

André Cicolella

L'écologie pour soigner la crise des systèmes de santé

Les affections de longue durée remplacent peu à peu les infections aiguës comme première cause de mortalité dans les pays développés. Le coût de soins devient difficilement supportable par les systèmes sociaux; mais l'approche purement curative reste de mise car elle répond aux intérêts directs de la plupart des acteurs concernés... usagers mis à part. La solution n'est-elle pas dans une approche écologique de la santé, c'est-à-dire la prise en compte des relations de l'homme à son environnement ?

« Les maladies chroniques évitables provoquent le plus de décès en Europe »

C'est le titre de la déclaration de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), publiée le 11 septembre dernier à la suite de la réunion des 53 ministres de la Santé de la région Europe et dans laquelle elle appelle tous les pays européens à mettre en œuvre « une stratégie pour maîtriser cette épidémie ». Épidémie, le mot peut surprendre, car classiquement il est associé aux épidémies infectieuses, mais il faut le comprendre au sens moderne « multiplication considérable des cas de toute maladie ou de tout autre phénomène (accidents, suicides...¹) » . L'OMS estime que, dans la région européenne, 86 % de la mortalité et 77 % de la morbidité sont dus aux maladies

¹Manuila L *et al.*, Dictionnaire Médical, Paris, Masson, 1992.

non transmissibles, telles que les maladies cardio-vasculaires (MCV), les cancers, les troubles mentaux, le diabète, les affections respiratoires chroniques et les problèmes musculaires et articulaires... Elle considère que celles-ci sont en grande partie évitables (80 % des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et des cas de diabète de type 2 et 40 % des cancers), car elles présentent des facteurs de risque et des déterminants communs, notamment d'ordre social.

L'analyse de l'OMS n'en reste pas au constat, mais en tire des conséquences au plan des politiques de santé: « La charge que les maladies non transmissibles représentent pour les individus, les sociétés et les systèmes de santé n'est pas tenable... La meilleure façon d'améliorer la santé consiste à développer la prévention, en améliorant les systèmes de santé et en veillant à ce qu'ils répondent mieux aux besoins ».

Comment peut-on expliquer qu'une déclaration aussi forte et qui fasse apparemment autant consensus (aucun pays ne s'est évidemment désolidarisé de cette déclaration) soit néanmoins passée quasiment inaperçue et ne se traduise par aucun changement radical de politique parmi les pays signataires et, au premier chef, en France? C'est ce qu'il est important d'analyser pour comprendre les raisons profondes du blocage et le type de mesures à prendre pour changer de paradigme en matière de santé. On peut avancer que, ni la vision libérale professée par la droite, ni la vision de la gauche classique, quand bien même elles acceptent le constat fait par l'OMS, ne sont en capacité de le traduire en termes de politiques publiques, car cela supposerait pour elles une rupture avec leur idéologie et leurs pratiques politiques.

C'est la responsabilité historique de l'écologie politique de se saisir des nouveaux enjeux autour de la politique de santé pour en faire une politique publique majeure, car seule l'écologie politique dispose des outils conceptuels pour faire sien le changement de paradigme que suppose cette mutation. La crise des systèmes de santé est un aspect de la crise écologique. Ce sont en effet les bouleversements qu'ont connus les pays développés dans leur environnement et leur mode de vie au cours des 60 dernières années qui sont directement en cause dans la situation sanitaire actuelle caractérisée par l'explosion des maladies chroniques. Comme dans d'autres domaines (énergie, agriculture...), on s'aperçoit que le mode de développement non durable de l'après guerre a un coût sanitaire et qu'il est nécessaire de trouver les voies d'un développement sanitaire durable.

Le changement de paradigme : le passage de l'aigu-infectieux au non-infectieux-chronique

La transition épidémiologique

La déclaration de l'OMS ne fait que traduire ce qui est clairement établi depuis longtemps, à savoir que les causes de mortalité ont changé de façon radicale au cours du siècle dernier dans tous les pays développés. C'est ce qu'il est convenu d'appeler la « transition épidémiologique ». Cette expression traduit le fait que l'on est passé d'une situation où les causes dominantes de mortalité étaient les causes infectieuses aiguës à une situation où ce sont maintenant les causes non infectieuses chroniques qui arrivent en première place. En France, les maladies infectieuses (18,9 %), principalement tuberculose et diphtérie, étaient la première cause de mortalité en 1906, loin devant les maladies respiratoires (12,8 %), les MCV (12,5 %) et encore plus les tumeurs (3,5 %). En 1990, les maladies infectieuses ne représentent plus que 1,8 % des causes de décès, les MCV ont pris la première place avec 33,4 %, devant les tumeurs (26,9 %); les maladies respiratoires ont décliné à 7,2 %.

Les pathologies aiguës ont largement été remplacées par les pathologies chroniques. Cela a des conséquences sur la relation au système de santé. Avec les pathologies aiguës, soit on meurt, soit on est guéri. Avec les pathologies chroniques, on peut survivre sans être guéri et vivre ainsi de longues années avec sa maladie. Cela a des conséquences en termes économiques, mais aussi dans l'organisation du système de soins. Le besoin évolue vers une prise en charge sur la longue durée. La dimension éducation thérapeutique devient déterminante, car c'est toute la question du savoir gérer sa maladie sur le long terme.

