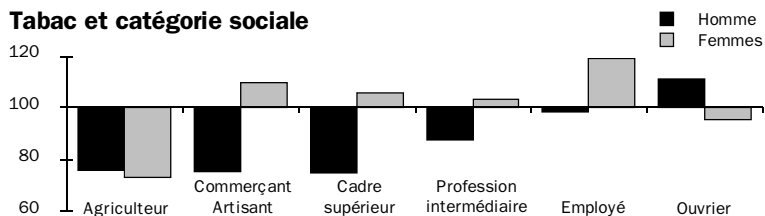
### Evolution du prix du tabac en France



Source : Insee Comptabilité Nationale.

**Commentaire :** le prix nominal correspond au prix payé par le consommateur en francs de l'année n ; le prix relatif (en francs constants) est égal au prix nominal divisé par l'indice général des prix. La comparaison des deux dans le temps relativise les augmentations du prix nominal par rapport à l'augmentation générale des prix.

### Tabac et catégorie sociale



Source : Sesi 1992.

**Lecture :** pour 100 femmes qui fument dans la population générale, environ 120 fument chez les employées.

**Commentaire :** Les données sont issues de l'enquête décennale de santé réalisée en population générale. Les retraités ont été réintégréés dans leurs catégories d'activité antérieure.

### Tabagisme chez les médecins généralistes (en %)

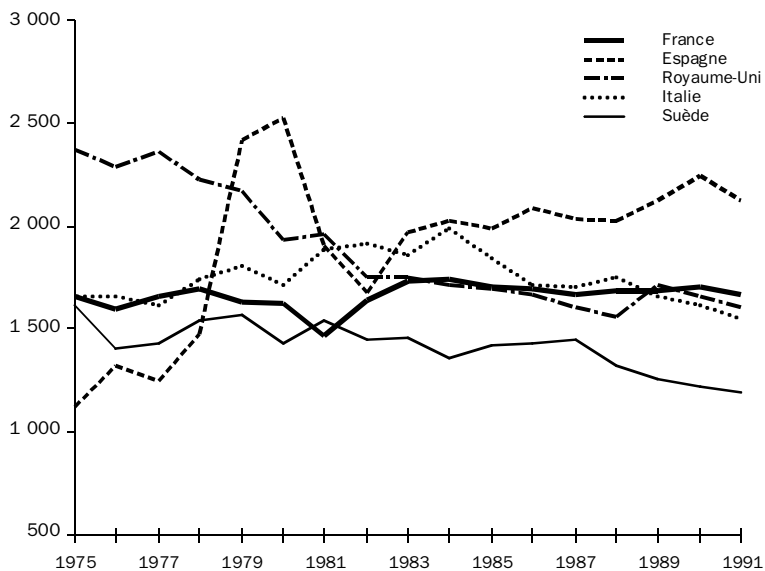
Statut tabagique	1985	1992
Fumeurs actuels	39,0	37,3
dont :		
fumeurs quotidiens	32,3	32,5
fumeurs occasionnels	6,7	4,8
Non-fumeurs	61,0	62,7
Anciens fumeurs	21,0	31,0
N'ont jamais fumé	40,0	31,7

Source : CFES Baromètre Santé 1992.

**Commentaire :** enquête par sondage auprès d'un échantillon (de 252 personnes) représentatif des médecins généralistes effectué à la demande du CFES par enquête postale. Il s'agit d'un indicateur indirect témoignant de l'évolution du comportement des professionnels de santé à priori les plus impliqués dans la lutte contre le tabagisme.



### Consommation de tabac (nombre de cigarette annuelles)



Source : OMS-HFA. Code OMS : 170 902.

## Précarité et désinsertion sociale

**Objectif** Assurer des conditions de vie décentes aux personnes en situation très précaire et favoriser leur réinsertion sociale.

**Le problème** L'exclusion du système de santé est fréquemment liée à d'autres facteurs d'exclusion (économiques sociaux, familiaux, éducatifs culturels, géographiques, ...). La pauvreté et la précarité des conditions de vie constituent en elles-mêmes des facteurs de risque pour la santé.

Les personnes en situation très précaire se caractérisent par l'absence d'appartenance stable à un groupe, par un niveau de revenus très faible, des conditions de vie dégradées et par une fréquence élevée de problèmes de santé physique ou mentale. Il peut s'agir de personnes sans domicile, de jeunes en rupture familiale, de mères seules avec enfants, de femmes victimes de violences, de chômeurs de longue durée en fin de droits, de jeunes qui sortent du système scolaire sans diplôme, de personnes âgées isolées, de personnes qui sortent d'une institution (prison, hôpital, service de psychiatrie).

Dans certains cas la solution des difficultés de la vie quotidienne renvoie au second plan les préoccupations liées à la santé hors cas d'urgence ou d'affection grave. Ces situations de précarité sont difficilement chiffrables avec précision, cependant il existe de nombreuses indications de leur accroissement (aggravation du chômage de longue durée, augmentation du nombre des bénéficiaires du RMI, accroissement des foyers monoparentaux, augmentation du chômage chez les jeunes).

A titre d'indication, le nombre de personnes en habitat précaire ou sans abri est estimé en France à environ 200 000. Au 31 décembre 1993 il y avait 800 000 bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion, ce nombre a continué de s'accroître durant l'année 1994. Le nombre de chômeurs de longue durée (plus de un an) est compris en 1994 entre 1 et 1,2 million.

**Les mesures essentielles** La précarité est multiple et les réponses doivent être diversifiées. Développer des lieux d'accueil qui soient un véritable substitut de domicile (hôtels maternels, hôtels sociaux, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, appartements relais, foyers, ...) et assurer dans ces lieux de transition un accompagnement progressif vers l'autonomisation, la stabilité et la réinsertion grâce à un personnel qualifié.

Assurer l'existence de services de vie quotidienne (douches, vêtements, distributions de repas, boîtes postales, lieux de domiciliation, ...) qui respectent la dignité des personnes.

Développer des relations contractuelles entre les pouvoirs publics et le secteur associatif sur la base de conventions d'objectifs qui définissent notamment les modes de financement, les cahiers des charges, la qualité des prestations fournies.

Lutter contre l'isolement social et accompagner les initiatives d'insertion prises par les personnes en situation de précarité.

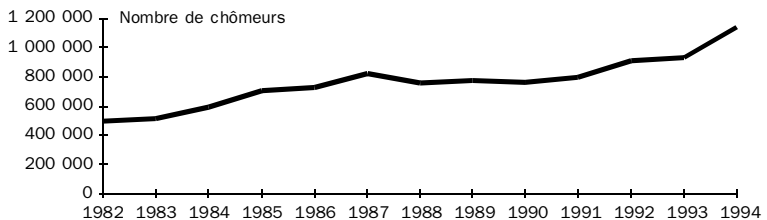
### Les recherches à promouvoir

Mieux connaître les parcours (difficultés, opportunités) des personnes en situation précaire de façon à mieux cibler les actions de prévention.

Recenser et exploiter les connaissances disponibles actuellement dispersées.

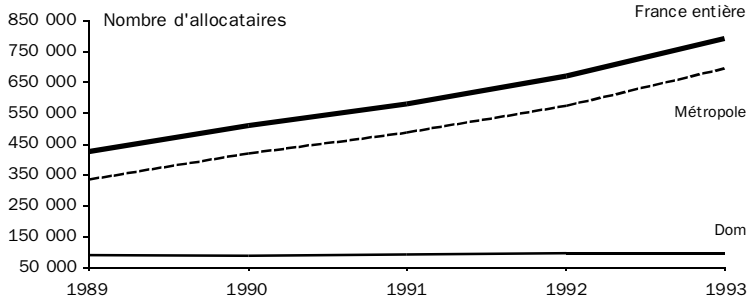
Mettre au point les indicateurs permettant d'évaluer les actions mises en œuvre.

### Indicateurs **Chômage de longue durée (> 1 an)**



Source : Dares.

### Allocataires du RMI



Source : Cnaf-MSA-Dirmi.

**Commentaire :** le dispositif RMI comporte deux volets : une allocation et une insertion. Ce graphique ne prend en compte que les allocataires (personnes recevant une allocation) en décembre de chaque année.

## Difficultés d'accès aux soins et à la prévention

**Objectif** Améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux des populations défavorisées.

**Le problème** Dans l'ensemble, les différences de consommation de soins entre catégories sociales ont tendance à se réduire depuis trente ans ; l'extension de la couverture sociale, l'évolution des comportements, le fort développement de l'offre médicale ont évolué dans le même sens.

Cependant les politiques sociales ciblées sur des problèmes sociaux majeurs (les quartiers sensibles, les jeunes sans qualification, les personnes sans ressources, les chômeurs de longue durée) ont révélé la montée de situations d'exclusion.

Le problème ne réside, sauf pour une partie de la population en situation de grande précarité, ni dans la rareté de l'offre, ni dans l'absence de prise en compte administrative, ni dans l'absence de possibilités de recours aux soins. Ce sont plutôt la complexité du système médico-social, l'éclatement des compétences et l'inadaptation du système aux différentes caractéristiques des populations qui constituent autant d'obstacles pour le recours aux soins des populations défavorisées.

Par ailleurs, le cumul des difficultés ou des handicaps sociaux, l'absence de projet de vie, l'opacité des repères sociaux et familiaux rendent très complexe la mise en œuvre d'actions de prévention. De plus, les difficultés d'accès à l'information, l'image de la santé et de la maladie, la pression sociale du groupe, le niveau de formation ne facilitent pas l'adoption de comportements de prévention.

15 à 20 % des foyers, qui ont également les revenus les plus bas, renoncent à recourir au médecin et à certains services ou médicaments coûteux pour l'assuré, (soins dentaires, lunettes, imagerie, examens de biologie). En revanche, ils utilisent plus volontiers les urgences hospitalières ou l'hospitalisation complète à la fois parce que leur état de santé se dégrade, faute de recours à une prise en charge en temps voulu, et pour éviter des avances de frais.

En 1991, 83 % de la population bénéficiait d'une couverture sociale complète, cependant, indépendamment de cette couverture, le recours aux soins est très lié à l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle sauf pour les soins dentaires où c'est le niveau de couverture sociale qui joue le rôle le plus

---

discriminant. Or il se trouve que la qualité de la dentition est aussi un facteur important d'insertion.

Il existe souvent un décalage culturel important entre les professionnels de santé, en général issus de classes moyennes ou aisées et les personnes défavorisées. Et l'accueil de ces personnes par les personnels de santé laisse souvent à désirer.

Enfin la saturation de certains services sanitaires et sociaux s'est nettement aggravée ces dernières années. Le cadre actuel semble inadapté à l'accroissement et à l'évolution de la nature de la demande.

### **Les mesures essentielles**

Améliorer l'accès aux soins dentaires des personnes ayant les plus bas revenus, et réduire les déficits sensoriels non corrigés en facilitant l'accès aux soins optiques et aux prothèses auditives.

Confirmer le rôle des médecins généralistes et des autres professionnels de santé de proximité dans la délivrance des soins de santé primaires et le suivi de la santé des populations en difficulté.

