

## « La Santé des Français : un constat sans concession »

**Un rapport du Haut comité de la santé publique (HCSP)**

*Editions La Découverte, collection Repères, 1998, 121 pages*

par **Bernard Festy**

En fait, ce petit livre a été rédigé par Jean-Pol Durand et Gabrielle Tailler, journalistes, en collaboration avec Pierre Ducimetière, vice-président du Haut comité de la santé publique (HCSP). Il s'agit, comme en 1994, d'une version libre et abrégée du rapport du HCSP, édité par la Documentation française, le second après la publication de 1994. On peut le considérer comme un rapport d'étape, qui étudie les évolutions constatées sur une période de quatre ans environ, correspondant au second mandat du HCSP, en fait, le plus souvent, la période 1991-1996.

L'ouvrage « abrégé » comporte, après une courte préface de Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la Santé à l'époque de la publication, une introduction, puis six parties principales: le contexte et les opinions de la population, les indicateurs de la santé, les déterminants généraux, ceux liés à l'environnement, quelques problèmes d'organisation

de la santé et cinq leçons pour l'avenir immédiat ; une conclusion précède des annexes consacrées à des exemples illustratifs: les accidents de la vie courante, les cancers, les handicaps et la dépendance, le mal de dos, les maladies cardio-vasculaires, les maladies transmissibles, la périnatalité et la première année de vie, la santé mentale.

### **Le contexte et les opinions de la population**

s'appuie d'abord sur plusieurs dimensions: démographique, économique et sociale, politique et institutionnelle. Puis, le chapitre analyse la vision qu'ont les Français de leur santé au travers d'une enquête du Credoc, la seconde du genre à cinq ans de distance.

La démographie se caractérise par une timide amélioration de l'indicateur conjoncturel de fécondité (1,71, encore loin de l'« idéal » de 2,1 par femme), avec 725 mille naissances en 1996 ; on observe un accroissement des mariages mais aussi des divorces et des familles monoparentales ou recomposées; le poids des personnes âgées de plus de 65 ans s'accroît (16 %), corrélatif d'une diminution des « moins de 20 ans » (25 %) et, pour la première fois, d'une décroissance des « actifs » de 20 à 64 ans, ce qui peut inquiéter pour les années à venir.

Au plan socio-économique, la moyenne de croissance annuelle a été faible (1,2 %) ; les chômeurs constituent 12,4 % de la population active, en légère décline, avec une augmentation du travail précaire ou à temps partiel « subi » ; le chômage touche évidemment plus les personnes non ou peu diplômées. Les inégalités de revenu se sont accrues ainsi que la précarité (2 millions de personnes), notamment celle des jeunes et des familles monoparentales. Or, précarité et pauvreté sont « pathogènes » à bien des points de vue.

Le contexte politico-institutionnel s'est caractérisé par le développement des lois de bio-éthique médicale, de sécurité sanitaire et par les ordonnances de 1996 sur la protection sociale, avec le rôle donné au Parlement pour les budgets sociaux ; deux innovations s'y ajoutent en termes de santé publique : le projet de loi de financement de la Sécurité sociale est précédé d'une conférence nationale de la santé (« parlement sanitaire »), chargée de faire le point sur la situation sanitaire et d'en tirer des objectifs et priorités, et le rôle de la région est renforcé (contrats pluri-annuels d'objectifs, actions de prévention/éducation, conférences régionales de santé,...). S'ajoute un rôle renforcé de

l'Union européenne (UE), avec la prise en compte de la santé dans les traités de Maastricht puis d'Amsterdam (réseaux, maladies transmissibles, cancers), la refonte de la D.G. 24 à la suite de la crise de la « vache folle », et la comparaison des systèmes de santé nationaux.

Enfin, les Français ont une vision globale plutôt satisfaisante de leur santé, avec des nuances liées à l'âge et au niveau socio-économique; cependant, ils sont indécis, préoccupés par l'avenir, et par le chômage et la précarité dont ils sentent bien les effets « pathogènes »; ils perçoivent mieux l'importance des facteurs sociaux et environnementaux, de la prévention et du rôle de la région : ainsi semble naître et se développer lentement la « citoyenneté sanitaire et écologique ».

**Les indicateurs de santé** traditionnels sont les espérances de vie (à la naissance ou à d'autres âges, avec ou sans incapacité), les mortalités globale, périnatale, prématurée (évitable ou non), les années potentielles de vie perdues, ... Morbidité et qualité de vie sont plus difficiles à définir et analyser.