La première révolution de santé publique

Ces chiffres de mortalité de 1906 ne traduisent en fait que la queue du phénomène que l'on a appelé la 1ère révolution de santé publique. La loi de 1902 fut la première loi de santé publique adoptée après de longs attermolements, mais fort heureusement l'action avait commencé depuis longtemps pour faire face à ces épidémies. On a peine à imaginer aujourd'hui que les pays européens aient pu être le lieu d'épidémies aussi dramatiques jusqu'à une date récente. L'épidémie de choléra en 1832 fit 100 000 victimes en France, dont 20 000 à Paris sur 600 000 habitants. La dernière épidémie en France toucha Paris, Marseille, Toulon en 1892-1894, soit il y a à peine un peu plus d'un siècle.

Bien avant les travaux de Pasteur et l'identification précise des micro-organismes en cause, et donc bien avant d'avoir eu des moyens de

traitement performants, l'action sur les facteurs environnementaux, tant physiques (adduction d'eau, égouts) que sociaux (amélioration de l'habitat, hausse du niveau de vie) va être déterminante pour faire reculer les épidémies. Dès 1840, les premières enquêtes de Villermé vont inspirer les aménagements de Haussman. Les causes infectieuses de nombreuses maladies ne seront pourtant découvertes qu'à la suite des travaux de Pasteur qu'à partir de 1870 (par exemple Robert Koch isole le bacille de la tuberculose en 1882 et le vibrion cholérique en 1883).

Les causes infectieuses sont aussi très liées aux causes sociales. La tuberculose s'est développée principalement dans le nouveau prolétariat urbain de la Révolution Industrielle et ce n'est pas une coïncidence si la fin du XIX^e siècle voit l'émergence du mouvement socialiste et syndicaliste. Les syndicats, reconnus en 1884, vont contribuer à l'élévation du niveau de vie et à faire reculer ainsi les pathologies de la misère. Une étude en Angleterre-Pays de Galles montre que la mortalité par tuberculose pulmonaire a diminué régulièrement (au total d'un facteur 20), entre les années 1830 et les années 1950, date à laquelle le BCG sera rendu obligatoire et où apparaît la chimiothérapie.

Depuis, il y a eu le SIDA et l'apparition de virus émergents, et la leçon est encore valable aujourd'hui. La crise du SIDA s'est estompée dans nos pays, mais si elle reste aujourd'hui aussi dramatique dans les pays du Sud, ce n'est pas seulement de la seule responsabilité du virus du SIDA, car les pays les plus touchés sont les plus pauvres, ceux bouleversés par la guerre, la malnutrition et l'obscurantisme, ceux bien évidemment sans système de santé publique.

Très récemment, le Chikungunya à la Réunion a apporté une nouvelle preuve de la menace des épidémies infectieuses, mais aussi de la nécessité d'une stratégie à la fois curative et préventive. En l'espèce, on s'est aperçu que l'on était totalement démuné sur les deux plans : aucun médicament, aucun vaccin et aucune politique sérieuse de santé environnementale et d'éducation sanitaire. Par exemple, pas d'installation de traitement des déchets, plusieurs centaines de décharges sauvages...

Le retard français

La leçon de cette évolution historique reste encore très actuelle, mais celle-ci ne s'est pas faite sans mal. La première grande loi de santé publique française paraît en 1902 quand ses équivalents en Angleterre ou en Allemagne ont été promulgués plusieurs dizaines d'années auparavant. Le retard français en santé publique ne date donc pas

d'aujourd'hui. L'opposition à une politique de santé publique venait, notamment, de la crainte de pénaliser la liberté du commerce et de nuire à la liberté individuelle. On trouve là un trait récurrent de la culture de santé en France, qui privilégie l'approche clinique à l'approche sociale, et tend à faire passer la logique économique avant la logique de santé.

Alors que l'Allemagne se dote d'un système d'assurance sociale dans les années 1880 qui garantit un revenu de compensation en cas de maladie, d'accident du travail, d'invalidité ou de vieillesse, il faudra attendre les ordonnances de création de la Sécurité sociale en octobre 1945 pour que la France dispose d'un système couvrant les mêmes risques.

Les épidémies modernes

L'indicateur négligé des ALD

Même encore menaçantes dans nos pays, les épidémies infectieuses ne représentent plus la charge qu'elles ont pu représenter encore au début du siècle passé. Les causes de mortalité ont radicalement changé, mais aussi les causes de morbidité. C'est ce que rappelle la déclaration de l'OMS. Mais, avant même cette déclaration, la France avait tous les éléments pour appréhender le phénomène, notamment grâce aux statistiques de l'Assurance Maladie. Celle-ci dispose, en effet, d'un indicateur très précieux, les ALD (Affections de Longue Durée) dont elle ne fait malheureusement qu'un usage purement administratif. En 2004, 6,6 millions d'assurés de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) (qui regroupe 90 % des Français) étaient pris en charge à 100 % au titre d'une ALD, soit près de 12 % des assurés, ce qui représentaient 60 % des dépenses remboursées d'assurance...!