Développer les réseaux d'acteurs médicaux et sociaux sur une base territoriale en finançant, notamment, les moyens logistiques de fonctionnement.

Promouvoir l'adaptation des structures sanitaires et sociales, tant publiques que privées, et en particulier des hôpitaux, à l'accueil des personnes en situation défavorisée et y former les professionnels sanitaires, sociaux et administratifs.

Favoriser les échanges interdisciplinaires d'expériences et de pratiques en indemnisant les professionnels libéraux qui y participent. (formations, séminaires, réunions régionales etc.) et ainsi donner une légitimité à ces préoccupations sociales et sanitaires.

Généraliser la couverture sociale sur critère de résidence et simplifier les formalités administratives : assouplir le principe du tiers payant, étudier la modulation du ticket modérateur et du taux de remboursement notamment des prothèses auditives, dentaires et optiques en fonction des ressources.

Développer les activités de promotion et d'éducation à la santé spécifiques, en tenant compte des demandes et des besoins des personnes en situation sociale défavorable.

### **Les recherches à promouvoir**

Recensement et évaluation des modèles d'organisation innovants en utilisant la méthodologie « recherche – action ».

Synthèses des informations parcellaires sur les difficultés d'accès à la santé.



Études de morbidité chez les personnes défavorisées.

Évaluation du rôle, des fonctions et des articulations des diverses formes de médecine préventive (PMI, médecine du travail, santé scolaire...).

Mise au point d'un système d'indicateurs permettant d'évaluer les mesures mises en œuvre et leur impact sur les difficultés d'accès à la prévention et aux soins.

### Indicateur **Type de couverture sociale dont bénéficie la population** (en %)

Type de couverture	1960	1970	1980	1991
Sécurité sociale + couverture complémentaire	30,8	49,0	69,3	82,9
Sécurité sociale seule	45,1	46,6	29,9	16,4
<b>Total Sécurité sociale</b>	<b>75,9</b>	<b>95,6</b>	<b>99,2</b>	<b>99,3</b>
Assistance médicale gratuite, art. 115	7,0	2,0	0,4	0,4
Autres et sans protection	17,1	2,4	0,4	0,3
Total sans Sécurité sociale	24,1	4,4	0,8	0,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Insee-Enquête Santé.

**Lecture** : alors que 45 % des résidents en France disposaient de la sécurité sociale sans complémentaire en 1960, 16 % étaient dans cette situation en 1991.

**Commentaires** : les données sont issues des différentes enquêtes décennales de santé qui sont réalisées en population générale. A noter que le mode de couverture ne préjuge pas toujours du niveau de remboursement : le ticket modérateur connaît des taux divers (dans le temps et en fonction des prestations servies) qui sont supportés par les assurés et couverts seulement de façon partielle par les assurances complémentaires.

---

## Conforter les acquis

L'amélioration de la santé, jusqu'aux années soixante-dix, en France comme dans l'ensemble des pays développés, a été en grande partie liée à la diminution considérable des maladies infectieuses et de leurs conséquences. Cette diminution est elle même en relation avec l'élévation du niveau de vie, le progrès des techniques (vaccinations, antibiotiques) et les progrès de l'hygiène du milieu (eau potable, assainissement).

Les autres facteurs de l'environnement susceptibles d'entraîner des problèmes de santé (pollution atmosphérique, nucléaire) font l'objet d'une particulière attention.

Enfin, les comparaisons internationales montrent que les habitudes alimentaires de la population française, à l'exception de la consommation excessive d'alcool sont globalement plutôt favorable au maintien d'un bon état de santé.

Il convient cependant, dans chacun de ces domaines de poursuivre les actions menées et de demeurer vigilant, de manière à conforter ces acquis.

## Les maladies infectieuses

L'épidémiologie des maladies transmissibles s'est beaucoup modifiée dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, avec l'amélioration de l'hygiène du milieu et de l'habitat, la découverte des antibiotiques et la multiplication et l'élargissement des vaccinations.

C'est ainsi que certaines maladies ont pu être jugulées jusqu'à l'éradication : la variole, au niveau mondial ; la poliomyélite, au niveau national, dont on recensait plusieurs milliers de cas annuels, avant l'obligation vaccinale en 1965, et qui est éliminée depuis plusieurs années. Cependant, ces résultats doivent être confortés par une vigilance continue : toute baisse de la couverture vaccinale peut entraîner la réapparition de foyers épidémiques, comme on l'a vu pour la poliomyélite aux Pays-Bas fin 1992. S'il s'agit d'une diminution généralisée de l'immunisation de la population, l'épidémie peut durer plusieurs années : c'est le cas de la diphtérie dans les pays de l'ex-Union Soviétique, depuis 1991.

Dans le domaine des vaccinations, des progrès restent à faire vis-à-vis de certaines maladies, telles que la rougeole, la rubéole et les oreillons, qui font l'objet d'une campagne nationale de vaccination depuis 1990 : la couverture vaccinale, de 76 % à l'âge de 6 ans en 1992, doit augmenter d'encore au moins 10 % pour qu'apparaisse une « immunité collective ». La lutte contre l'hépatite B entre dans une nouvelle phase avec l'extension de la vaccination en 1994, au-delà des groupes à risques, aux pré-adolescents et aux nourrissons. La tendance à associer un nombre de plus en plus élevé de vaccins dans la même seringue a constitué un progrès important. Il convient cependant d'être vigilant sur le contrôle du niveau de protection conféré par ces nouveaux vaccins au fur et à mesure de leur apparition sur le marché.

Enfin, le souci des vaccins est plus présent pour les enfants que pour les adultes. Or de nombreux vaccins sont recommandés pour les adultes et il serait judicieux d'évaluer la couverture vaccinale des adultes en France et de mener les actions d'éducation pour la santé nécessaire à son amélioration.

Certaines pathologies anciennes se modifient sous nos yeux : c'est le cas de la tuberculose dont l'incidence, après une décroissance régulière, s'est stabilisée puis croît légèrement depuis 1992. Quelques souches multirésistantes aux antituberculeux apparaissent. La survenue de cette affection chez des patients infectés par le VIH donne de nouveaux tableaux cliniques. La résistance aux antibiotiques de plusieurs germes courants pose de graves problèmes thérapeutiques, notamment pour le pneumocoque, le staphylocoque, etc.

Les infections contractées à l'hôpital (nosocomiales) ont également une place importante dans la pathologie actuelle, du fait de l'augmentation des hospitalisations, des traitements de plus en plus complexes et de leur prévention possible, au moins en partie, par le strict respect des règles d'hygiène.

Dans les départements d'outre-mer, l'existence d'endémies spécifiques, à l'exemple du paludisme et de la fièvre jaune en Guyane ou de la dengue aux Antilles, justifie le maintien de services de lutte antivectorielle.

L'évolution des modes de vie et les possibilités offertes par les progrès des transports se sont traduites par le développement de voyages de plus en plus nombreux et de plus en plus lointains, y compris pour les personnes âgées. Ces voyages exposent à des risques qui, pour la plupart, peuvent être prévenus. Cependant l'information est encore mal connue des voyageurs et parfois des professionnels de santé. Il serait utile de créer le réflexe « Voyage-Santé » chez les voyageurs et de réactualiser les informations des professionnels.

Enfin de nouveaux agents transmissibles se manifestent : outre le VIH dans les années quatre-vingt, ce sont les « prions » de nature encore mal identifiée, qui sont responsables « d'encéphalopathies subaiguës spongiformes » chez l'animal, mais aussi chez l'homme (maladie de Creutzfeld-Jakob). De nombreuses recherches sont en cours pour mieux cerner ces « agents non conventionnels », connaître les modalités de leur transmission, donc les moyens de l'éviter et enfin pour mettre au point des traitements.

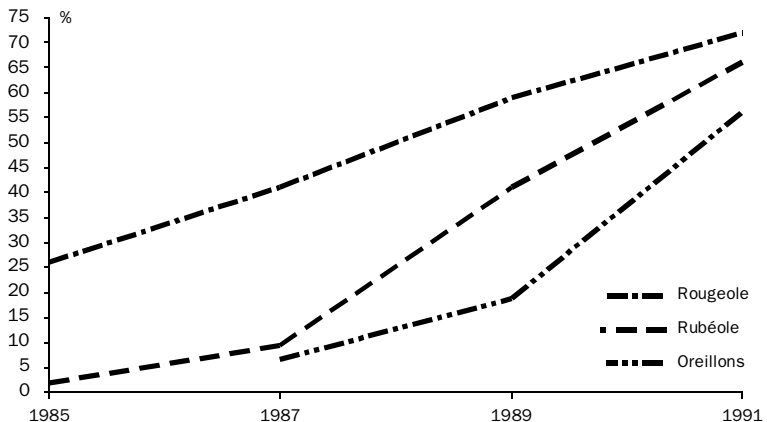
## Indicateurs **Couverture vaccinale contre DTCP à 24 mois (en %)**

Année d'observation	Vaccins contre diphtérie-tétanos	Vaccins contre la coqueluche	Vaccins contre la polio
1990	96,4	94,3	96,1
1991	95,7	94,1	95,3
1992	94,0	93,0	94,0

Source : Sesi.

**Commentaire :** sont considérés comme correctement vaccinés les enfants ayant bénéficié des trois injections de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite. Les données sont issues de l'exploitation des certificats de santé du vingt-quatrième mois effectués par les services PMI de chaque département (informations recueillies pour plus de 60 % des enfants, et considérées comme représentatives).

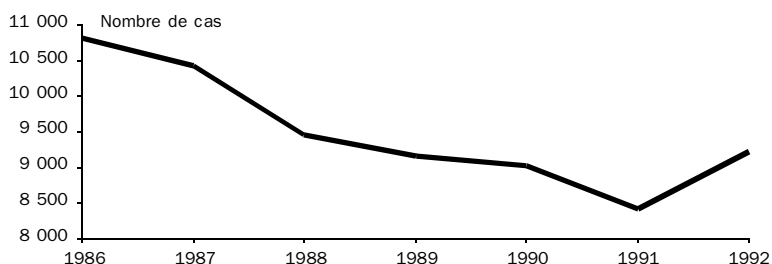
## Couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons chez les enfants de 6 ans



Source : LNS-Sesi-Education nationale.

**Commentaire :** les résultats ont été obtenus grâce à des enquêtes spécifiques réalisées sur échantillon en milieu scolaire et selon des procédures identiques.

### Evolution du nombre de cas déclarés de tuberculose

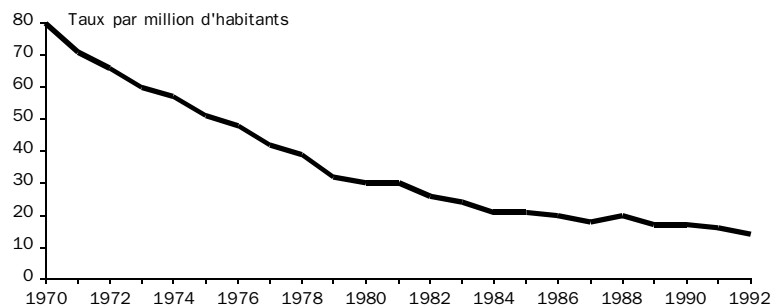


Source : DGS.

