

Congrès International du CIRIEC

Valence – 13-15 juin 2022

COLLABORATIONS ECONOMIE PUBLIQUE ET ECONOMIE SOCIALE DANS LES SERVICES DE SANTÉ

Intervention Docteur Nicolas LEBLANC

L'état de santé de la population et l'amélioration de celui-ci constitue l'ambition à laquelle doit répondre un système de santé. L'observer pour en comprendre les enjeux et les défis fonde les possibles et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. La crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 a montré combien ce qui détermine la santé embrasse bien plus large que le soin avec son cortège d'inégalités. Or agir au plus près des populations dans un cadre général suppose une mobilisation de tous les acteurs tout au long de la chaîne de ce qui fait un état complet de bien être physique, psychique et social, pour tous.

1. Un système pour des besoins de santé en évolution.

Selon l'OMS, un système de santé est composé de l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Il concerne tout autant la prévention que le soin afin de satisfaire à un état de complet bien-être physique, mental et social. Cela implique la satisfaction de tous les besoins fondamentaux de la personne, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels. Ainsi un système de santé doit pouvoir répondre à plusieurs objectifs dont le premier est d'identifier les besoins de santé d'une population, puis de déterminer des priorités et enfin de garantir les actions pour parvenir à ses objectifs.

Même s'il est généralement admis que le premier objectif d'un système de santé est d'améliorer la santé de la population, il est difficile de faire un lien univoque entre le niveau de santé de la population et la qualité du système de santé car la santé est la résultante de plusieurs facteurs qui ne sont pas forcément des composantes intrinsèques du système. Ainsi elle est également façonnée par d'autres déterminants comme l'hygiène de vie, les conditions de travail ou l'éducation de la population.

De plus les besoins de santé ne sont pas statiques. Ils ont évolué dans le temps et dans l'espace à la faveur de transitions multiples comme en témoigne l'évolution de l'Espérance de vie. En effet

l'espérance de vie à la naissance croît régulièrement dans les pays développés depuis les temps le plus reculés. Au milieu du XVIII^e siècle, la moitié des enfants mouraient avant l'âge de 10 ans et l'espérance de vie ne dépassait pas 25 ans. Elle atteint 30 ans à la fin de ce siècle, puis fait un bond à 37 ans en 1810 en partie grâce à la vaccination contre la variole. La hausse se poursuit à un rythme lent pendant le XIX^e siècle, pour atteindre 45 ans en 1900. Pendant les guerres napoléoniennes et la guerre de 1870, l'espérance de vie décline brutalement et repasse sous les 30 ans. Au cours du XX^e siècle, les progrès sont plus rapides, à l'exception des deux guerres mondiales. Les décès d'enfants deviennent de plus en plus rares : 15% des enfants nés en 1900 meurent avant un an, 5 % de ceux nés en 1950 et 0,4 % (3,5 pour mille exactement) de ceux nés en 2015. La hausse de l'espérance de vie se poursuit grâce aux progrès dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires et les cancers. En 2019, l'espérance de vie en France atteint 79,7 ans pour les hommes et 85,6 ans pour les femmes. Derrière cette évolution se cache une multitude de facteurs agissant sur ce qui détermine la santé à la faveur du progrès technique et social. Les démographes et les épidémiologistes ont décrit ces transitions qui ont modifié considérablement la santé des populations et les besoins afférents.

Selon l'Institut national d'études démographiques, la transition démographique se caractérise par le passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées et s'équilibrent à-peu-près, à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles et s'équilibrent également. C'est au 20^{ème} siècle que les conditions de salubrité ont permis ce gain continu d'espérance de vie qui se prolonge encore aujourd'hui.