La hausse sur dix ans est de 73,5 % (53,3 % si on rapporte ce nombre à l'évolution de la population générale durant cette période) dont 85 % sont regroupées dans 4 familles: les affections cardio-vasculaires (2,1 M), les tumeurs malignes (1,2 M), les diabètes de type 1 et de type 2 (1,2 M), les affections psychiatriques de longue durée (0,9M). En termes d'incidence, entre 1990 et 2004, le cancer a progressé de 52 %, le diabète de 87 % les MCV de 15 % et les affections psychiques de 16 %. Les seules ALD à régresser sont les paraplégies (on voit là un effet de la baisse des accidents de la route). En termes de coût, la progression est, en euros constants, de 91 % entre 1994 et 2004, pour un montant total de 55,7 milliards et ce poids des ALD dans les dépenses de santé progresse: les 900 000 ALD de 2004 représentaient 77 % des dépenses nouvelles sur l'année.

La CNAM a rendu publique à peu près au même moment sa Convention d'Objectif et de Gestion signée avec l'État. Il s'agit notamment de « défendre trois ambitions » durant les quatre années de la COG :

- placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance-maladie,
- s'engager sur une offre de service homogène, modernisée et diversifiée
- renforcer la performance et l'efficacité globale de la branche.

Nulle part il n'est fait mention de l'explosion des ALD décrite par ailleurs... Belle démonstration de l'absurdité où conduit le Yalta de 1945 qui a organisé la dualité Assurance maladie/Santé publique.

Les ALD sont bien évoquées par la CNAM, mais sous l'angle de la fraude, c'est à dire les soins sans lien avec l'affection pris en charge indûment à 100 %. Il est vrai qu'il est plus facile d'accuser les assurés sous ALD d'être des tricheurs que de s'attaquer aux producteurs de risque. C'est aussi l'orientation qui semble se dessiner du côté de la Haute Autorité de Santé, qui vise à remettre en cause l'accès aux ALD. Vieille stratégie du thermomètre que l'on casse pour éviter de voir la température qui monte... ! Si le nombre des ALD était resté stable depuis 10 ans, l'assurance maladie serait excédentaire. C'est la preuve que, sur le moyen terme, la réduction du nombre des ALD est la seule façon de pérenniser le système.

L'épidémie de cancer, pas seulement tabac et alcool

D'autres sources corroborent ce constat de l'Assurance Maladie. D'après les données des registres de cancers, la croissance de l'incidence des cancers en France a été de 63 % entre 1980 et 2000. Le facteur démographique n'expliquant que 28 % du phénomène, le reste, soit 35 %, est donc à attribuer à des facteurs environnementaux de tous ordres. Le phénomène est identifié dans tous les pays développés, mais en France, il a fallu attendre le lancement du plan Cancer en 2004 pour que la réalité de l'épidémie soit enfin reconnue, succédant sans transition au black out sur le phénomène. Mais le plan reste ciblé sur tabac et alcool et ignore l'environnement. Tabac et alcool sont incontestablement des facteurs de risque, mais, notamment grâce à l'action de prévention menée depuis 30 ans, ils régressent. La consommation alcoolique a diminué de moitié depuis la guerre et les cancers des Voies AéroDigestives Supérieures (VADS), qui sont directement liés à l'alcool, ont diminué chez l'homme de 50 % et chez la femme de 11 %, en 20 ans. Le tabagisme régresse depuis 30 ans et, en conséquence, le

cancer du poumon chez l'homme ne progresse plus, même si on voit à l'inverse une progression du cancer du poumon chez la femme consécutif au développement du tabagisme féminin. Que le tabagisme soit un facteur de risque est indiscutable pour la cancer du poumon. Aux USA, l'Utah, l'État des Mormons, dont le mode de vie prohibe tabac et alcool, a un taux de cancer du poumon chez l'homme de 23/100 000 contre 55/100 000 en moyenne nationale, mais pour le cancer du sein les taux sont similaires. Or le cancer du sein fait partie de ceux qui progressent le plus.

Un autre cancer régresse régulièrement (environ 2 % par an), chez l'homme et chez la femme depuis les dernières décennies, c'est le cancer de l'estomac et il y a consensus pour considérer que cela est du au changement majeur dans la pratique de conservation des aliments qu'a introduit la généralisation du réfrigérateur, diminuant d'autant la part des aliments salés et fumés dans l'alimentation, dont la responsabilité est impliquée dans ce cancer. Autre preuve incontestable de l'origine environnementale de l'épidémie de cancer: le cancer de l'enfant progresse de 1 % en Europe depuis 30 ans comme l'a montré une vaste étude pilotée par le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC) auprès de 63 registres du cancer et dont la conclusion est sans appel: « Nos résultats apportent une preuve évidente d'une augmentation de l'incidence du cancer de l'enfant et de l'adolescent durant les décennies passées et une accélération de cette tendance ».