**Commentaire :** la déclaration des cas de tuberculose, bien qu'obligatoire, en sous-estime le nombre. La recrudescence des cas constatée en 1992, est sans doute le fait d'un double phénomène : meilleure déclaration et augmentation du nombre de cas.

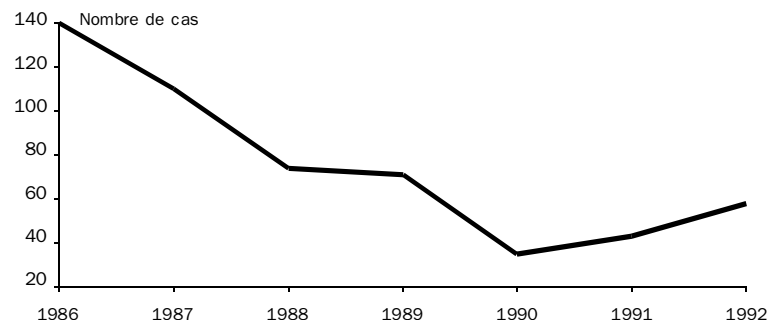
### Mortalité par tuberculose

(taux de mortalité standardisés par âge)



Source : Inserm-SC8.

### Incidence du tétanos



Source : DGS.

**Commentaire :** la rareté des cas de tétanos et leur hospitalisation quasi systématique amène à penser que leur déclaration est effectuée de manière homogène dans le temps.

---

## L'environnement

L'environnement physique est un facteur important de la qualité de la vie et de la santé. De nombreux problèmes d'hygiène du milieu sont actuellement maîtrisés. Certains progrès peuvent cependant encore être réalisés et une vigilance constante est nécessaire face aux risques potentiels qui menacent la qualité de l'environnement.

Dans certains domaines, des effets sur la santé publique restent à craindre parce que les mesures préventives sont insuffisamment appliquées. Deux secteurs sont particulièrement préoccupants : les nuisances dues au bruit et les intoxications au monoxyde de carbone. Ces dernières, qui peuvent parfaitement être prévenues, entraînent encore environ deux cent cinquante décès chaque année.

Dans d'autres domaines, d'importants problèmes de santé publique ont été jugulés, mais une poursuite des actions est impérative sous peine de les voir réapparaître :

- les eaux d'alimentation : elles peuvent encore être contaminées par des micro-organismes si la maintenance des installations de traitement de l'eau est insuffisante, ce qui se peut se produire dans les petites communes rurales ;
- l'alimentation : le problème de la contamination microbiologique est bien contrôlé dans l'ensemble, mais on observe encore quelques épisodes de toxi-infections alimentaires collectives parfois de grande ampleur (en particulier par salmonelle et listeria) ;
- les déchets radioactifs : traitement et stockage sont maîtrisés mais la multiplication des petits producteurs de déchets et la circulation des produits radio-actifs venant de l'Europe de l'est nécessitent une vigilance renforcée ;
- les installations nucléaires : les rejets sont bien contrôlés ; cependant, la gravité potentielle d'un accident est telle qu'il est indispensable de ne pas relâcher la surveillance.

Dans certains domaines de nouveaux risques se font jour dont il convient de surveiller de près l'évolution ; certains secteurs particuliers sont encore insuffisamment connus ou peu suivis.

Pour les eaux d'alimentation, c'est le cas de certains champignons ou parasites.

La pollution de l'air à l'intérieur des locaux peut poser de nouveaux problèmes du fait des modifications des modes de vie et notamment de l'augmentation de la climatisation des immeubles et d'un temps de plus en plus important passé à l'intérieur des locaux.

En matière de pollution atmosphérique, l'ozone nécessite une surveillance spécifique, actuellement en cours de réalisation. La pollution par les véhicules à moteur impose dans les grandes villes des décisions quand aux schémas de développement des transports. L'augmentation de la prévalence de l'asthme et des allergies demande des investigations complémentaires.

Enfin deux types de déchets posent des problèmes spécifiques. Il s'agit des déchets agricoles (400 millions de tonnes/an) et des boues d'épuration dont l'épandage entraîne une pollution des sols puis des eaux et aliments ; des recherches et la mise au point d'une réglementation sont nécessaires.

Les déchets de soins (750 000 tonnes/an) posent un problème différent ; en effet, les techniques de traitement sont de plus en plus performantes mais il reste à créer les filières, à prévoir une réglementation et à diffuser une information sur leur usage.

Dans d'autres domaines, il n'y a pas de problème de santé publique majeur mais il est encore possible d'améliorer les résultats :

- les eaux de loisirs : le contrôle sanitaire est obsolète (piscine : dermatophytes, baignades en eaux douces : leptospires et cercaires). De nouvelles mesures de prévention seront nécessaires, reposant sur la modification du comportement des utilisateurs et le contrôle du milieu ;
- l'assainissement : il peut être encore amélioré en augmentant le nombre de stations d'épuration.

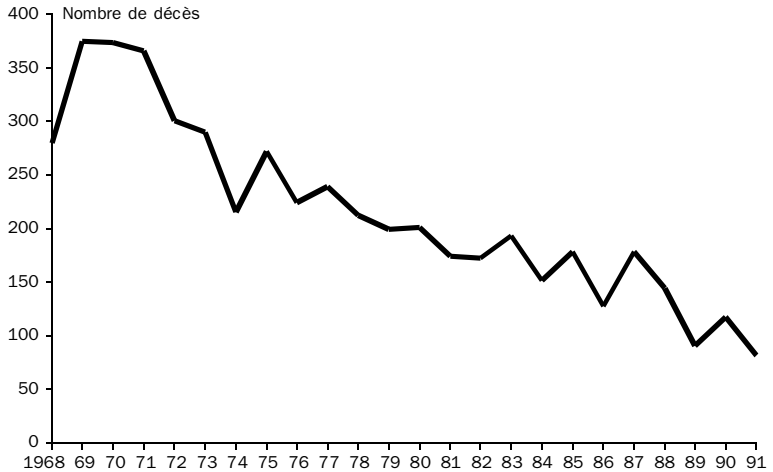
Enfin, dans certains domaines les risques demeurent encore incertains ce qui nécessite un approfondissement des recherches ou des investigations : les champs électromagnétiques, l'amiante, la radioactivité extérieure et dans l'habitat (radon), les micropolluants, pesticides et dérivés des produits de traitement de l'eau et les situations de pollutions accidentelles constituent autant de risques d'exposition dont l'impact sur la santé mériterait d'être mieux exploré.

Le cas particulier du plomb : ce problème a acquis récemment une plus grande acuité en raison de la découverte d'un effet toxique même à très faible dose.

Les méthodes de réduction du risque dans les eaux d'alimentation sont connues mais nécessitent des investissements extrêmement importants qui ne pourront être réalisés que de façon progressive. Par ailleurs, la totalité des régions à haut risque n'est pas encore identifiée.

La source principale d'exposition est représentée par les anciennes peintures contenant de la céruse. Des programmes de réduction du risque et de dépistage des enfants intoxiqués ont débuté en 1994.

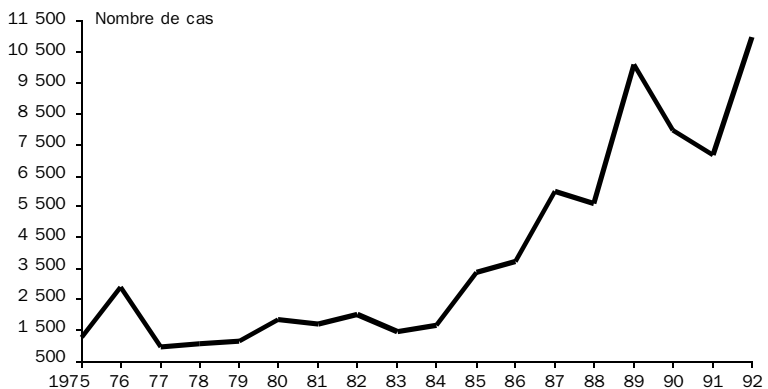
**Indicateurs** **Nombre de décès accidentels en France par intoxication au monoxyde de carbone**



Source : Inserm-SC8.

**Commentaire :** le nombre de décès par intoxication au monoxyde de carbone, notifié dans les certificats de décès est très vraisemblablement sous-évalué (les cas notifiés correspondraient à 50 % des décès). Dans l'hypothèse où la sous-évaluation reste constante, les tendances constatées restent intéressantes.

**Personnes ayant présenté une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) déclarée**



Source : DGS.

**Commentaire :** les chiffres sont obtenus à partir des déclarations obligatoires, ils sont sans doute sous estimés et doivent être interprétés avec vigilance. Preuve en est l'augmentation du nombre de cas observés entre 1986 et 1989 : durant cette période ont été menées des actions de sensibilisation auprès des différents partenaires chargés de l'investigation des Tiac (médecin généraliste, Ddass, DSV).



### Qualité microbiologique des eaux destinées à l'alimentation

	1979-1980-1981	1989-1990-1991	1991
Champ	Toutes les unités de distribution (UD)	UD desservant moins de 10 000 habitants	UD desservant plus de 10 000 habitants
seuil : % d'analyses d'eau non conforme	Supérieur ou égal à 30 %	Supérieur ou égal à 30 %	Supérieur ou égal à 5 %
nombre d'UD concernées	4 172	5 788	109
Population concernée (millions d'habitants)	2,3	1,74	3,47

Source : DGS.

**Lecture** : l'eau distribuée à 2,3 millions d'habitants sur la période 79-81 n'a pas été conforme au niveau microbiologique pour plus de 30 % des analyses réalisées.

**Commentaire** : les unités desservant moins de 10 000 habitants sont au nombre de 20 000 et concernent 20 millions d'habitants. Les unités desservant plus de 10 000 habitants sont au nombre de 931 et concernent 36 millions d'habitants. Les conditions de réalisation des enquêtes étant différentes, les comparaisons sont délicates. Toutefois, la situation peut être considérée comme stationnaire voire en amélioration pour 1990 par rapport à 1980 ; en effet, les unités desservant 10 000 habitants ne dépassant pratiquement jamais le seuil des 30 % d'analyses non conforme sur 3 ans, on peut estimer qu'il y a une diminution de l'ordre de 25 % du nombre des personnes concernées par une distribution d'eau non conforme.

### Qualité physico-chimique des eaux destinées à l'alimentation (teneur en nitrates)

	1979-1980-1981	1985-1986-1987	1989-1990-1991
Valeur moyenne supérieure à 50 mg/l (NO <sub>3</sub> )	1,16 Mhab 584 UD	0,86 Mhab 707 UD	0,72 Mhab 707 UD
Un seul dépassement de la limite de 50 mg/l (NO <sub>3</sub> )	2,18 Mhab 1 010 UD	1,7 Mhab 1 074 UD	5,1 Mhab 1 308 UD

Mhab : millions d'habitants.  
UD : unités de distribution.

Source : DGS.

**Lecture** : sur la période 79-81, 584 unités de distribution ont eu une teneur moyenne en nitrates, calculée sur les trois ans, supérieure à 50 mg/l. Les 584 UD desservaient 1,16 million d'habitants (sur les 54 millions de la métropole).