Le bilan global est mitigé: on note une surmortalité largement évitable chez les jeunes et les adultes de sexe mascu-

lin, une stabilité inquiétante des causes de mortalité imputables aux modes de vie et au système de soins/prévention, la pérennité de différences de niveaux de santé selon les régions et le statut socio-économique. Certes, l'espérance de vie à la naissance a continué à progresser (74 ans chez l'homme, 82 ans chez la femme en 1996) mais le rythme de la progression est moindre qu'à la fin des années 1980 (2 mois par an au lieu de 3). L'espérance de vie sans incapacité semble s'accroître plus vite que l'espérance de vie tout court, du fait d'une meilleure prise en charge. La différence homme/ femme a diminué (7,9 ans au lieu de 8,2 en 1981): cet écart reste néanmoins une spécificité française liée à la surmortalité masculine prématurée (< 65 ans) qui résulte, en particulier, des modes de vie: tabagisme, alcoolisme, sida, suicide, accidents de la route, cancers, infarctus et maladies respiratoires, ... En 1996, 21 % des décès de moins de 65 ans étaient « évitables », en recul pourtant par rapport à 1991, de 21 % pour les habitudes de vie et de 11 % pour le système de soins/dépistage.

Les inégalités régionales subsistent: les écarts entre régions extrêmes ne se résorbent pas (plus de 10 % en mortalité en Bretagne, Nord-Pas

de Calais, Alsace, par exemple); des différences de pathologies sont également manifestes selon les régions. Le risque de décès est toujours plus accentué chez l'ouvrier que chez le cadre (20 % contre 10 % de 35 à 60 ans) et, là encore, les écarts socio-économiques ne se combinent pas. En terme de morbidité, beaucoup plus difficile à évaluer, les progrès sont timides, sauf pour les affections dentaires infantiles (moins 31 %, moins 7 % chez l'adulte); ces dernières restent en tête devant les affections ophtalmologiques et cardio-vasculaires; de nombreuses pathologies accroissent leur fréquence, en liaison avec le vieillissement démographique.

**Les déterminants généraux collectifs de la santé** sont la facilité de recours au système de soins (problème pour 16 % de la population), la cohésion sociale, la qualité de l'environnement, du logement, de l'alimentation; s'y ajoutent des déterminants individuels comme l'hygiène corporelle et l'activité physique. Le tout premier déterminant est la précarité/exclusion, spirale infernale pour la santé: un Français sur cinq est en situation de vulnérabilité socio-économique; en 1996, on dénombrait plus de 3 millions d'allocataires de minima sociaux (900 000

RMistes), 200 mille sans couverture sociale.

La consommation d'alcool continue à poser problème : certes, une diminution de 0,6 % par an a été constatée, mais la consommation s'accroît en 1994-1995 chez les jeunes, après une phase de décroissance en 1991-1994 ; elle s'accroît aussi chez la femme et les différences « nord-sud » persistent. Le bilan est donc maigre pour une action de l'Etat qui est nettement insuffisante.

Le tabagisme constitue toujours un enjeu majeur (60 000 décès en 1996, 160 000 prévus en 2025, dont 50 000 femmes). Certes, la quantité de tabac vendue a régressé de 3 % par an, mais avec une tendance à la reprise en 1998 ; on note aussi une diminution du nombre global de fumeurs réguliers (46 à 35 % chez l'homme, mais 17 à 21 % chez la femme) ; la catégorie socio-professionnelle joue : les ouvriers sont les plus gros consommateurs masculins alors que ce sont les professions intermédiaires pour les femmes de 18 à 29 ans ; l'échec est manifeste chez les jeunes (la moitié des garçons et filles de 14 à 18 ans fument) et pour les femmes enceintes (25 % fument au 3e trimestre de la grossesse en 1996, contre 15 % en 1981). Manifestement, l'accroissement de prix est néces-

saire mais insuffisant; la loi Evin est à peu près respectée pour ce qui concerne la publicité, mais pas pour l'interdiction de fumer dans les locaux à public, notamment d'enseignement. De toute façon, la lutte doit être mieux coordonnée.