L'épidémie d'obésité et de diabète

L'enquête Obépi 2006 montre que l'obésité touche aujourd'hui 6 millions de personnes et le surpoids 20 millions, soit 2,3 millions de plus qu'il y a 9 ans. L'obésité infantile a été multipliée par 6 en 40 ans. Pour la première fois cependant depuis 10 ans, un premier ralentissement du phénomène est observé: entre 1997 et 2003 la progression était de 17 % et, depuis 2003, elle est passée à 9,7 %. L'obésité reste donc un problème majeur de santé publique, car elle induit d'autres épidémies, au premier chef, celle du diabète. Le taux de diabète est multiplié par 9,1 en cas d'obésité (4,5 en cas de surpoids). Il s'agit du diabète de type II, qui représente 90 % des cas de diabète. Là aussi l'épidémie est sociale. L'enquête Obépi de 2003 montrait que le taux d'obésité était de 17 % dans la population disposant de revenus < 900 euros/mois, contre 6 % chez celle se situant à l'autre extrémité de la fourchette de revenus (3800-5300 euros/mois). L'impact sanitaire de l'obésité se traduit aussi par des taux plus élevés de certains cancers, de maladies cardiovasculaires, d'asthme, de problèmes de santé mentale

(dépression et faible estime de soi) et de problèmes orthopédiques. Bref un véritable condensé des maladies chroniques d'aujourd'hui ! Sans surprise, les obèses ont des dépenses de soins de ville supérieures de 27 % et consomment 39 % de produits pharmaceutiques en plus.

Les autres épidémies

Sans rentrer dans le détail, mais le rapport préparatoire du Plan National Santé Environnement (PNSE) publié en 2004 fournit des données précises, d'autres pathologies peuvent être définies comme épidémies : les maladies allergiques respiratoires pour lesquelles on observe un doublement de la prévalence depuis 20 ans, l'infertilité qui touche un couple sur 7 et qui génère par ailleurs un marché juteux autour de la procréation assistée (Aux USA: 1 naissance sur 100 et \$2,9 Mrd), la croissance des maladies neurodégénératives comme Alzheimer ou Parkinson, qui ne sont pas la simple conséquence du vieillissement...

Comment expliquer dans ces conditions que l'espérance de vie progresse ? Claude Aubert a bien démontré cette question³ en montrant que l'on joue sur les mots : l'espérance de vie est calculée sur la durée de vie des personnes qui décèdent aujourd'hui... c'est à dire l'espérance de vie des générations qui sont nées au début du siècle dernier. Ces générations ont bénéficié de la première révolution de santé publique, pendant l'enfance, ont eu une vie marquée par une habitude de l'effort physique (avant la voiture et la télé) et une alimentation saine (avant l'invasion de la chimie et de la nourriture industrielle...)... et ont bénéficié des progrès de la médecine arrivés à l'âge de la retraite. On ne sait évidemment pas quelle sera la durée de vie de la population d'aujourd'hui. On peut constater simplement que le cancer touche des populations de plus en plus jeunes. On sait que l'obésité induit une durée de vie réduite (entre 5 et 20 ans en cas d'obésité sévère) et certaines études aux États-Unis montrent que l'épidémie d'obésité commence à avoir des conséquences en termes de diminution de l'espérance de vie.

Des épidémies environnementales

Toutes ces épidémies ont en commun d'avoir une composante environnementale et comportementale déterminante. Par environnement, il faut bien évidemment comprendre tous les facteurs de risque liés à la pollution, à l'alimentation et au mode de vie en général. Les connaissances scientifiques sont maintenant

²http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/401675919251500451065791801941/rapport_fi nal_commission_pnse.pdf.

³Claude Aubert, *Espérance de vie, la fin des illusions*, Éd. Terre Vivante, 2006.

suffisamment nombreuses et stabilisées pour l'affirmer. Certains ont essayé de nier ce phénomène, en expliquant cette croissance par le vieillissement, le dépistage, par les facteurs de risque du type tabac et alcool. Certes tous ces facteurs jouent, mais ne peuvent masquer la réalité de la « transition épidémiologique », c'est à dire le passage de maladies principalement infectieuses à des maladies chroniques d'origine non infectieuses. Ceci ne doit pas être vécu comme une fatalité, car nous avons les moyens d'y faire face à condition de changer de stratégie. L'arsenal thérapeutique à lui seul est insuffisant. Il faut agir plus en amont sur les causes des maladies. L'idée peut sembler particulièrement moderne, mais Hippocrate ne disait rien d'autre dans son ouvrage « Airs, eaux, lieux » : « Pour approfondir la médecine, il faut considérer d'abord les saisons, connaître la qualité des eaux, des vents, étudier les divers états du sol et le genre de vie des habitants ». « Primum non nocere, deinde curare ». « D'abord ne pas nuire, ensuite soigner » enseigne le principe d'Hippocrate. On peut aujourd'hui faire une lecture plus holistique de ce principe : « D'abord que l'environnement ne rende pas les gens malades... ». C'est d'ailleurs cette vision que véhiculait la mythologie grecque. Esculape, dieu de la médecine, a, en effet, deux filles : Hygié (celle qui s'occupe de l'environnement et a donné naissance à l'hygiène) et Panacée (celle qui soigne). Nos sociétés modernes ont surtout donné la préférence à Panacée. Il est temps de redécouvrir Hygié... sans oublié pour autant Panacée !

Notre environnement a changé de façon considérable depuis la dernière guerre :

- La pollution urbaine s'est substituée à la pollution industrielle qui, globalement, a régressé, même si certaines d'entre elles, comme les installations d'incinération restent préoccupantes. Selon une étude européenne de OMS, environ 30.000 décès anticipés par an sont liés à la pollution atmosphérique urbaine, soit 6 fois les accidents de la route. Une augmentation de + 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ des particules PM10 conduit le même jour à une augmentation de 65 % des hospitalisations pour infarctus du myocarde.
- La production mondiale des substances chimiques (pesticides, cosmétiques, produits domestiques...) était de 1Mt en 1930 et est aujourd'hui de 400Mt. Il existe 100 000 substances sur le marché, mais seules 3 % ont été évaluées (1 % en volume), comme l'a montré la campagne autour du projet de règlement européen REACH. Parmi ces substances non évaluées, combien de cancérigènes et de toxiques pour la reproduction... ? Un lieu particulièrement exposé

est bien évidemment le lieu de travail, mais aussi l'environnement domestique. Celui-ci est d'une façon générale plus pollué que l'environnement urbain... et on y passe 90 % de son temps !