**Commentaire** : l'enquête porte sur la totalité de la population française et la totalité des réseaux de distribution. Le nombre de contrôle variant selon la taille des unités de distribution, l'analyse des résultats est faite sur trois ans.

Les enquêtes font apparaître :

- une amélioration de la situation des unités de distribution pour laquelle des dépassements fréquents de la valeur limite de 50 mg/l (NO<sub>3</sub>) étaient observés (la valeur moyenne est significative de ces situations) ;
- une augmentation des cas où des dépassements très ponctuels sont observés du fait d'une détérioration probable de la ressource en eau ; cela concerne notamment des unités desservant des populations importantes, le pourcentage d'analyse non conformes restant très faibles dans ces cas (inférieur à 1 %).

---

## La nutrition

La nutrition est un facteur important de santé et de bien-être. En effet, si l'alimentation permet de couvrir nos différents besoins qualitatifs et quantitatifs en nutriments, elle donne aussi l'occasion à chacun de développer une activité sociale et affective propre à favoriser un équilibre de vie correspondant à une approche globale de la santé.

Au cours du siècle écoulé, la France a vu ses ressources alimentaires évoluer considérablement. Cette transformation de l'offre permet à la France d'aujourd'hui d'appartenir à un groupe privilégié de pays dont la quasi totalité de la population ne souffre pas de sous-alimentation. Cet acquis toujours fragile a joué un rôle essentiel dans l'amélioration générale de la santé des Français.

La nutrition est un secteur qui suscite l'émergence et la valorisation de multiples informations contradictoires. Ce débat public se fait trop souvent dans un climat polémique et passionné, alors qu'il doit rester avant tout l'objet de réflexions et d'échanges scientifiques. Les intérêts économiques ne devraient pas influencer aussi fortement l'avancée des connaissances et surtout la valorisation préférentielle de certaines recherches.

### **Deux grands champs de la nutrition humaine sont très largement ouverts à ce flux d'informations contradictoires.**

● L'observation des habitudes alimentaires des Français : les évolutions paradoxales de l'alimentation des Français ont été mises en avant pendant de nombreuses années : augmentation de la consommation de sucre, de graisses, de viande, ... stabilité ou diminution de la consommation de fruits et légumes, de pain, ... Aujourd'hui, les propos des spécialistes sont plus nuancés et ceci pour deux raisons principales :

- le développement des études épidémiologiques permet d'avoir une approche relativement fine de ces habitudes de vie. En effet, pendant de nombreuses années, ces calculs ont été effectués à partir de tables de composition des aliments aux données (composition en nutriments) imprécises. Par ailleurs, l'informatique a permis une plus grande accessibilité à des techniques modernes d'enquêtes alimentaires et donc la multiplication d'investigations plus sûres auprès de publics diversifiés.

- après plusieurs décennies d'évolution très sensible de leur alimentation, les Français opteraient pour un certain conservatisme et une protection implicite de leur patrimoine alimentaire. Les études récentes sur la nutrition des adolescents (groupe

d'âge particulièrement sensible à la nouveauté) et le débat sur le paradoxe français en matière de maladies cardio-vasculaires sembleraient confirmer cette tendance. Une des hypothèse majeure expliquant la faible prévalence de ces pathologies en France (par rapport à d'autres pays à niveau de développement équivalent), serait la spécificité de certaines habitudes alimentaires.

● Les liens entre certaines pathologies et la nutrition : dans tous les domaines scientifiques, la connaissance évolue. La nutrition n'échappe donc pas à cette règle. Il y a, par exemple sur les liens entre maladie cardio-vasculaire et nutrition ou cancer et alimentation, des recherches qui se multiplient, des hypothèses qui s'ébauchent et des connaissances qui progressent.

En termes de santé publique et de messages de prévention à la population, ces évolutions scientifiques n'ont pas eu de conséquences majeures sur les recommandations à faire. Les règles de base pour un équilibre alimentaire, facteur de santé, ont peu évolué au cours de cette dernière décennie.

**Des recommandations peuvent être faites pour conforter les acquis et améliorer la nutrition des Français. Deux sont prioritaires :**

● Trouver dans notre patrimoine alimentaire la source principale de notre équilibre nutritionnel : les repas structurés sont des facteurs essentiels d'équilibre nutritionnel. L'organisation des prises alimentaires autour de trois repas principaux est donc à maintenir quel que soit l'âge des individus. Elle permet une plus grande diversité des sources nutritionnelles et favoriser la convivialité ainsi que le bien-être des individus.

● Favoriser une approche populationnelle adaptée aux réalités de publics spécifiques. Trois populations doivent bénéficier d'une attention particulière en terme de prévention et d'équilibre alimentaire :

• les adolescentes (apport souvent insuffisant en calcium et en folates) et les jeunes femmes (déficit en vitamine D, en iode, en folates) ;

• les personnes âgées exposées à des malnutritions qui fragilisent un état de santé souvent précaire ;

• les publics les plus démunis qui dans le contexte économique actuel ont une alimentation parfois déséquilibrée.

**Sur le plan de la recherche, plusieurs axes pourraient être développés. Deux sont particulièrement importants :**

● Disposer d'outils fiables qui puissent évaluer régulièrement l'évolution de l'alimentation des Français : les méthodologies d'investigations actuelles nous permettraient de disposer facilement de ces informations essentielles pour orienter les choix de santé publique en nutrition.

- Encourager les recherches portant plus spécifiquement sur les technologies actuelles de culture, de transformation et de conservation des aliments en rapport avec la santé des individus : l'aliment qui se trouve dans l'assiette des Français est encore le produit de la nature. Mais aujourd'hui plus qu'hier, l'homme « entoure » de ses technologies nouvelles le processus de sélection, de croissance, de transformation et de conservation de cette nourriture. Cette « optimisation » des produits a-t-elle des conséquences directes ou indirectes sur la santé ? Quel est l'impact du développement de la préparation industrielle des aliments et du recours croissant à l'alimentation collective ?

Evaluer les modalités les moins nocives et les plus efficaces d'apports nutritionnels supplémentaires pour certains groupes de population : par supplémentation des aliments de base, apport supplémentaire spécifique (ligne d'aliments pour femmes enceintes), ou forme médicamenteuse en automédication ou sur prescription médicale.

Un dernier élément est essentiel à prendre en compte pour redonner à la nutrition sa place en Santé publique : le développement d'une véritable culture de l'information en nutrition. Au-delà d'un débat scientifique de spécialistes ou d'intérêts économiques particuliers, il faut mettre à la disposition du public des références et des repères pour adopter ou conserver des habitudes alimentaires, facteurs d'équilibre et de santé.

### Indicateurs **Surcharge pondérale** (en %)

BMI	Hommes		Femmes	
	1980-81	1991-92	1980-81	1991-92
BMI < 24,9 kg/m <sup>2</sup>	60.8	60.4	73.7	72.7
25 < BMI < 29.9 kg/m <sup>2</sup>	33,0	33.3	20,0	20.3
BMI > 30 kg/m <sup>2</sup>	6.2	6.3	6.3	7,0

Source : Sesi-Enquête Santé.

**Commentaire :** l'excès de poids est mesurée par la valeur du BMI (*Body Mass Index*), c'est à dire l'indice poids/taille<sup>2</sup>. On peut utiliser comme limite une valeur de 25 ou de 30 kg/m<sup>2</sup>. Les données sont obtenus par déclaration du poids et de la taille des personnes adultes enquêtés lors des enquêtes décennales de santé.

## Composition de la ration énergétique totale

## Enfants, adolescents

Apport moyen en % de la ration énergétique	2 à 6 ans		6 à 10 ans		10 à 14 ans		14 à 18 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Protéines totales	15,9	16,3	14,7	15,1	15,4	15,9	14,9	16,1
Glucides totaux	48,2	46,5	47,7	46,4	47,0	46,8	49,3	45,6
Lipides totaux	33,4	34,6	35,2	36,1	35,3	35,0	33,7	35,8

## Adultes

Apport moyen en % de la ration énergétique	18-30 ans		30-40 ans		40-50 ans		50-65 ans		65 ans et plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Protéines totales	15,7	17,2	16,3	17,4	16,1	18,3	15,1	18,0	15,2	16,5
Glucides totaux	45,9	43,1	41,9	39,8	39,7	39,0	40,4	42,4	42,0	45,2
Lipides totaux	34,7	36,7	34,4	38,2	34,8	37,4	33,1	35,2	33,4	33,8
alcool	1,3		4,9	1,9	6,8	2,5	9,0	1,8	7,0	2,0

Source : "Consommation alimentaire d'un échantillon représentatif de la population du Val-de-Marne", Hercberg et coll, RESP, n°3, 1991.

**Lecture** : en moyenne, en 1990, 46,4 % de la ration énergétique des filles de 6 à 10 ans du Val-de-Marne était apportée par les glucides totaux.

**Commentaire** : les données sont issues d'une enquête réalisée en 1989 auprès d'un échantillon représentatif (1 100 personnes) de la population du département du Val de Marne. Bien que ce département ne soit pas un département-type de la population du pays, on peut considérer que les informations obtenues constitue un témoignage intéressant des habitudes alimentaires.

---

## Chapitre 2

---

# Implanter la démarche de santé publique

Il ne suffit pas de proposer des objectifs de réduction des problèmes de santé qui affectent la population et les modalités d'actions qui apparaissent comme les plus efficaces pour atteindre chacun de ces objectifs. Il est aussi nécessaire d'organiser les conditions qui permettront aux institutions et aux professionnels de contribuer à la réalisation de l'ensemble des objectifs proposés et aux individus, aux familles et aux communautés d'améliorer leur santé.

La démarche proposée comporte quatre axes majeurs :

- structurer la politique de santé publique ;
- se donner les moyens de la mettre en œuvre ;
- faciliter la conception, le suivi et l'évaluation des programmes de santé par l'amélioration des systèmes d'information et d'aide à la décision ;
- agir avec les individus, les milieux de vie et les professionnels qui sont à leur contact.

Cette démarche doit permettre aux institutions de recentrer leurs activités sur les problèmes de santé de la population et les déterminants de ces problèmes. Elle vise dans le même temps à accroître les capacités des populations, en particulier les plus démunies, à mieux maîtriser les facteurs qui influencent leur propre santé.

## Structurer la politique de santé publique

**Un programme-cadre ayant une forte légitimité...**

L'adoption d'un programme-cadre de santé publique comportant des objectifs explicites d'amélioration de la santé devrait permettre de favoriser la mobilisation, la concertation et la coordination des différents acteurs pour atteindre des buts communs et orienter de façon plus claire et plus pertinente l'attribution des ressources. L'élaboration d'un tel programme ne peut pas reposer uniquement sur des propositions d'experts. Les choix

proposés par les experts devraient faire l'objet d'un débat public, y compris au niveau parlementaire.

**... décliné au niveau régional**

Le niveau régional apparaît comme un bon niveau pour la déconcentration d'une politique nationale de santé et l'orientation stratégique des ressources. Il ne s'agit pas, dans chaque région, de reprendre en format réduit le programme-cadre national mais d'élaborer des politiques régionales en cohérence avec ce programme-cadre et tenant compte des besoins spécifiques de la région.