Pour les toxicomanies, on observe une légère diminution de la consommation d'héroïne, au contraire du cannabis et de l'ecstasy. Les décès par sida sont stables à environ mille par an, alors que les décès par surdose ont nettement diminué. Un rapport français récent (« rapport Roques ») amène à s'interroger sur la distinction entre toxicomanies « majeures » et « mineures » : l'alcool et le tabac y sont clairement remis en cause pour leur nocivité biologique et sociale. Le HCSP constate les progrès liés à l'échange des seringues, à la substitution et à la création de réseaux médico-sociaux. Il se prononce en faveur du maintien de l'injonction thérapeutique mais avec amélioration de la prise en charge, développement du sevrage et amélioration de la prévention et de l'information, notamment dans les milieux à risque.

Le secteur des accidents de la circulation nécessite toujours de sérieux efforts. Certes, l'évolution du nombre de décès a été favorable de 1990 à 1995 (-18 %) mais la situation

tend de nouveau à se dégrader. Malgré quelques indicateurs encourageants (diminutions de vitesse moyenne sur autoroute et d'alcoolémie positive en cas d'accident corporel), l'information dissuasive (les comportements humains à risques sont à l'origine de l'essentiel des accidents), la répression et diverses mesures réglementaires restent à développer et à mettre réellement en œuvre.

S'agissant des comportements sexuels à risques, le sida et les grossesses non désirées sont les préoccupations majeures du HCSP, qui a actualisé (1992 après 1972) une enquête sur le comportement sexuel des Français: elle fait ressortir une évolution manifeste ; une diminution de la vigilance dans les milieux « gay » est notée par ailleurs, avec une certaine inquiétude.

**Les déterminants liés à l'environnement** constituent un ensemble très complexe dont les limites sont floues entre les conduites individuelles (largement déterminées par le milieu social) et des aspects plus collectifs, de caractère général ou plus spécifique pour la population, tels ceux relatifs à la qualité de l'air, de l'eau, ... ou le milieu professionnel. Deux aspects en ont été retenus par le HCSP: la pollution atmosphérique « am-

biante », tout d'abord, qui constitue seulement un des aspects des risques atmosphériques, mais qui intéresse les agglomérations urbaines ; des progrès en matière d'émission de polluants ont été faits pour les secteurs « industriel » et « chauffage » mais « l'automobile » est maintenant mise en accusation. Les effets à court terme de la pollution atmosphérique sont manifestes à un ou quelques jours de distance, se traduisant par un accroissement de mortalité et de morbidité, cardio-respiratoire notamment, pour des concentrations faibles de polluants-indicateurs, sans effet de seuil collectif et, surtout, pour des sujets sensibles. A long terme, les données sont beaucoup plus rares mais une diminution de l'espérance de vie de 1 à 1,5 an n'est pas exclue. Le risque professionnel est le second exemple retenu, au travers des troubles péri-articulaires d'abord, qui semblent en accroissement réel dans les pays développés et qui sont liés à des gains de productivité recherchés. Par ailleurs, l'indemnisation des maladies professionnelles laisse à désirer par rapport à la réalité des dommages: certaines affections ont été sous-évaluées, tels les surdités et les cancers. S'ajoutent de fortes disparités de reconnaissance selon les régions.

Certains problèmes **d'organisation de la santé** en France sont analysés au travers de trois exemples : le dépistage des cancers féminins (dépistage), les urgences (soins) et la dépendance des sujets âgés (prestation). S'agissant du cancer du col utérin, une évolution favorable est notée en termes d'incidence et de mortalité, et le dépistage y est pour quelque chose. Cependant, son efficacité laisse à désirer car il ne touche pas certaines fractions de la population, défavorisées ou mal protégées, et le corps médical généraliste ne corrige pas assez cette dérive ; s'y ajoutent des problèmes de qualité des prélèvements et examens. Pour le cancer du sein, dont la progression se ralentit un peu, le dépistage reste « sous-optimal » et d'efficacité différente selon les régions.

Pour les services d'urgences à l'hôpital, l'initiative (1997) est à la région. Ces services sont actuellement débordés (+ 4 % d'activité par an), notamment par suite d'une dérive, dénommée par certains « bobologie », pour des affections ou problèmes qui devraient être pris en charge ailleurs. Les régions sont face à trois difficultés essentielles: la qualité des services d'urgences et la formation des agents les constituant, la continuité (24H/24) de l'accueil en terme de

personnels disponibles, et les liaisons ville-hôpital/Samu.