La transition épidémiologique se caractérise par une évolution de la répartition des morbidités. Les maladies infectieuses en période périnatale, en couche, puis tout au long de la vie ont jalonné le quotidien des Français jusqu'en 1960. L'amélioration des conditions de vie, la généralisation de la vaccination et la découverte des antibiotiques ont considérablement fait reculer ces maladies, auxquelles succèdent les maladies cardiovasculaires, les affections tumorales et les pathologies psychiatriques, liées notamment à nos modes de vie. Le cancer domine désormais les causes de mortalité et les maladies neuro-dégénératives s'installent dans le paysage des morbidités. Là où les maladies aiguës emportaient nos anciens, les histoires longues et chaotiques de plusieurs pathologies cumulées accompagnent la dernière partie de la vie de nos contemporains. Ainsi, cette transition démographique est consubstantielle à la transition épidémiologique avec dans les pays occidentaux une demande de santé qui combine le besoin de longévité et de qualité de vie dans un univers où la polyopathie chronique domine. Cela se traduit aussi par un rapport sacralisé à l'enfant, par la multiplicité des formes et séquences familiales, par la coexistence fréquente de trois générations, par un allongement du temps de retraite, par un rapport différent au travail et aux loisirs, par un rapport

différent au capital santé et au bien vieillir, par une relation à la mort modifiée, avec in fine une demande sociale qui modèle ce qui détermine la santé.

Même si la prise en charge des pathologies aiguës demeure une nécessité qui, de proche en proche, est attendue de manière immédiate, simple et efficace, les sociétés d'aujourd'hui et de demain auront à relever le défi de la prise en charge dans la durée des maladies chroniques. Or être malade chronique est le résultat d'un long processus qui, de fil en aiguille amène vers le chemin du soin pour compenser, neutraliser ou ralentir l'inexorable progression de la maladie. Cependant avant d'arriver vers le précipice « médical », toute une somme d'éléments concourt à maintenir un bon état de forme, à le favoriser. C'est ce qu'on appelle les déterminants de santé. Plusieurs modèles ont fait l'objet de publications scientifiques majeures. Le modèle de G. Dahlgren et M. Whitehead, une référence, en détermine cinq grandes catégories. Ce sont d'abord les caractéristiques phénotypiques et génotypiques des individus. La seconde est liée aux représentations et comportements de santé (tabagisme, comportement à risque, etc). La troisième concerne les réseaux relationnels et l'intégration dans une communauté. La quatrième revêt les conditions de vie et de travail. Et, enfin, la cinquième englobe les facteurs économiques, sociaux, environnementaux qui déterminent la marche de la société. Il s'agit ici d'intégrer dans le système de santé, la prévention tel que défini par l'OMS à savoir « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Trois types de prévention ont été distingués : la prévention primaire, ensemble des actes visant à diminuer l'incidence (*Nombre de nouveaux cas d'une maladie, dans une population, dans un temps donné*) d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition ; la prévention secondaire, qui cherche à diminuer la prévalence (*Rapport du nombre de cas d'un trouble morbide à l'effectif total d'une population, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens, à un moment ou pendant une période donnée*) d'une maladie dans une population et qui recouvre les actions en tout début d'apparition ; la prévention tertiaire où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. Il s'agit aussi de promotion de la santé telle que précisée dans la charte d'Ottawa. La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé. Elle ne se

borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé. Son ambition est le bien-être complet de l'individu.

Ainsi les systèmes de santé doivent répondre non seulement aux défis du soin selon les caractéristiques épidémiologiques des sociétés auxquels ils s'adressent mais aussi à celui de la prévention dans toutes ses composantes et enfin celui de la promotion de la santé dans son ensemble. Améliorer la santé des populations passe non seulement par un système de soin robuste et efficace mais aussi par des actions larges et durables de prévention et enfin par la mobilisation des politiques publiques et tous les acteurs du champ économique et social.