**Le décloisonnement et la coordination des centres de décision**

Les centres de décision en matière de santé sont nombreux (Etat, collectivités locales, Assurance-Maladie, pour ne citer que les plus importants). Ils n'ont pas nécessairement une politique coordonnée, y compris lorsque leurs compétences respectives devraient être complémentaires comme par exemple dans la lutte contre le cancer. Les rôles respectifs de l'Etat et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, en matière de définition, de mise en œuvre, de gestion, de financement et de contrôle des activités et des structures de santé, mériteraient particulièrement d'être clarifiés.

Les compétences des organismes et des collectivités locales reposent sur une accumulation de textes successifs. Une nouvelle loi de santé publique serait nécessaire pour préciser le cadre juridique des responsabilités des uns et des autres et faciliter la mise en œuvre d'une véritable politique de santé.

Sur la base de priorités régionales, une programmation stratégique des actions de santé permettrait de développer la coordination des différents partenaires et de compléter les schémas régionaux d'organisation des soins en structurant en amont les activités de promotion de la santé, d'éducation pour la santé et de prévention, et en aval les activités de réhabilitation et de réinsertion.

## **Se donner les moyens de mettre en œuvre la politique de santé**

**Donner une place suffisante à la promotion, à la prévention et à l'éducation pour la santé**

Il apparaît de façon très claire qu'un certain nombre de facteurs liés au style de vie sont associés à la plupart des problèmes de santé évitables. Il ressort également que certains groupes sont davantage que d'autres affectés par ces facteurs

L'impact du système de soins sur ces déterminants et leurs conséquences sur la santé est relativement limité. Or, la part

---

relative de ressources intellectuelles, humaines, matérielles et financières investies dans la prévention demeure très limitée (2,3 % de la dépense courante de santé en 1992 contre 14,9 % pour les seules dépenses de médicaments). Un rééquilibrage est nécessaire. A l'exemple du Sida, certains problèmes essentiels tels que l'alcoolisme, le tabagisme, les accidents, de même que les actions de promotion de la santé en milieu défavorisé, devraient être considérés comme des grandes causes nationales et bénéficier d'enveloppes budgétaires protégées.

Les ressources des services de médecine préventive pourraient être en partie réorientées, à l'exemple de la santé scolaire, vers des actions collectives de promotion et d'éducation pour la santé aux dépens de la réalisation d'examens ou de bilans dont l'efficacité n'est pas toujours démontrée. Pour être réellement efficace, cette réallocation des ressources doit s'accompagner d'un développement de la formation, de la recherche et de l'évaluation.

Enfin, les activités d'éducation pour la santé et de conseil des professionnels de santé devraient être valorisées.

**Développer  
la pratique,  
la recherche  
et l'enseignement  
de santé publique**

Les professionnels de santé publique, qu'ils soient médecins ou qu'ils aient une autre formation initiale, sont peu nombreux, isolés, insuffisamment formés et relativement mal reconnus. Pour susciter le développement d'initiatives en santé publique, l'élaboration de programmes de santé, leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation, la bonne volonté ne suffit pas. Une organisation de qualité a besoin de professionnels de santé publique de haut niveau technique. Il est nécessaire de renforcer leur nombre dans l'ensemble des institutions publiques qui ont à impulser, à soutenir ou à coordonner les actions de santé.

Pour être attractives, les professions de santé publique doivent être valorisées, autant par une rémunération équitable que par l'exigence d'un haut niveau de formation. Promouvoir qualitativement et quantitativement la formation en santé publique est un défi pour notre pays qui a dans ce domaine un retard considérable. L'école nationale de Santé publique forme une partie importante des professionnels de santé publique suivant des modalités qui se sont profondément transformées ces dernières années. Cependant de nombreux professionnels ayant à œuvrer dans le champ de la santé publique restent à l'écart de toute exigence de formation spécifique. La formation à l'épidémiologie, qui est relativement bien développée, est nécessaire mais non suffisante ; elle doit être complétée par l'apport des sciences sociales, du droit, des outils de management et des sciences économiques, toutes disciplines en général absentes des facultés de médecine. Le développement de quatre à cinq pôles de formation en santé publique, regroupant ces compétences mul-



tidisciplinaires et formant avec l'ENSP un réseau national synergique est une priorité pour les cinq ans qui viennent. La santé publique en France est une discipline que les enseignants ne pratiquent généralement pas, que les praticiens n'enseignent pas et que les chercheurs ni ne pratiquent ni n'enseignent. Le décloisonnement de ces trois grandes fonctions, enseignement, pratique et recherche, l'ouverture de passerelles et de possibilités de double exercice favorisera l'essor de la santé publique en tant que discipline.

## **Faciliter la conception, le suivi et l'évaluation des programmes de santé par l'amélioration des systèmes d'information et d'aide à la décision**

Les systèmes d'information ont une importance stratégique pour la gestion d'une politique de santé au niveau national comme au niveau régional ou local.

L'élaboration du rapport sur la santé en France et les travaux qui ont permis la proposition d'objectifs ont montré que le problème était moins d'augmenter la quantité d'information, qui est en réalité considérable, que d'améliorer sa pertinence et de faire en sorte qu'elle soit réellement utile à la prise de décision. Plusieurs orientations sont à développer simultanément. Les informations nécessaires et suffisantes au suivi et à l'évaluation de la politique de santé peuvent être définies dès lors que cette politique devient explicite. La coordination des différents organismes, (services nationaux, observatoires, réseaux, registres) est également facilitée par la référence à des objectifs communs. Elle peut être assurée par l'adoption de projets partagés dont le rapport sur la santé en France est un bon exemple.

Le progrès du dialogue entre décideurs et chercheurs est souhaitable, tant pour améliorer la qualité des décisions que pour accroître la pertinence des recherches en santé publique. Le recours à l'expertise collective proposée notamment par l'Inserm (analyse de l'état de la science dans un domaine particulier et synthèse des lignes de force), peut constituer un outil de communication efficace.

Enfin, il conviendrait d'étudier les mesures d'incitation qui permettraient aux organismes et aux professionnels d'adopter, dans tous les domaines de la santé, une attitude favorable à l'évaluation.

---

## **Agir avec les individus, les familles, les milieux de vie et les professionnels de santé avec lesquels ils sont en relation**

L'amélioration de la santé nécessite l'implication simultanée des individus, des familles, des collectivités, des professionnels, des institutions et des pouvoirs publics. Les relations ont été marquées, dans le passé, par les attitudes paternalistes des uns, auxquelles répondaient les attitudes passives ou revendicatrices des autres. Ce schéma devrait évoluer vers un dispositif dans lequel les professionnels agiraient comme révélateurs et soutiens des potentialités des individus et des familles au lieu de se substituer à eux. Dans un tel dispositif, les pouvoirs publics auraient pour tâche d'organiser les conditions permettant aux professionnels de jouer ce rôle et aux groupes sociaux, aux familles et aux individus de maintenir ou de retrouver le meilleur état de santé possible.

### **Un usager citoyen actif**

Le débat public dans le domaine de la santé est largement dominé, à l'exception des problèmes éthiques et des grandes causes telles que le Sida ou la toxicomanie, par les « scandales » médicaux. Cette irruption du citoyen dans la sphère de la santé peut contribuer à faire progresser la qualité des décisions et la qualité des soins. Limitée à ce stade, elle peut aussi avoir des effets pervers. La recherche de la sécurité, comme fin en soi, éclipse les grands enjeux de la santé ; elle est susceptible de drainer des ressources humaines et financières sans commune mesure avec l'importance réelle des problèmes qu'elle entend résoudre. C'est l'une des raisons pour lesquelles les choix d'une politique de santé ainsi que les orientations d'une réforme de l'organisation des soins et de leur mode de financement devraient être l'occasion d'organiser un large débat public.

La reconnaissance de l'importance des comportements individuels dans la survenue des problèmes de santé a entraîné, dans les années soixante-dix, une large diffusion de l'idée selon laquelle les individus sont responsables de leur propre santé. La santé des groupes sociaux les plus favorisés a largement bénéficié de cette approche. La progression des connaissances au cours des années quatre-vingt a permis de mettre en évidence les relations entre les conditions de vie, l'adoption de comportements favorables à la santé et les problèmes de santé. Aux tenants de la théorie précédente s'opposent désormais ceux qui font du milieu social et culturel le principal déterminant de la santé et de l'action sociale, la source essentielle de son

amélioration. Enfin très récemment, l'enquête sur la santé des adolescents a mis en évidence, au-delà des catégories sociales, l'importance du milieu familial dans l'adoption par les jeunes d'un mode de vie favorable à la santé. Ces trois points de vue ne sont pas en réalité contradictoires. Le développement, particulièrement en milieu défavorisé, de projets s'appuyant sur les capacités d'initiative des groupes sociaux et des familles et leur permettant d'assurer un meilleur contrôle de leurs conditions de vie pourrait permettre l'adoption par les individus qui les composent de modes de vie plus favorables à la santé. Les pouvoirs publics pourraient jouer un rôle essentiel en favorisant ces initiatives, en levant les multiples obstacles qui s'opposent à leur réalisation, enfin en garantissant à chacun la satisfaction de besoins de santé aussi primaires que la nourriture et un logement décent.

L'utilisateur des services de soins est encore largement considéré comme un consommateur passif. Les personnes atteintes d'infection VIH ont fait évoluer de façon déterminante leurs relations avec les acteurs du système de santé. Elles sont désormais devenues des partenaires incontournables aussi bien dans le domaine de la prévention que dans celui des soins et de la recherche. Les tensions, et parfois les conflits provoqués par les usagers, ont fait évoluer le système dans le sens d'une amélioration significative des prestations. Les pouvoirs publics devraient mettre en place les mécanismes permettant de garantir les possibilités d'expression des usagers. Ces orientations pourraient se concrétiser par le développement d'un partenariat plus actif avec le tissu associatif très dense dont notre pays a la chance de disposer.

**Des prestations globales, coordonnées et accessibles**

La médecine française, dont on se plaît par ailleurs à reconnaître l'excellente qualité technique, est plus orientée vers le traitement des maladies que vers la prise en charge globale des personnes qui y ont recours. Au-delà des coûts qui restent à leur charge, la segmentation des interventions et la complexité des procédures constituent autant d'obstacles pour l'accès aux soins des plus défavorisés.

Les propositions dans ce domaine consistent à permettre l'orientation des interventions vers une prise en charge globale intégrant en particulier la prévention et l'éducation pour la santé sous forme de consultations-conseils rémunérées. Il s'agit également d'assurer la continuité de la prise en charge entre la ville et l'hôpital, le généraliste et le spécialiste, le sanitaire et le social en organisant, comme dans le domaine du Sida, des réseaux de soins et de services médico-sociaux coordonnés et des filières de prise en charge. Enfin les moyens informatiques

---

modernes, tels que la carte à puce, devraient être mis à contribution non seulement pour faciliter la tenue du dossier administratif des personnes mais aussi pour améliorer la qualité de leur dossier médical.

D'importants efforts de simplification, d'adaptation et d'humanisation de l'accueil sont à réaliser, en plus de la généralisation de la couverture sociale, pour rendre les soins de base accessibles aux plus démunis.