- Notre alimentation a changé: on consomme aujourd'hui de grandes quantités d'aliments raffinés, de forte densité calorique et de faible densité nutritionnelle, riches en graisses, sucre et sel, de faible coût et à forte valeur ajoutée qui sont en concurrence avec les aliments « bruts » de forte densité nutritionnelle: fruits et légumes... L'accent a été mis sur la qualité microbiologique des aliments, mais très peu sur leur qualité nutritionnelle. L'excès de sel par exemple induit 25 000 morts par hypertension. Une réduction de consommation de 30 % réduirait les accidents vasculaires cérébraux de 22 % et les infarctus du myocarde de 16 %.
- Le développement de la médecine s'est traduit par celui de l'industrie pharmaceutique et des effets secondaires des médicaments (iatrogénie) dont le coût est estimé entre 12000 et 18000 morts par an.
- Le développement des affections mentales: le chiffre brut des ALD donne une indication sur l'ampleur du phénomène et il est à mettre en relation avec les caractéristiques du mode de vie moderne: stress, précarité, pression publicitaire... L'augmentation de la dépression (15 % des Français), des suicides, notamment chez les jeunes, traduit ce mal-être. Ce chiffre des ALD doit toutefois être manipulé avec prudence car il reflète également la transformation des catégories diagnostiques liées à la diffusion des psychotropes.

Le piège de la vision économiste de la santé

L'accès aux soins a été un progrès considérable qu'a permis la création de la Sécurité sociale en 1945. On n'imagine pas aujourd'hui ce que pouvait être un système où le droit aux soins était conditionné par l'argent. Il suffit pourtant d'aller dans la plupart des pays du Tiers Monde pour voir ce que cela signifie. Sans revenu solvable, il ne vous reste plus que la charité... Les systèmes de solidarité n'existent que dans une minorité de pays. La construction de ces systèmes en Europe dans les années 1940 a représenté un progrès considérable. Mais leur gestion comptable accapare le débat depuis de longues années, et occulte toute réflexion sur l'évolution de ces systèmes vers une logique de santé et non plus seulement de soin.

À partir des années 1980, les déficits des systèmes de santé sont devenus récurrents puis se sont creusés pour atteindre des sommes

vertigineuses. Des solutions de nature comptables sont depuis rerecherchées pour régler un problème perçu comme étant de même nature. Ainsi, les Health Maintenance Organization (HMO) américains font désormais figure de modèle dans bien des pays, sans que cette référence au modèle américain ne soit élargie au bilan sanitaire global des États-Unis eux-mêmes, dont on sait pourtant qu'il se situe loin derrière celui de la plupart des pays européens. Cette conception des politiques de santé, mélange de maîtrise médicalisée et de maîtrise comptable, soutend toutes les réformes menées depuis 30 ans en France, quelle que soit la couleur politique du gouvernement. L'exemple récent de l'Allemagne montre que les résultats économiques recherchés peuvent éventuellement être atteints (d'ailleurs temporairement: les déficits reviennent déjà...), mais au prix d'une sévère baisse des garanties collectives.

La privatisation, ultime avatar de la maîtrise comptable

La logique libérale peut-elle s'appliquer en matière de santé en permettant d'organiser la concurrence entre offreurs de soins et obtenir ainsi un meilleur coût et une meilleure qualité des soins? Peut-on responsabiliser les usagers en leur faisant payer le vrai coût de leurs soins? Suffit-il de mettre des garde-fous pour éviter la surenchère sur les prix par la baisse des garanties ou la sélection des populations? Derrière ces questions se cache la logique d'assurance, c'est-à-dire la privatisation de fait du système de santé. Or ce ne sont pas les assureurs qui ont fait baisser le taux d'accidents de la route, mais bien une action volontaire de la puissance publique (et il n'est pas sans intérêt de noter que c'est sous un gouvernement de droite que cette action a été la plus vigoureuse).

Ce sont pourtant ces raisonnements qui ont été mis en avant aux Pays Bas pour justifier la réforme radicale mise en œuvre le 1^{er} Janvier 2006. Depuis cette date, les Caisses d'assurance maladie sont devenues des assurances privées en concurrence avec les assureurs classiques. Le motif officiel était qu'il fallait maîtriser les dépenses de santé... alors que celles-ci sont inférieures à celles de la France! Bien évidemment, la sélection sur le risque est proscrite, mais qu'en sera-t-il demain lorsque la mutation sera achevée...? Il suffit de regarder du côté des États-Unis, qui fonctionnent depuis longtemps avec un tel système.