La politique en faveur des personnes âgées dépendantes constitue le troisième exemple illustrant, d'une part, des difficultés législatives relatives aux approches « handicapés » et « personnes âgées » et aux établissements « hospitaliers » et « médico-sociaux » et, d'autre part, le rôle actif de la région face à la dépendance : si une grille d'évaluation médico-sociale existe (AGGIR), de grandes disparités sociales et régionales sont notées et la formation de personnels spécifiques s'impose, notamment pour action à domicile. Dans ces trois exemples, on remarque la difficulté du transfert des compétences, et des moyens de formation et de financement, de l'Etat à la région.

Il en résulte, pour le HCSP, **cinq leçons** pour l'avenir immédiat. Malgré quelques progrès, il faut d'abord décloisonner les acteurs du système de santé. Les conférences régionales et nationale de santé y contribuent et le Parlement peut ensuite décider de la politique nationale et des moyens correspondants. L'échelon régional est ensuite le mieux structuré pour en être le relais, à condition que les nombreuses structures, anciennes et nouvelles, ne se

superposent pas, et que pour chaque champ (soins, prévention, aide sociale) un opérateur financier unique soit responsable. Les Schémas régionaux d'organisation sanitaire doivent faciliter les relations et la création de réseaux.

Il faut ensuite simplifier les dispositifs réglementaires, mieux évaluer (pratiques, dépistage, grilles, recueil et diffusion des données,...), mieux former les différents professionnels du système et les rendre plus « flexibles » et, enfin, mieux informer les citoyens (transparence) en termes de connaissances, de résultats, de droits et devoirs, afin de développer la « citoyenneté sanitaire ».

Le HCSP conclue en faisant une synthèse de la santé qui « recule, stagne ou progresse » :

✓ la santé qui recule est illustrée par les « fumeuses » (avec toutes les conséquences, notamment les cancers), l'impact du soleil (l'accroissement du mélanome reflète l'échec des campagnes de prévention), les jeunes et les comportements à risques ;

✓ la santé qui stagne, ce sont le suicide, les cancers (sein, colon-rectum, poumon), la mortalité périnatale (prématurité, faible poids de naissance), la mortalité maternelle, les lombalgies ;

✓ la santé qui progresse, ce sont les accidents de la vie courante, de la circulation (à confirmer) et du travail, la mortalité cardio-vasculaire (globale, par accidents ischémiques) ou cérébro-vasculaire, les maladies sexuellement transmissibles et le sida, la mortalité subite du nourrisson.

Trois remarques s'imposent : les gains d'espérance de vie s'atténuent, ce qui ne saurait surprendre, face à un « butoir » inexorable (120 ans ?) ; les gains de mortalité prématurée sont encourageants mais nous laissent encore éloignés des performances de nos voisins, et la surmortalité masculine et les disparités régionales sont préoccupantes ; enfin, l'allongement de l'espérance de vie sans incapacité reste à établir formellement (une enquête décennale est insuffisante), surtout si l'on gagne en mortalité prématurée.

Le sentiment du lecteur intéressé par la santé publique que je suis est globalement très positif à la lecture de ce petit ouvrage qui constitue donc la synthèse du second rapport du HCSP et on ne peut que se réjouir de bilans réguliers de la santé des Français. Il constitue une excellente exploitation des données sani-

taires disponibles mais aussi, outre un bon « état des lieux », un stimulant pour les pouvoirs publics dont les politiques ne sont pas toujours, à l'évidence, assez cohérentes et volontaristes. De ce point de vue, le système de santé/prévention de la France est souvent critiqué, ce qui renvoie à la lecture, conseillée, de l'ouvrage de Jean-François Girard, « Quand la santé devient publique » (Hachette Littératures, 1998, 258 p.).

Quelques réserves tout de même : d'abord, ce second rapport met en évidence le côté « optimiste » de nombreux objectifs chiffrés de progrès sanitaires définis par le premier rapport, qui nous paraissait, à l'époque (1995), bien peu réaliste face au contexte sanitaire français ; ce constat conduit le HCSP à plus de prudence cette fois. Ensuite, on peut ressentir aussi une vision un peu optimiste de la « citoyenneté sanitaire » et de la participation réelle à la « démocratie sanitaire » : il faudra, là encore, beaucoup de patience et d'information objective pour progresser : le succès des conférences de santé n'a pas toujours été, du moins pour l'Île-de-France, à la hauteur des espoirs.