Des progrès sensibles peuvent encore être accomplis pour compenser l'incapacité, la perte d'autonomie fonctionnelle et la dépendance pour les activités de la vie quotidienne. Ils pourraient concerner trois domaines majeurs : l'accessibilité, l'insertion et la mise à disposition de biens et services adaptés. L'accessibilité des lieux publics, des logements, de la voirie et des transports doit viser à être universelle par la suppression progressive de toute barrière architecturale. L'amélioration de l'insertion pourrait bénéficier d'une approche communautaire des différents milieux de vie (écoles, entreprises, loisirs, ...). Les services devraient être mieux adaptés à la situation individuelle de chaque personne handicapée, ce qui nécessite à la fois une diversification de l'offre et une coordination étroite, autour de chacune des personnes, des différents prestataires de service. Enfin il serait nécessaire d'envisager des incitations au développement des techniques visant à compenser les incapacités les plus courantes.

### **Une formation adaptée pour les professionnels de santé**

Certains enseignements sont insuffisamment développés lors des formations hospitalo-universitaires qui véhiculent une conception de la santé essentiellement centrée sur la maladie. C'est ainsi que les formations initiale et continue devraient insister sur les dimensions relationnelles et les aspects sociaux et accorder une place plus importante à la culture de santé publique et aux pratiques de santé communautaire, de prévention et d'éducation pour la santé.

Les enseignements devraient également être améliorés sur des aspects particuliers, tels que la douleur et les maladies iatrogènes. Enfin les professionnels de santé devraient avoir développé, à l'issue de leurs études, des capacités à évaluer l'impact de leur actes et de leurs prescriptions sur la santé des personnes qui ont recours à leurs soins et à éviter la prescription d'actes de dépistage, de diagnostic ou de traitement dont l'utilité ne serait pas démontrée.

## **Prendre en considération les options qui précèdent dans la réorganisation du système de santé**

Notre système de santé présente plusieurs inconvénients qui constituent autant d'obstacles à la réalisation des objectifs envisagés. L'allocation des ressources et leur montant sont orientés non pas en fonction des besoins de la population, mais de l'offre des prestataires de service. Le système est inflationniste et les dépenses qu'il induit sont mal contrôlées. La spécialisation est valorisée aux dépens de la médecine générale. La couverture des dépenses induites par les soins empêche un investissement plus rentable de ressources dans d'autres secteurs de la santé. Le contrôle des dépenses de santé devient progressivement une fin en soi.

L'offre de soins préventifs ou curatifs devrait être soumise à deux impératifs et à une contrainte. Le premier impératif serait de prendre en compte les priorités de la politique de santé ; l'ensemble des activités qui concernent le système de santé dans le cadre de cette politique devrait y être intégré. Les priorités ne recouvrent cependant pas l'ensemble des prestations de soins nécessaires à la population. Le second impératif serait d'orienter l'offre de soins en fonction de choix reposant sur une appréciation éclairée des besoins de la population. La contrainte serait une enveloppe de crédits prédéterminée dont le niveau devrait être fixé à partir de critères transparents et dont le montant devrait être adopté après débat au Parlement.

La réalisation d'une grande partie des mesures qui concernent le système de santé implique fortement le médecin généraliste, à la fois parce qu'il est au contact direct des populations et parce qu'il est susceptible de jouer un rôle central de liaison avec les établissements de soins, les services médico-sociaux et les autres professionnels de santé exerçant en ville. Ses fonctions spécifiques, sa formation et les modalités de sa rémunération mériteraient d'être revues à la mesure de ce rôle.

## Signification des principaux sigles d'organismes

- AFLS : Agence française de lutte contre le sida  
Andem : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale  
ANRS : Agence nationale de recherche sur le Sida  
APHP : Assistance publique des hôpitaux de Paris  
CAT : Centre d'aide par le travail  
CDES : Commission départementale d'éducation spéciale  
CDES : Comité départemental d'éducation pour la santé  
CFES : Comité français d'éducation pour la santé  
Cres : Comité régional d'éducation pour la santé  
Cermes : Centre d'études et de recherches sur la médecine, les maladies et les sciences sociales  
CESDIP : Centre d'études supérieures de la distribution de Paris  
CHG : Centre hospitalier général  
CHR : Centre hospitalier régional  
CIE : Centre international de l'enfance  
Cnaf : Caisse nationale des allocations familiales  
CNAVTS : Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés  
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés  
CNFLRH : Comité national français de liaison pour la réadaptation des handicapés  
CNIS : Conseil national de l'information statistique  
CNR : Comité national des registres  
CNR : Centre national de référence  
CNRS : Centre national de la recherche scientifique  
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie  
Cotorep : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

- CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
- CreDES : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
- CreDOC : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
- Cresge : Centre de recherches économiques sociologiques et de gestion
- CTNERHI : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations
- DARES : Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (ministère du travail)
- Das : Direction de l'action sociale
- DH : Direction des hôpitaux
- Ddass : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- DIRMI : Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion
- Drass : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- DGLDT : Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie
- DGS : Direction générale de la santé
- DSS : Direction de la sécurité sociale
- DSV : Direction des services vétérinaires
- ENSM : Echelon national du service médical
- ENSP : Ecole nationale de la santé publique
- Fnors : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
- Gerd : Groupe d'étude et de recherche sur la douleur
- GIP : Groupement d'intérêt public
- HCSP : Haut Comité de la santé publique
- Igas : Inspection générale des affaires sociales
- Ined : Institut national d'études démographiques
- Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- INRETS : Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
- LNS : Laboratoire national de la santé (remplacé en 1993 par l'agence du médicament)
- Mire : Mission recherche expérimentation
- MSA : Mutualité sociale agricole
- OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
- OICS : Organe international de contrôle des stupéfiants
- OISR : Observatoire interministériel de la sécurité routière

- 
- OMS : Organisation mondiale de la santé
  - ORS : Observatoire régional de la santé
  - Orctis : Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants
  - PMI : Protection maternelle et infantile
  - RNSP : Réseau national de santé publique
  - RNTMT : Réseau national télématique de surveillance des maladies transmissibles
  - SEITA : Service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes
  - Sesi : Service des statistiques, des études et des systèmes d'information
  - Sdoi : Sous-direction de l'organisation et de l'informatique





## Bibliographie générale

ADRIAN (J.). – « La violence routière chez les jeunes de 15 à 24 ans ». In *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol 32, n° 4, oct.-déc. 1992, pp. 305-348.

AGGUZOLI (F.), LE FUR (Ph.), SERMET (C.). – *Clientèle et motifs de recours aux soins en médecine libérale. France 1992*. CreDES, n° 1008, mars 1994, 343 p. +193 p. annexes.

AIACH (P.), CEBE (D.), *Expression des symptômes et conduites de maladie : facteurs socio-culturels et méthodologiques de différenciation*. Collection Grandes enquêtes, Éd. Inserm Doin, Paris, juin 1991, 117 p.

Association nationale des présidents et vice-présidents des Commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers de psychiatrie. – *De la psychiatrie*. Éditions Les Bulletins d'Information Spécialisés, Nantes, 1994, 358 p.

BARRAU (A.). – *Socio-économie de la mort. De la prévoyance aux fleurs de cimetière*. – Collection Logiques sociales, L'Harmattan, Paris, 1992.

BAUDIER (F.), DRESSEN (Ch.), ALIAS (F.) (dir.). – *Baromètre santé 1992*. Éd. CFES, Vanves, 1994, 163 p.

BERNADIS (M.-A.) (dir.). – *L'homme et la santé*. Seuil, Paris, 1992, 319 p.

BOCOGNANO (A.), GRANDFILS (N.), LE FUR (Ph.), MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.). – *Santé, soins et protection sociale en 1992*. CreDES, n° 982, août 1993, 148 p.

BRUCKER (G.), FASSIN (D.). – *Santé publique*. Éd. Marketing, Paris, 1989, 848 p.

BUFOLO (F.). – *La taille et le poids des Français en 1991*. Rapport de stage IUT de Poitiers, Département Statistiques et Traitement informatique des données, Insee, Direction des statistiques démographiques et sociales, Paris, 1993, 33 p. +57 p. annexes.

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). – Enquête : accidents de la vie courante. Résultats 1991, *Bloc notes – statistiques*, n° 66, mai 1993.

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). – Statistiques nationales d'accidents du travail (années 1989-90-91) : statistiques financières et technologiques du régime général de la CNAMTS. CNAMTS, Paris, 1993.

CANGUILHEM (G.). – *Le normal et le pathologique*. Collection Quadrige, PUF, Paris, 1991, 232 p.

CELERIER (I.). – « 1,4 millions d'exclus en France ». In *Le Quotidien du médecin*, n° 5346, 8 février 1994, p. 36.

Centre d'études des revenus et des coûts (Cerc). – *Les Français et leurs revenus : le tournant des années 1980-1989*. La Découverte, La Documentation française, Paris, 1989, 275 p.

Centre d'études des revenus et des coûts (Cerc). – « Précarité et risques d'exclusion ». *Document du CERC* n° 109, La Documentation française, 1993, 169 p.

CHOQUET (M.). – *Les adolescents face aux soins*. Inserm, Paris, 1992, 76 p.

CHOQUET (M.), LEDOUX (S.). – *Adolescents*. Inserm, Paris, 1994, 284 p. +54 p. annexes.

COM-RUELLE (L.), RAFFY (N.). – « Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ? Analyse des freins et des facteurs en faveur de son développement ». *Credes*, n° 998, janvier 1994, 132 p.

Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc). – « Conditions de vie et aspirations des Français ». *Credoc*, mars 1989, Rapport du Credoc n° 58, 435 p. +68 p. ann.

Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc). – *L'état de la France 94-95*. La Découverte, Paris, 1994, 638 p.

Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc). – *La perception de la santé en France. Tome 1 : le sondage national*. Enquête commanditée par le HCSP, Credoc, Paris, février 1993, 57 p. +50 p. annexes.

DAB (W.). – *La décision en santé publique*. Éd. ENSP, Rennes, 1993, 292 p.

DEBOUT (M.) (Conseil économique et social). – *Le suicide*. Direction des journaux officiels, Paris, 1993, 90 p.

Documents statistiques. – « Les hôpitaux publics en 1992. Résultats H 80 ». N° 197, avril 1994, 229 p.

Documents statistiques. – « Les établissements d'hospitalisation privés en 1992. Enquête EHP 1992 ». N° 201, juin 1994, 209 p.

FAGOT-LARGEAULT (A.). – *Droits et sciences*. Sirey, Paris, 1991.

GARROS (B.), BOUVIER-COLLE (M.-H.). – « Les variations géographiques de la mortalité ». In *Mortalité et causes de décès en Franc*, Inserm, Doin, Paris, 1990.

Informations sociales. – « Santé et démocratie ». N° 26, 1993, 127 p.

Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). – *La société française. Données sociales 1993*. Insee, Paris, 1993.

Institut national d'études démographiques (Ined). – « La France au recensement de 1990 ». In *Population*, n° 6, nov.-déc. 1993, 463 p.