Les États-Unis sont le pays qui dépense le plus pour la santé: 14 % du PIB. Les États suivants sont loin derrière: le Canada (pourtant proche

et de même nature que les États-Unis, mais géré selon des principes européens), la France, l'Allemagne avec 10 %. Des pays ayant de bons indicateurs de santé comme les pays scandinaves se situent nettement en dessous de 10 %. Ce système est inégalitaire : 47 millions d'Américains sont dépourvus d'assurance-maladie, ce qui a des conséquences au plan sanitaire. Dans le classement établi par l'OMS en 2000, les États-Unis arrivaient en 37^e position derrière le Costa Rica et le sultanat d'Oman, et loin derrière la plupart des pays européens. La France arrivait première à ce classement. Même si cette première place peut être discutée dans l'absolu, il n'est quand même pas sans signification de façon relative et traduit bien la supériorité des systèmes de solidarité collective sur les systèmes d'assurances privées. Malgré cela, les libéraux vont nous expliquer bientôt qu'il faudra prendre exemple sur les Pays-Bas. La campagne lancée par l'assureur MMA pour promouvoir son contrat « Santé double effet », partiellement remboursable en cas de non-consommation de soins vise à préparer l'opinion.

La conception véhiculée par l'OMC se situe en droite ligne dans cette logique de considérer que la santé est une marchandise. La Directive Bolkenstein dans sa 1^{re} version mettait en œuvre cette vision et appliquait ainsi la conception de l'OMC, avant la campagne sur le Traité Constitutionnel Européen n'amène ce projet à la connaissance du public et ne conduise la commission à reconsidérer sa copie. La démonstration a ainsi été faite que cette conception marchande peut être battue en brèche. Mais ce n'est que partie remise : la Commission n'a pas renoncé à une directive sur la santé, annonçait le commissaire Kyrpianou en septembre dernier.

La maîtrise médicalisée

L'objectif de la maîtrise médicalisée, deuxième piste de contrôle des dépenses, est de maîtriser les dépenses de santé en améliorant la qualité des soins et en évitant les gaspillages. L'idée est effectivement louable. Elle a fait la preuve dans un certain nombre de cas d'un bénéfice à la fois pour la santé et pour le budget d'assurance maladie. La campagne sur le bon usage des antibiotiques en est une illustration. En quelques mois, cette campagne a modifié le comportement des professionnels de santé et des assurés. Le bénéfice était double : sanitaire, car une utilisation à bon escient des antibiotiques permet de faire face au problème de la résistance des souches ; et économique, car elle permet d'éviter d'utiliser les molécules les plus chères.

De la même façon, systématiser l'évaluation des pratiques – notamment des médecins – ne peut qu'être bénéfique en termes de qualité des soins et de coût. Mais que dire de la décision de la Haute Autorité de Santé, qui est aujourd'hui la maîtresse d'œuvre de cette politique, d'accepter que les visiteurs médicaux continuent d'effectuer leur activité dont on sait qu'elle est largement responsable des coûts des médicaments et de l'inflation des ordonnances, en publiant un « référentiel de certification de la visite médicale », la publicité certifiée par les autorités sanitaires et scientifiques comme l'a décrit l'organisme de formation, le FORMINDEP ? Pire, la HAS a légitimé ces visiteurs médicaux en acceptant qu'ils se fassent les vecteurs de ses avis ! Les dépenses de marketing (30 000 € par an et par médecin !) sont presque 2 fois plus élevées que les dépenses de recherche, et sont de nature purement parasitaire. Que dire aussi du silence de la HAS sur la croissance des ALD, dont elle ne pose pas la question de l'origine, mais qu'elle envisage de traiter sous l'angle de la restriction à l'accès ? Un de ses projet vise, par exemple, à exclure le diabète de type 2 non compliqué, soit 9 % des dépenses de cette ALD.

Le *statu quo* arrange en fait beaucoup d'acteurs...

Le système actuel doit sa robustesse au fait qu'il est le point de rencontre d'intérêts économiques ou politiques convergeants. Ainsi, en contradiction avec les discours officiels, ni la gauche ni la droite ne se soucient vraiment de diminuer les dépenses de santé : la première considère l'accès illimité à une médecine toujours plus sophistiquée comme un droit, la seconde représente des forces sociales et économiques qui ont tout intérêt à ce que le système continue comme avant.

L'industrie pharmaceutique n'a évidemment pas comme objectif de faire disparaître la maladie et à scier la branche sur laquelle elle est confortablement assise. C'est, en effet, l'industrie la plus profitable au monde, bien avant l'industrie agroalimentaire, l'automobile, l'armement. Après une longue croissance à 2 chiffres, sa croissance mondiale a été de 7 % en 2004 pour un chiffre d'affaire de 550 milliards de dollars, soit 53 milliards de plus qu'en 2003... et ce, sans découverte thérapeutique majeure depuis 30 ans !

L'industrie biomédicale a tout intérêt à vendre le plus d'examens. Et sur un plan strictement économique, c'est aussi l'intérêt objectif des professionnels de santé. Ce n'est pas un hasard si la profession médicale dont les revenus sont les plus élevés est celle des radiologues. Même si les

professionnels de santé n'ont pas choisi ces professions sur le seul critère économique, mais sur une conception humaniste, force est de reconnaître que le système de santé est conçu aujourd'hui pour ne pas agir sur les causes de maladies; et le maintien du mode de paiement à l'acte, auxquels beaucoup de professionnels restent attachés, ne fait que renforcer cette situation.