2. Les composantes d'un système de santé

Un système de santé est un ensemble d'organisations, d'institutions et de ressources visant à améliorer la santé de la population. Force est de constater qu'il y a souvent confusion entre système de santé et système de soins tant la structuration et le financement de ce dernier occupe le devant de la scène. Ainsi il est courant de distinguer trois grands éléments dans ce système de soins : la production, les fournisseurs et le financement des soins. La production des soins définit la façon dont les soins sont délivrés. Il s'agit par exemple de savoir qui délivre ces soins (médecins, infirmiers, etc.), et dans quel secteur (public ou privé). Les fournisseurs sont souvent composés de grands industriels du médicament, des dispositifs médicaux ou de la technologie. Le financement des soins définit la manière dont les dépenses de santé sont gérées. Elles peuvent par exemple être financées directement par le consommateur, ou bien par la sécurité sociale.

Les différents types de systèmes se caractérisent par la place de l'Etat en tant que régulateur et financeurs et le statut des producteurs de soins. Le système anglais, centralisé dit beveridgien repose sur une production de soins assurée dans le cadre d'un monopole public que ce soit les établissements hospitaliers (ils sont tous nationalisés et leurs praticiens sont des salariés du N.H.S) ou les praticiens généralistes rémunérés selon le principe de la capitation percevant un montant forfaitaire par malade inscrit pour une année (ils sont sous contrat avec le N.H.S. mais conservent le statut de praticiens indépendants). L'accès aux soins est règlementé. Le financement du système est fondé sur l'impôt. A l'inverse le système américain, libéral, décentralisé se fonde sur des producteurs de soins le plus souvent privés. La médecine ambulatoire est entièrement privée. Les honoraires des médecins sont libres. Le paiement à l'acte est le plus courant pour les soins ambulatoires et pour l'hospitalisation il se fait sur la base d'une facturation de chaque service. Il n'existe pas de système obligatoire d'assurance sociale. La population recourt à l'assurance privée à titre individuel ou par l'intermédiaire des employeurs. Les lois du marché déterminent le montant des primes. Il existe toutefois des programmes

publics d'assurances sociales pour les groupes de population les plus vulnérables à savoir les pauvres (MEDICAID) et les personnes âgées (MEDICARE). Il existe enfin une forme mixte de système, dit Bismarkien dont la France en est l'exemple. Il repose à la fois sur une approche décentralisée au niveau des usagers et des producteurs de soins se caractérisant par la liberté de choix du producteur de soins par l'utilisateur et la liberté d'installation et de prescription des producteurs de soins. Le système français revêt par ailleurs un aspect centralisé lié au rôle des organismes d'assurance - maladies qui assurent de manière obligatoire l'essentiel du financement et au rôle puissant de régulation de l'état.

3. L'efficacité des systèmes de santé : une nécessaire collaboration entre l'économie publique et l'économie sociale.

L'observation de l'état de santé des populations permet d'appréhender l'efficacité des systèmes de santé au-delà des seuls soins. Couplé aux dépenses par habitant, elle montre la bonne utilisation des ressources. Force est de constater de fortes variabilités entre pays développés et à l'intérieur des populations de chacun de ces pays. L'espérance de vie à la naissance s'établissait en moyenne à 80.6 ans dans les pays de l'OCDE en 2015. Elle a substantiellement progressé au fil du temps, puisqu'elle est aujourd'hui supérieure de dix ans en moyenne à ce qu'elle était en 1970. Le Japon, l'Espagne et la Suisse se classent en tête d'un vaste groupe composé de 25 pays de l'OCDE qui affichent désormais une espérance de vie à la naissance de plus de 80 ans. Un deuxième groupe, comprenant les États-Unis, le Chili et plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, présente une espérance de vie comprise entre 75 et 80 ans. Parmi les pays de l'OCDE, c'est la Lettonie et le Mexique qui affichaient l'espérance de vie la plus faible en 2015 (à près de 75 ans). Aux États-Unis, les gains d'espérance de vie ont également été plus modérés que dans la plupart des autres pays de l'OCDE ces dernières décennies. Alors qu'elle était supérieure d'une année à la moyenne de l'OCDE en 1970, elle est aujourd'hui inférieure de près de deux ans à cette moyenne. De nombreux facteurs peuvent expliquer cette situation: le caractère très fragmenté du système de santé des États-Unis, où les ressources consacrées à la santé publique et aux soins primaires sont relativement faibles, et où une part importante de la population n'a pas d'assurance ; les comportements qui ont une incidence sur la santé, notamment des taux d'obésité plus importants, une plus forte consommation de médicaments délivrés sur ordonnance et de substances illicites, le nombre supérieur de victimes d'accidents de la route et d'homicides ; des taux de pauvreté et des inégalités de revenus plus élevés que dans la plupart des pays de l'OCDE. Un revenu national (en termes de PIB par habitant) plus élevé va généralement de pair avec une espérance de vie à la naissance plus longue, cette corrélation étant toutefois moins marquée au niveau des revenus nationaux supérieurs. Il existe également des écarts d'espérance de vie notables entre des pays qui ont un revenu similaire par habitant. Le Japon et l'Espagne affichent ainsi une