JESTIN (Ch.). – « Obligatoires ou recommandées, les vaccinations sont-elles bien pratiquées en France ? ». In *Solidarité santé – Études statistiques*, n° 3-4, mai-juin, juillet-août 1990, p. 19-33.

---

JOIN-LAMBERT (M.-Th.) et al. – *Politiques sociales*. Collection Amphithéâtre, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques ; Dalloz, Paris, 1994., 571 p.

LE BRETON (D.). – *La chair à vif. Usages médicaux et mondains du corps humain*. Éd. A.M. Métailié, Paris, 1993, 336 p.

MACKAY (J.). – *Atlas de la santé dans le monde*. Série Atlas n° 3, Éd. Autrement, 1993, 136 p.

MEYER (L.), COUTURIER (E.), BROSSARD (Y.), Groupe Prévadav. « Prévalence de l'infection par le VIH chez les patients consultants pour suspicion de MST. Une enquête anonyme non corrélée : Prévadav ». In *BEH*, n° 9, 1992.

« Prévalence de l'infection par le VIH chez les patients consultants pour suspicion de MST (Prévadav : 2<sup>e</sup> année) ». In *BEH*, n° 27, 1993.

COUTURIER (E.), BROSSARD (E.), LARSEN (Y.) et al. – « Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne ». In *BEH*, n° 33, 1991.

« Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région PACA ». In *BEH*, n° 47, 1992.

« Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne. Une enquête anonyme non corrélée : Prévagest (II<sup>e</sup> année : 1992-1993) ». In *BEH*, n° 38, 1993.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (Sesi). – *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales, édition 1993-1994*. Sesi, Paris, 1993, 292 p.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (Sesi). – « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1992 ». In *Documents statistiques*, n° 189, décembre 1993.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (Sesi). – *CID 1993. Chiffres et indicateurs départementaux. Tome 1 : La Métropole*. Ed. ENSP, Rennes, 1993, 172 p.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Service de l'information et de la communication (Sicom). – *Chiffres clés 1993*. Sicom, Paris, 1993, 34 p.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Direction des Hôpitaux, Mission Sida. – *Soins et sida. Les chiffres clés*. 3<sup>e</sup> édition. MASSV, Paris, mars 1994, 78 p.

MIZRAHI (A.), MIZRAHI (An.). – *Évolution des déficiences et des soins aux personnes âgées en institution. France 1977-1988*. CreDES, n° 966, mars 1993, 69 p.

MORMICHE (P.), BONNAUD (C.). – « Le recours aux soins se ralentit. Premiers résultats de l'enquête santé ». In *Insee Première*, n° 238, décembre 1992, 4 p.

Mutualité française, Mission interministérielle de recherche et expérimentation (Mire), Caisse régionale d'assurances maladie du Centre, Service Prévention. – *Souffrances et précarités au travail. Paroles de*

*médecins du travail*. Collection Alternatives sociales, Syros, Paris, 1994, 357 p.

National Institute of Public Health and Environmental Protection (Pays-Bas). – *The health status of the Dutch population over the period 1950-2010*. National Institute of Public Health Environmental Protection, Bilthoven 1994, 239 p.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). – *Les systèmes de santé des pays de l'OCDE*. Série études de politique de santé, n° 3, 2 vol, OCDE, Paris, 1993., 281 p. +200 p.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Bureau régional Europe. – *The Health of Europe*. Collection European series n° 49, Bureau régional Europe, Copenhague, 1993, 18 p.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Santé et bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa : 17-21 novembre 1986, Conférence internationale pour la promotion de la santé « Vers une nouvelle santé publique », 4 p.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Bureau régional Europe. – *Les buts de la santé pour tous*. Série européenne de la santé pour tous n° 4, Version actualisée septembre 1991, Bureau régional Europe, Copenhague, 1993, 254 p.

ROBINE (J.M.). – « Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) pour les pays occidentaux au cours de la dernière décennie ». In *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, n° 42, 1989, p. 141-150.

SCHAETZEL (F.), QUEROUIL (O.). – *État de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes*. DIRMI, Paris, nov. 1991, 90 p.

SCHWARTZ (D.). – *Le jeu de la science et du hasard. La statistique et le vivant*. Flammarion, Paris, 1994, 110 p.

SETBON (M.). – *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*. Seuil, Paris, 1993, 421 p.

Solidarité santé – Études statistiques. – « Dossier : dix ans de protection sociale ». N° 2, 1992, avril-juin 1992, 74 p.

Solidarité santé – Études statistiques. – « Les Français et leur santé. Enquête santé 1991-1992 ». N° 1, janv.-mars 1994, 204 p.

SOUBIE (R.). – *Santé 2010, vol. 1*. La Documentation française, Paris, 1993, 151 p.

SOUBIE (R.). – *Santé 2010, vol. 2 : Équité et efficacité du système*. Travaux d'ateliers. La Documentation française, Paris, 1993, 514 p.

SOUBIE (R.). – *Santé 2010, vol. 3 : Santé, maladies et technologies*. La Documentation française, Paris, 1993, 379 p.

STROHL (H.) (Rapporteur général). – *Commission Santé publique*. Inspection générale des affaires sociales (Igas), Paris, juillet 1988, rapport n° 880 027, 130 p.

THEBAUD-MONY (A.). – « Précarité contre santé ». In *Santé et Travail*, n° 3, février-mars 1992, p. 20-26.

---

VALLIN (J.). – *L'avenir de l'espérance de vie. Actes d'un séminaire de la Société internationale de démographie, d'économie et de sociologie médicale*. Paris, 13 sept. 1991, Puf-Ined, Paris, 1993, 105 p.

VIGARELLO (G.). – *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-âge*. Collection l'univers historique, Seuil, Paris, 1993, 400 p.

ZARIFIAN (E.). – *Des paradis plein la tête*. Odile Jacob, Paris, 1994, 248 p.

THEBAUD-MONY (A.), RONDEAU DU NOYER (C.), DUEZ (D.), et al. – « Salariés des entreprises extérieures intervenant dans les installations nucléaires de base ». In *Documents pour le médecin du travail*, n° 51, 1992.

SPIRA (A.), BAJOS (N.), Groupe ACSF. – *Les comportements sexuels en France*. Collection des rapports officiels, La Documentation française, Paris, 1993, 352 p.



---

# Remerciements

Les membres du Haut Comité de la Santé Publique remercient pour leur collaboration les experts et les institutions qui ont accepté de participer aux réflexions et travaux préparant l'élaboration de ce rapport :

## Pour les rapports thématiques

Béatrice Alexandre  
Pierre Aïach  
Joël Ankri  
Marguerite Arene  
Jean-Paul Auray  
**Gérard Badeyan\***  
François Barthes  
Pr Basse Cathalinat  
Dominique Baubeau  
**François Baudier\***  
Jean-Marie Benech  
Marianne Berthod-Wurmser  
Daniel Bontoux  
**Françoise Bouchayer\***  
Marie-Hélène Bouvier-Colle  
Béatrice Blondel  
Gérard Bréart  
Bernard Cassou  
**Laurence Chérié-Challine\***  
Quang Chi Dinh  
Philippe Clot  
Hui Quan Cong  
Marie Choquet  
Olivier Choquet  
Marcelle Delour  
Jean Deramon  
Guy Desplanques  
Brigitte Diard  
Pierre Ducimetière  
Marc Duriez  
Christine Duval  
Camille Felder  
Ruth Ferry  
Françoise Forette  
Michel Frossard  
Alain Gaillard  
**Patrick Gardeur\***  
Daniel Gautier  
Armelle George-Guiton  
Jean-Pierre Giordanella  
Alain Goudeau  
Bernard Goudet  
Odile Griette  
Danielle Grizeau  
Nicole Guérin  
Nicole Guignon  
Françoise Hatton

Brigitte Haury  
Patrice Henu  
Dominique Huez  
Paulette Hofman  
Hubert Isnard  
Francis James  
Marie-Pierre Janvrin  
Didier Jayle  
Christine Jestin  
Maryse Jobert  
**Eric Jouglà\***  
**Alain Jourdain\***  
Sibel Karman-Bilal  
Claude Kornblum  
Marie-France Kulczewski  
Pierre-Jean Lancry  
Thierry Lang  
Anne Laporte  
François Larue  
Thérèse Lebrun  
Jacques Le Chuiton  
Agnès Lepoutre  
Agnès Lordier-Brault  
Paulette Maguin  
Nicole Matet  
Catherine Mermillod  
Christine Meyer  
Danièle Mischlich  
Arié Mizrahi  
Pierre Mormiche  
Pr Moulias  
Marie-Claude Mouquet  
Colette Moyse  
Francisco Munoz Perez  
Martine Neiss  
Françoise Neukirch  
Alfred Nizard  
Catherine Paclot  
Catherine Patris  
Françoise Pérignon  
M. Pham  
Anne Pinteaux  
Jean-Marie Pouiller  
Nadine Raffy  
Jacques Richard  
Jean-Marie Robine  
A. Rosenkier



Michel Rousseau  
Bernadette Roussille  
Bertrand Sachs  
Philippe Saint-Martin  
Hélène Sancho-Garnier  
Nicolas Sandret  
Annie Serfaty  
Catherine Sermet

Dominique Simon  
**Anne Tallec\***  
Isabelle Thirouin  
Annie Thebaud-Mony  
Véronique Tirard  
Michel Villac  
Marcel Voyer  
Emmanuel Weltrain

\* Rapporteurs des groupes thématiques

### Pour l'enquête Delphi, en vue de l'identification des priorités

Jean-Marc Angele  
Alexis Armand  
Jean-Patrice Aullen  
Ségolène Aymé  
Gérard Badeyan  
Yannick Barbançon  
**Véronique Basque\***  
Bernard Basset  
**Jean-François Bauduret\***  
Claude Beraud  
**Dominique Baubeau\***  
Sylvaine Boige-Faure  
Xavier Bonnefoy  
Pierre Bôtreau-Roussel  
Claude Bouchet  
Michel Bouisse  
Gérard Bréart  
Jacques Brice  
Michèle Bruaire  
Victor Cadet  
Jean-François Caillard  
Jean-Manuel Cartier  
Roland Cecchi-Tenerini  
Laurent Chambaud  
François Chabaud  
Raymond Chabrol  
Jacques Chaperon  
Jean-Luc Chassagnol  
Laurence Chérié-Challine  
Yves Coquin  
William Dab  
Marc Danzon  
François-Paul Debionne  
Xavier Delomez  
**René Demeulemeester\***  
Rémy Demillac  
Michel Depinoy  
Louis Dessaint  
Guy Desplanques  
Jean-Pierre Deschamps  
Gilles Dixsaut  
Jean-François Dodet  
Claire Droniou  
Gérard Dubois  
Claude Ducos  
Pierre Ducimetière