L'exemple de l'épidémie de gastroentérite qui revient chaque année à la mi-décembre, (un demi-million de personnes touchées l'an dernier avec un coût sanitaire et économique non négligeable) est une illustration de ce type de rente, alors même que l'on sait qu'une politique d'hygiène sérieuse permettrait d'en diminuer largement la portée. L'enjeu est là: transformer les politiques de santé (comprendre: de soin) en politiques de maîtrise sanitaire.

La santé n'est pas un bien, mais un droit

De quelle santé parle-t-on? Les politiques de santé reposent sur une vision de la santé assimilée aux soins, pendant logique de l'idéologie qui s'est peu à peu installée depuis l'après-guerre, selon laquelle il existe une réponse en termes de technique médicale à tout problème de santé. Le bilan n'est pourtant pas si brillant que cela, même si bien évidemment les progrès par rapport à 1945 ont été considérables.

La maîtrise sanitaire : passer d'une logique de soin à une logique de santé

Maîtrise comptable et maîtrise médicalisée ont un point commun: les deux visions considèrent que la santé est un coût avant d'être une richesse. Il est temps de renverser l'ordre des priorités. L'état de santé d'une population est un capital à la fois collectif et individuel. L'exemple de l'épidémie de chikungunya est là pour montrer à quelle aberration peut conduire cette vision marchandisée de la santé. Faute d'avoir eu une vision de la santé, on a aujourd'hui une large fraction de la population en incapacité de produire et une industrie touristique, première activité économique de l'île, totalement sinistrée. N'aurait-il pas mieux valu investir dans la santé environnementale (suppression des décharges sauvages et les stations de traitement des eaux), tout comme dans l'éducation pour la santé de la population? Les écologistes doivent affirmer avec force que la santé doit être considérée comme un droit et non comme un bien, et comme telle, elle échappe à la logique de marché, ce qui ne signifie pas qu'elle échappe à toute logique économique. Elle fait parti des politiques régaliennes, au même titre que l'armée ou la police.

La vision écologiste permet de répondre au changement des problèmes de santé. Elle considère en effet que la santé d'un individu ou d'une population traduit la qualité de la relation avec leur écosystème. Corollaire : pour améliorer l'état de santé, il faut agir sur l'écosystème mais aussi permettre aux individus de maîtriser cette relation à leur écosystème, individuellement et collectivement. Cette vision de l'écologie politique implique d'agir pour la santé à travers toutes les politiques publiques. Il est évident aujourd'hui qu'une politique de transport est aussi une politique de santé, tout comme une politique du logement, (surtout à un moment où on prend de plus en plus conscience de l'impact de l'environnement intérieur sur la santé), une politique industrielle (l'industrie agroalimentaire doit rompre avec une logique de fourniture de produits transformés ayant perdu leur qualité nutritive)... C'est bien de se doter d'un Plan National Nutrition Santé, mais il faut aussi un Plan National Nutrition Alimentation, pour ne pas avoir une vision du bout du tuyau. Cela signifie aussi une politique de soutien à l'agriculture bio. Mesure hautement symbolique : créer un haut fonctionnaire de santé dans chaque ministère, comme il y a aujourd'hui un haut fonctionnaire de défense, pour évaluer les conséquences sanitaires des politiques publiques.

Le projet de règlement européen REACH, qui vise à évaluer les substances chimiques qui forment notre environnement est la première politique publique conséquente pour agir en amont sur les causes environnementales des maladies. L'objectif apparaît de bon sens : « pas de données, pas de marché » et pourtant il a suscité une violente offensive de la part de l'industrie de la chimie. Celle-ci officiellement s'affichait comme favorable au projet, mais a mis en avant des conséquences apocalyptiques pour l'emploi. Les rapports successifs demandés par l'Union Européenne ont montré le peu de poids de ces arguments, mais cela n'a pas empêché l'industrie chimique de recevoir le soutien de poids de Chirac, mais aussi de socialistes comme Blair et Schroeder, présentant le projet comme un projet essentiellement bureaucratique et inutilement pénalisant pour l'industrie chimique.

Le changement de paradigme, c'est d'agir sur les causes comportementales. Il est évident que la lutte contre l'obésité ne viendra pas d'un nouveau médicament, comme essaie de le faire croire Sanofi-Aventis, avec sa nouvelle molécule Acomplia, ni d'un vaccin, mais bien par une modification de la relation à la nourriture et par le développement de

l'activité physique. Ceci suppose un changement de la nature des produits fournis par l'industrie agroalimentaire et surtout, un arrêt de l'inflation publicitaire. C'est aussi un travail d'éducation, notamment dès l'enfance, et le développement des activités physiques. Les initiatives en ce sens commencent à fleurir, comme la promotion du vélo ou du ramassage des enfants à pied (opérations Pedibus). L'exemple de la ville de Fleurbaix Laventie, dans le Nord Pas de Calais, où se mène depuis plusieurs années un suivi des enfants, montre que le taux d'obésité peut être stabilisé alors qu'il a continué par ailleurs de progresser dans la région.