Enfin, on peut ressentir encore une certaine faiblesse pour ce qui concerne les déterminants

environnementaux et la « santé environnementale » : d'autres milieux ou approches mériteraient quelques développements, même si les données françaises sont limitées, tels l'alimentation, les eaux potables, les baignades, la pollution intérieure aux locaux (il est vrai qu'un groupe de travail a été récemment constitué pour la pollution atmosphérique) et, de manière plus transversale, les questions posées par les métaux lourds, dont le plomb, par exemple... Des efforts dans ce domaine environnemental s'imposent à nous tous qui y sommes peu ou prou impliqués, et pour lequel nous disposons, grâce à l'Ifen, de bilans et d'évolutions de qualité. Un rapprochement des spécialistes de l'environnement et de la santé est plus que jamais nécessaire (ne décroisonnons pas seulement le domaine de la santé !), dans un cadre renforcé de sécurité sanitaire environnementale, en termes de veille, d'expertise, d'évaluation et de gestion du risque.

## Séminaire sur la Politique intégrée produits (Bruxelles 8.12.98)

**Commission européenne DG XI  
Rapport final - Office des publications  
officielles L 2985 Luxembourg**

*En France, Journal Officiel - 26,  
rue Desaix - F 75727 Paris Cédex  
15*

Après la directive sur le contrôle intégré de la pollution édictée le 24 septembre 1996, la Commission européenne a engagé une réflexion sur une approche focalisée sur les produits afin de progresser vers le développement durable.

Les principales conclusions en ont été que cette politique doit être largement fondée sur l'analyse du cycle de vie et que toutes les parties concernées doivent participer. Il faut préciser les objectifs et les buts, définir des domaines prioritaires, engager des projets pilotes, définir les responsabilités de chacun et s'intégrer dans le marché.

La DG XI reconnaît en être à une phase très exploratoire et regrette l'absence des pays de l'Europe du Sud. Parmi les intervenants, on relève en effet 13 représentants des pays nor-

diques, 11 du Royaume-Uni, 9 Allemands et 6 Hollandais avec une majorité de membres de l'administration et des bureaux d'études, contre 1 Italien et 1 Français, industriels l'un et l'autre.

Cette répartition quasi-caricaturale explique bien des difficultés de la définition d'une politique européenne de l'environnement.

## CENTRE DE FORMATION ET DE DOCUMENTATION SUR L'ENVIRONNEMENT (CFDE)

### Novembre 1999

*Système de management  
Hygiène Sécurité*

#### du 15 au 16

Environnement (Nouveau)

#### du 16 au 19

La législation des installations classées

#### du 17 au 19

Réduction des émissions de solvants à l'atmosphère

#### le 23

Directive Seveso II

#### le 24

Maîtrise de l'urbanisation autour des sites industriels

#### du 25 au 26

Actualité réglementaire en environnement industriel

#### du 25 au 26

Arrêt ou transfert d'activités industrielles (Nouveau)

#### du 29 au 1/12

Gestion et valorisation des déchets industriels banals

### Décembre 1999

#### du 1<sup>er</sup> au 2

Instruments financiers et coûts de la gestion de l'environnement

#### du 2 au 3

Comment améliorer la gestion de vos procédés industriels (Nouveau)

#### du 6 au 8

Traitement des eaux usées et des boues

#### du 7 au 8

Entreposage de produits dangereux ou combustibles

#### le 9

Remédier aux dysfonctionnements des stations d'épuration

#### du 9 au 10

Transport des marchandises dangereuses (Nouveau)

#### le 10

Echantillonnage et débitmétrie des eaux usées

## CFDE

18, rue de Calais, 75009 Paris

Tél. : 01 40 69 38 36

Fax : 01 53 57 17 53

## COLLOQUE

### Paris 8 et 9 décembre 1999

PNETOX

Programme national de recherche en ecotoxicologie

Préserver et améliorer la qualité des milieux : les approches, du laboratoire au terrain.

✓ Impact des polluants dans les sols.

✓ Impact des polluants sur les milieux aquatiques.

✓ Effets des produits phytosanitaires sur les organismes vivants.

✓ Bilan et perspectives.

En partenariat avec l'association Ecrin.

*Lieu du colloque :*

*Salons de l'Aveyron*

*17, rue de l'Aubrac*

*75012 Paris*

*Contacts : M&M Conseil*

*13, rue du 4 septembre 75002 Paris*

*Tél : 01 40 20 98 88*

*Fax : 01 40 20 98 89*

*Site Internet : [www.mmconseil.com](http://www.mmconseil.com)*