Pierre Durieux  
Michèle Fardeau  
Didier Fassin  
Pierre Fender  
Ruth Ferry  
Jacques Feragus  
Bernard Festy  
Geneviève Feyfant-Raymond  
Monique Flamme  
Robert Freund  
Michel Frossard  
**Patrick Gardeur\***  
**Pierre Gauthier\***  
Armelle George-Guiton  
Marcel Goldberg  
Claude Got  
Jean-Luc Grangeon  
Yvon Graic  
Michel Grémy  
Jean-Paul Guérin  
Véronique Halley des Fontaines  
Françoise Hatton  
Véronique Heraud  
Claudine Herzlich  
Walter Hesbeen  
Danièle Illef  
**Hubert Isnard\***  
Pierre Jeanson  
Maryse Jobert  
**Alain Jourdain\***  
Bernard Junod  
Miloud Kaddar  
Serge Karsenty  
Jean de Kersavdoué  
Nicole Labrosse-Solier  
Jean-François Lacronique  
Pierre-Jean Lancry  
**Jean-Louis Lanoë\***  
Jean-Marie Leguen  
Joseph Lellouch  
Maryse Lepée  
Claude Lien  
Vicent Marsala  
Michel Marty  
Philippe Macquet  
Michel Manciaux

Yves Matillon  
Jean-Claude Meuriaut  
Annick Morel  
Françoise Pérignon  
François Piednoir  
Patrice Pinell  
Bernard Pissarro  
Renée Pomarède  
Jean-François Rey  
Hugues Riff  
Jean-Marie Robine  
Michel Rousseau  
**Bernadette Roussille\***

Roger Salamon  
Marianne Saux  
Françoise Schaezel  
Alfred Spira  
François Steudler  
Anne Tallec  
Pierre Tisserand  
Pascal Vaivre  
Alain-Jacques Valleron  
François Varelle  
Annie Vidal  
Patricia Vienne  
**Denis Zmirou\***

\* Membres du groupe de réalisation et participants au comité de pilotage

### Pour les propositions d'objectifs et les indicateurs

Pierre Aballéa  
**Aude Agis-Garcin\***  
Solange Alidières  
Hubert Allemand  
Sylvaine Aubin  
Marie Françoise Avril  
Jean-Pierre Bader  
**Marie-Paule Baron\***  
**François Baudier\***  
Maurice Bazot  
Francis Béard  
Jean-Marie Benech  
Jean Marie Besson  
Marc Boisnel  
**Daniel Bontoux\***  
**Pierre Botreau-Roussel\***  
François Boureau  
Jacques Brice  
Marc Brodin  
Jacques Brugère  
Jean-Baptiste Brunet  
Pascal Champvert  
Marie Choquet  
Olivier Choquet  
Joël Coste  
Michel Craplet  
Sylvain Dally  
Michel Delcey  
Monique Desroches  
Annick Deveau  
Elise Donval  
Marc Doppia  
Patrick Dourdent  
Christiane Dressen  
Louis Dubertret  
Françoise Dubreuil  
**Fabienne Dubuisson\***  
Pierre Ducimetière  
**Christine Duval\***  
Bernard Ennuyer  
André Ernst

Jean Faivre  
Jean-Yves Fatras  
Sylvaine Faugère  
Jean-Louis Ferlet  
Nicole Fontaine  
Marie-Thérèse Fritz  
Frédéric Gailliot  
Henriette Gardent  
Pierre Garrigue  
Florence Garry  
**Armelle George-Guiton\***  
Denis Gérard  
**Claude Got\***  
Danièle Grizeau  
**Antoine Gueniffey\***  
Fernand Guyot  
Françoise Haramburu  
**Brigitte Haury\***  
Patrick Henry  
Jean-Noël Heuleu  
Catherine Hill  
Bruno Hubert  
**Hubert Isnard\***  
Christian Jacquot  
**Christine Jestin\***  
**Sylvie Justin\***  
Serge Karsenty  
**Paule Kassis\***  
Ivan Krakowski  
André Lacroix  
Jean-Louis Lanoë  
Anne Laporte  
François Larue  
Jacques Latarjet  
Yves Lazorthes  
Marcel Legrain  
**Agnès Lepoutre-Toulemon\***  
Régine Loosli  
Agnès Lordier-Brault  
Yves Loubeau  
Anne-Marie Magnier

Paulette Maguin  
**Kamel Malek\***  
**Véronique Mallet\***  
**Michel Manciaux\***  
Philippe Maquet  
**Nicole Matet\***  
Annie Menigault  
**Laurent Meyer\***  
**Danièle Mischlich\***  
Françoise Molénat  
Bernard Morel  
**Colette Moyse\***  
Laurence Nart  
François Nicot  
Alfred Nizard  
Roger Nordmann  
Jean-Baptiste Paolaggi  
**Claudine Parayre\***  
Jean-Luc Pasquier  
**Françoise Pérignon\***  
Xavier Phélip  
Lucien Piana  
Josiane Pilonelle  
**Anne Pinteaux\***  
Lucien Pollina  
Georges Pontonnier  
**Laurence Prévot\***

Henri Pujol  
Olivier Quérouil  
Arlette Radowiecki  
Jean-Raymond Ravaut  
Jean-Marie Raynaud  
Claude Régnier  
Jean Revuz  
Jacques Richard  
Jean-Claude Roujeau  
Sylvie Rozenberg  
Bernard Rueff  
Hélène Sancho-Garnier  
Monique Sassier  
Paul Schaffer  
**Annie Serfaty\***  
Alain Serrie  
Sylver Siméan  
Karen Slama  
Claudine Soubrie  
Marie-Jo Taboada  
Magguy Tave  
Véronique Tirard  
Dominique Tricard  
Jean-Pierre Valat  
Robert Zittoun  
Elisabeth Zucker

\* Animateurs hors HCSP et rapporteurs des groupes de travail objectifs et indicateurs.

	<b><i>Avant-propos</i></b>	<b>5</b>
	<b><i>Introduction</i></b>	<b>9</b>
Première partie :	<b>Chapitre 1</b>	
<b>Synthèse</b>	<b>Les concepts de référence : santé, santé publique, déterminants, indicateurs, système de santé</b>	<b>13</b>
	<b>Chapitre 2</b>	
	<b>En moyenne, la santé de la population est bonne et s'est améliorée en dix ans</b>	<b>35</b>
	Le bilan de l'état de santé en France est contrasté	35
	Description	35
	● L'espérance de vie à la naissance : une des plus longues du monde	36
	● L'espérance de vie sans incapacité : élevée et en progrès	39
	● La perception de l'état de santé : un jugement positif	41
	● «La meilleure santé » : une exigence paradoxale	44
	● Les soins : le progrès des techniques médicales	47
	● Au regard de certaines pathologies, la France a une position privilégiée ou en voie de nette amélioration	49
	● La santé de certains groupes est satisfaisante	54
	▪ Les femmes	54
	▪ Les personnes âgées	55
	▪ Les nouveau-nés et les enfants	60
	Eléments d'explication	62
	● Les déterminants généraux	63
	● Quelques déterminants spécifiques	67
	▪ Les conditions de vie	67
	▪ Le système de santé	68
	<b>Conclusion générale</b>	<b>73</b>
	<b>Chapitre 3</b>	
	<b>La santé en France comporte néanmoins des faiblesses structurelles et est menacée de détériorations</b>	<b>75</b>
	Description	75
	● Mortalité prématurée et évitable : une situation préoccupante	76
	● Le poids des maladies chroniques et liées aux comportements	84
	▪ Les pathologies liées aux comportements	84

▪ Le mal-être psychologique et social	90
▪ Les maladies chroniques	94
▪ Les maladies iatrogènes	104
● La qualité de la vie des personnes malades et handicapées :	
une insuffisance structurelle	105
▪ La lutte contre la douleur	105
▪ Les conditions de vie des personnes en situation de handicap	
▪ ou de dépendance	107
● Des inégalités persistantes	111
▪ Les inégalités sociales	112
▪ Les différences inter-régionales	122
● Des groupes de populations fragiles ou fragilisés	125
▪ Le sexe masculin	125
▪ La santé au travail	127
▪ Les populations défavorisées	130
▪ Les jeunes et jeunes adultes	133
Facteurs explicatifs	140
● Les facteurs généraux non spécifiques	142
▪ Facteurs économiques et sociaux	142
▪ Facteurs démographiques	149
▪ L'environnement	150
● Les facteurs spécifiques	151
▪ La persistance des comportements à risques	151
▪ Les déficiences du système de santé	163

## Chapitre 4

### **Ces menaces ainsi que le niveau des dépenses de santé rendent nécessaires les choix de santé publique** **173**

Le coût de la santé milite en faveur de la prise de choix de santé publique	174
● La dépense de santé en France est l'une des plus élevées du monde	174
▪ Combien dépense-t-on en France pour la santé ?	174
▪ La France dépense-t-elle plus que les autres pays ?	176
● La progression des dépenses de santé est forte et mal maîtrisée	176
● L'efficacité en termes de santé, de la dépense de santé n'est pas évidente	179
Les points faibles de l'état de santé en France constituent un défi pour la santé publique	181
● La surmortalité prématurée	182
● La prise en charge, l'accompagnement, les soins palliatifs et l'insertion des malades chroniques et des personnes handicapées	183
● La réduction des inégalités	183
Il faut donner droit de cité à la santé publique	184
● Le retard en santé publique	184
● Les objectifs d'une politique de santé publique en France	188

### **Conclusion** **195**

<b>Introduction</b>	<b>197</b>
<b>Chapitre 1</b>	
<b>Des objectifs d'amélioration de la santé</b>	<b>203</b>
Les grands buts d'une politique de santé à moyen terme	203
Des objectifs spécifiques pour des problèmes de santé prioritaires	210
● Les accidents de la voie publique	211
● Les accidents de la vie courante	217
● Les accidents de travail	220
● Les cancers	223
● Le sida et les MST	231
● Les maladies cardio-vasculaires	237
● La santé mentale	242
● Les handicaps et la dépendance	248
● La toxicomanie	256
● La périnatalité	260
● Les accidents des traitements médicamenteux et les infections nosocomiales	264
● Les mauvais traitements à enfants	268
● La douleur	272
● Le mal de dos	275
Des objectifs spécifiques pour des déterminants prioritaires	278
● Les consommations d'alcool	278
● L'usage du tabac	285
● Précarité, insertion et santé	292
● Difficultés d'accès aux soins et à la prévention	294
Conforter les acquis	297
● Les maladies infectieuses	297
● L'environnement	301
● La nutrition	305
<b>Chapitre 2</b>	
<b>Planter la démarche de santé publique</b>	<b>309</b>
Structurer la politique de santé publique	309
Se donner les moyens de la mettre en œuvre	310
Faciliter la conception, le suivi et l'évaluation des programmes de santé par l'amélioration des systèmes d'information et d'aide à la décision	312
Agir avec les individus, les familles, les milieux de vie et les professionnels de santé avec lesquels ils sont en relation	313
Prendre en considération les options qui précèdent dans la réorganisation du système de santé	316
<b>Liste des sigles employés</b>	<b>317</b>
<b>Bibliographie générale</b>	<b>321</b>
<b>Remerciements</b>	<b>327</b>

**Coordination de la publication**

Geneviève Guérin et Lucie Degail

**Suivi éditorial**

Henri Verdier

**Documentation**

Hafosa Ali

**Secrétariat**

Maïté Ibarreche, Myrielle Toi, Riama M'Bae,  
Raphaëlle Euphrosine et Arlette Dardy

Merci à Claudine Le Grand, Michel Gérard et Philippe Ferrero pour  
leur concours