Le changement de paradigme suppose aussi un changement de l'organisation du système de soins. Le système de santé de proximité est largement à reconstruire, via les maisons et les centres de santé, pour être plus proche des populations et intégrer les 3 dimensions de la santé: soin, environnement et éducation. Il est aberrant aujourd'hui que le médecin généraliste n'ait que peu de lien avec le médecin du travail ou le médecin scolaire. Le développement des réseaux de santé a traduit une volonté de professionnels de santé mais aussi d'acteurs associatifs de se doter d'outil pour promouvoir une vision de suivi des personnes dans toute leur globalité et pas seulement comme un ensemble d'organes, et surmonter les dysfonctionnement engendrés par cette vision traditionnelle de la santé.

Cela signifie aussi la reconnaissance du pluralisme thérapeutique, qui n'est aujourd'hui que toléré à la marge dans le système de santé. Les Médecines Non Conventionnelles (MNC) peuvent apporter une contribution souvent complémentaire, et à un coût généralement moindre. Certes comme pour toutes les thérapies, elles doivent faire l'objet d'une évaluation et les thérapeutes ne doivent pas être autoproclamés, mais être formés selon des cursus validés, mais il est temps de reconnaître qu'elles sont aussi un apport utile, notamment pour le suivi sur le long terme des maladies chroniques. On ne peut pas rejeter comme obscurantiste, les milliers de professionnels de santé qui pratiquent ces médecines, parfois en même temps que la médecine allopathique, et les millions de personnes qui y font appel régulièrement. Les États-Unis ont créé il y a quelques années un Institut National de la Santé dédié aux Médecines « Alternatives et Complémentaires ». Il est temps qu'il en soit de même en France, via l'Inserm. L'OMS préconise d'ailleurs de prendre appui sur les médecines traditionnelles et cet avis ne vaut pas que pour la pratique dans les pays du Sud.

Enfin, *last but not the least*, le système ne peut fonctionner s'il ne retrouve pas une légitimité démocratique. Aujourd'hui, c'est un système géré par la technocratie, et où la place des citoyens est marginale. Les Conseils Régionaux de la Santé sont purement consultatifs et leur fonctionnement ne donne que peu de place au débat citoyen. Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) sont le fait des Agences Régionales d'Hospitalisation et il est paradoxal que des décisions qui engagent aussi lourdement la vie des régions soient prises sans que celles-ci ne soient directement impliquées. Historiquement, le paritarisme était censé jouer ce rôle démocratique dans les caisses d'assurance maladie. Le pouvoir des Conseils d'Administration est devenu symbolique. La perte de légitimité des syndicats ouvriers depuis 1945 n'a fait que s'amplifier. D'autres acteurs ont, en effet, gagné en légitimité, comme les associations de malades et de victimes, ou les associations de consommateurs ou écologistes, comme l'ont montré les affaires du SIDA, de l'amiante ou de REACH.

Il est nécessaire d'inventer une nouvelle démocratie sanitaire en donnant aux Conseils Régionaux de Santé un réel pouvoir de gestion ainsi qu'une légitimité démocratique par l'élection par les assurés. Ceux-ci seraient représentés également via les élus des collectivités locales, présents dans un second collège. Les professions de santé formeraient un 3^e collège, car celles-ci doivent être partie prenante des décisions de gestion.

Une réforme de même ampleur que celle de 1945

La politique de santé est un enjeu majeur pour l'écologie politique. La vision écologiste permet de trouver les solutions à la crise des systèmes de santé, en mettant la priorité sur la lutte contre les maladies chroniques, par l'action sur les facteurs de risque environnementaux et comportementaux, mais aussi par une organisation du système de soin autour du suivi de ces malades, et plus largement en ouvrant un nouvel espace de démocratie participative. C'est évidemment un changement majeur qui est proposé, mais l'histoire montre qu'il est parfois nécessaire de remettre à plat les choses, lorsqu'il est clair pour une majorité de la société qu'on ne peut continuer avec les anciennes règles du jeu. C'est le cas aujourd'hui. Le sondage réalisé récemment par AG2R Prévoyance⁴ confirme que les Français sont très attachés au principe de solidarité. Pour eux, c'est un des

⁴Réalisé avec LH2 et *Le Figaro Entreprises et Emploi*. Sondage effectué le 22 et 23 septembre 2006 auprès d'un échantillon de 1005 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

meilleurs du monde (83 %) et la branche maladie de la sécurité sociale reste la meilleure illustration de la solidarité entre les Français (à 60 %), devant l'aide aux personnes âgées (50 %), le système de retraite (45 %) et loin devant l'assurance chômage (33 %) ! À la question : pensez-vous que votre santé dépend principalement de votre mode de vie (nutrition activité physique) 80 % répondent oui, contre 18 % qui pensent qu'elle dépend principalement des progrès de la médecine. Les points de vue sont tranchés, d'autant que seuls 2 % ne répondent pas à cette question ! Autre point de vue tranché : 80 % (contre 19 %) pensent que nous ne sommes pas égaux devant le système de santé. Une majorité (53 % contre 42 %) pensent que l'augmentation du financement ne permettra pas une meilleure qualité des soins. L'aspiration à ce changement est donc forte dans la société et les écologistes ont la responsabilité historique d'être la force politique en capacité de proposer et de réussir cette mutation, sinon la logique libérale apparaîtra comme la seule possible.

La réforme de 1945 était basée sur la reconnaissance de l'économique et du social. Cette 2^e révolution de Santé Publique se construira sur la prise en compte du social, de l'économie et de l'environnement... soit la définition même du développement durable, c'est à dire le développement d'une santé durable !