espérance de vie plus élevée, et le Luxembourg, les États-Unis, et la Fédération de Russie une espérance de vie plus faible que ne le laisserait supposer le seul PIB par habitant.

Or malgré les efforts consentis par les pays développés pour la santé, les inégalités subsistent. Et la crise sanitaire aura tragiquement mis en lumière l'ampleur des inégalités sociales et territoriales de santé. En France la mortalité liée au Covid-19 représente à la fin de l'été 2021 environ 30 ans de mortalité routière et d'après une enquête de l'Insee, les territoires les plus pauvres ont été ceux où la mortalité a été la plus forte. Dans ces mêmes territoires, le succès de la campagne nationale de vaccination contre la COVID-19 aura été plus mitigé, en particulier pour les personnes âgées. Partout, les « premiers de corvée », travailleurs indispensables à nos modes de production et de distribution, mis à l'honneur pendant le premier confinement auront payé tout au long de la crise sanitaire un très lourd tribut en termes de vies humaines abimées et perdues.

Le « syndrome de la vie de merde » pour les uns et la « promenade de santé pour les autres ». C'est la réalité sociale aux extrêmes dans notre pays. En effet l'augmentation des inégalités sociales de santé se traduit aujourd'hui par une différence d'espérance de vie à la naissance en France de treize ans entre le plus pauvres et les plus fortunés. Il en va de même en ce qui concerne la prévalence plus importante au bas de l'échelle sociale des principales pathologies, en particulier les maladies chroniques que sont les cancers, les maladies métaboliques et cardiovasculaires, le diabète, l'obésité, les maladies respiratoires (BPCO), les principales pathologies responsables du fardeau global des maladies ; en même temps que l'exposition aux principaux facteurs de risque (tabac, alcool, mal bouffe, sédentarité, addictions, non traitement de l'HTA...)

Au-delà des mécanismes biologiques et médicaux qui en sont à l'origine, la survenue de ces maladies est socialement déterminée et inégalitaire. Comprendre les déterminants sociaux de santé et comprendre comment les facteurs sociaux façonnent les vies, les corps et les comportements permet d'envisager des solutions. Celles-ci doivent prendre en compte ces différences sociales. Les mesures de prévention et de prise en charge des maladies doivent être adaptées au niveau culturel, social et économique des personnes, c'est l'universalisme proportionné. On ne les prévient pas, on ne les traite pas de la même façon selon qu'on a affaire à des personnes riches ou pauvres, selon leur niveau d'éducation, selon leur mode de vie professionnel, leur habitat, leur accès aux services de santé, leurs comportements, leur situation sociale... Leur prévention doit reposer sur la participation effective, individuelle et collective, des groupes sociaux concernés et des personnes qui les composent (autonomie des personnes, démocratie sanitaire).

Enfin, la santé publique ne se limite pas à la prévention des comportements à risque (alimentation, addictions, etc.), même si celle-ci reste essentielle. Les déterminants sociaux de la santé sont très

importants. Il faut donc lutter contre la tentation de substituer à une action collective traitant des causes sociales une approche culpabilisante faisant peser sur les individus la responsabilité de leurs difficultés et envisager des politiques plus globales. Nos modes d'organisation éducative, socioéconomique et politique ont des conséquences multiples, notamment sur la santé. Au milieu du 19^e siècle un médecin français, Villerme, fit une découverte qui allait révolutionner les représentations : la durée de vie, ce que l'on nomme aujourd'hui l'espérance de vie, est bien moins déterminée par des forces occultes (les vents, les humeurs, les astres...) ou la volonté divine que par l'« aisance », le niveau des revenus et d'éducation, la profession et l'habitat... Ainsi évoluent conjointement dans le temps et dans l'espace, les inégalités sociales de santé et le cortège de maladies qui les accompagnent, dans des interactions difficiles à déconstruire, source d'une « syndémie » qu'il convient de comprendre pour mieux la combattre. Le cumul des déterminants sociaux défavorisant s'accompagne de dérèglements des corps et des esprits qui détériorent la qualité de la vie, le bien-être. C'est cet enchevêtrement complexe qu'il faut déconstruire et comprendre et aux effets duquel il faut tenter de mettre fin, ce qui n'est pas chose aisée. C'est le but de la santé publique : comprendre pourquoi certains sont malades et d'autres pas, en combinant les connaissances biologiques, médicales et sociales, puis agir en fonction des connaissances acquises. Ceci nécessite d'intervenir largement au-delà du domaine médical.

Réduire ces inégalités pour satisfaire à l'amélioration de l'état de santé des populations, objectif premier des systèmes de santé repose sur des interventions multiples concernant les déterminants. Sans rentrer dans le débat de la socialisation du financement du système de santé, il est important que de promouvoir des politiques publiques qui embrassent le champ complet des déterminants de santé afin de rendre l'approche cohérente. La première étape qui consiste à établir des objectifs de santé publique quantifiables avec les leviers nécessaires pour y parvenir. Compte tenu du fait que la santé dépend pour beaucoup de facteurs externes au système de santé proprement dit, la mobilisation des acteurs des champs déterminants constitue une priorité. Une manière d'y parvenir consisterait à procéder à l'évaluation systématique de l'impact des politiques et des lois en termes de santé afin de cultiver une prise de conscience continue. De la même manière, agir en prévention et en promotion de la santé suppose de bien connaître les populations et leurs besoins. Agir au plus près des communautés dans un cadre fixé est gage de réussite. Encore faut-il pouvoir mobiliser les acteurs de terrain. C'est ici que la collaboration entre les acteurs publics et les acteurs de l'économie sociale est cruciale. Elle induit une première réflexion sur la gouvernance publique. Par exemple en France, l'Etat régule le système de santé au niveau national puis régional et enfin départemental. La place des collectivités territoriales est très aléatoire en fonction du domaine d'intervention et des volontarismes politiques historiques ou récents. Une première marche consisterait à voir l'opportunité de donner des

moyens légaux et financiers durables pour que les collectivités « de proximité », celles qui connaissent les populations, puissent agir à proportion des besoins avec des objectifs définis et un cadre garantissant l'universalité. C'est se donner la possibilité du « aller-vers » pour améliorer la santé de tous et réduire les inégalités. Cette capacité à renforcer les possibles dans les fines mailles des territoires doit pouvoir s'appuyer sur les acteurs de l'économie sociale et solidaire dans la diversité des formes qui la compose. En France, les associations et les mutuelles ont un rôle historique en la matière en couvrant l'ensemble du spectre, de la prévention primaire jusqu'aux soins. Les valeurs de non lucrativité et de démocratie qui les fondent répondent aussi aux enjeux du secteur, à savoir en première instance améliorer la santé des populations plutôt que de faire du profit, impliquer de près les citoyens dans les choix de santé au-delà des experts ou d'élus lointains. La crise sanitaire a montré combien les défis sont d'ampleur. Le champ et les enjeux sont suffisamment vastes pour une mobilisation de tous.