

CONSTATS

pour

DÉBATS

**Pour améliorer notre santé,
ne passons pas
à côté de l'essentiel !**

Repenser la protection sociale à partir des enjeux
de la santé : 20 constats pour en débattre.

GR O U P E
vyv

Entrepreneur du
mieux-vivre

Entrepreneur du mieux-vivre

Le Groupe VYV est le 1^{er} acteur mutualiste de santé et de protection sociale en France. Autour de ses 4 métiers (Mutuelle et assurance, Services et assistance, Soins et accompagnement, Habitat et logement social), le Groupe VYV développe des offres complètes et personnalisées pour accompagner et protéger tous les individus tout au long de la vie.

Pour aller plus loin dans l'accompagnement, le Groupe Arcade-VYV, nouveau pilier du Groupe VYV, propose un dispositif inédit visant à promouvoir le logement comme un vrai déterminant de santé. Le Groupe Arcade-VYV est le 4^e bailleur social de France, par la taille de son parc HLM qui représente 200 000 logements, 5 500 logements construits par an et 681 établissements adaptés aux publics spécifiques.

Créé en 2017, le Groupe VYV œuvre au quotidien pour être utile à tous et à chacun. L'ensemble des composantes du groupe protège 11 millions de personnes au sein de son écosystème et propose des solutions adaptées à plus de 88 000 employeurs publics et privés.

Le chiffre d'affaires du groupe, intégrant une évaluation du chiffre d'affaires des entités de l'UGM VYV Coopération, est d'environ 10 milliards d'euros ; sur le seul périmètre combiné du Groupe VYV, le chiffre d'affaires est de 8,7 milliards d'euros. Acteur engagé, avec 10 000 élus dont près de 2 600 délégués, **le Groupe VYV innove et anticipe pour construire une société plus équitable et socialement responsable.**

À propos de VYV³, l'offre de soins et d'accompagnement

Au sein du Groupe VYV, l'offre de soins et d'accompagnement (VYV³) a pour ambition de **développer une offre de soins de qualité, socialement performante et innovante, au plus près des territoires.** Elle rassemble différents métiers autour de plusieurs pôles : les soins, les produits et services, l'accompagnement. Avec 1 400 établissements de soins et de services en France, VYV³ compte 30 000 collaborateurs et 1 700 élus. Son chiffre d'affaires est de 1,8 milliard d'euros (1,7 milliard d'euros en périmètre combiné Groupe VYV).

Sommaire

CONSTATS

pour

DÉBATS

Quelques constats structurants pour la protection sociale

#1 La santé n'est pas uniquement déterminée par le système de soin	6
#2 La fin des maladies infectieuses n'est pas pour demain	7
#3 Le «sportivement» est un médicament méconnu aux effets démontrés	8
#4 Les inégalités de santé commencent très précocement dans la vie	9
#5 Déterminer les meilleures solutions selon les contextes fait partie de la recherche en santé	10

Quelques constats sur des leviers de santé publique

#6 La lutte contre certains facteurs de risque pourrait être amplifiée	12
#7 La santé publique est un levier clé de la lutte contre les inégalités de santé	14
#8 La France demeure mauvaise élève de la surmortalité évitable	15
#9 Le pays de Pasteur se vaccine de moins en moins	16
#10 Au 21 ^e siècle, le travail dans des conditions défavorables demeure associé à une mauvaise santé	17
#11 Les objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie constituent une vision court-termiste de la santé publique	18

Quelques constats sur des leviers d'offre de soins

#12 Les déserts médicaux annoncés depuis 10 ans sont vraiment arrivés	20
#13 La sollicitation intensive de l'hôpital n'est pas tenable « en temps de paix »	21
#14 L'essentiel des réponses aux enjeux territoriaux par l'exercice coordonné entre professionnels de santé reste à construire	22
#15 L'adhésion aux traitements de pathologies chroniques constituait déjà une préoccupation majeure avant la crise	23
#16 La santé mentale apparaît comme un angle mort des politiques sanitaires	24
#17 Le vieillissement en bonne santé se heurte au cloisonnement des prises en charge médicales et médico-sociales	25
#18 Les pénuries de certains produits de santé étaient déjà une réalité pour les Français	26
#19 L'accès de tous aux innovations technologiques et thérapeutiques n'est pas garanti	27
#20 Le sous-financement de la prévention est une constante de notre système de santé	28



Thierry Beaudet
Président du Groupe VYV

Un choc de réalité. Nombre de tendances et d'indicateurs étaient particulièrement surveillés : la montée des pathologies chroniques, le vieillissement de la population, la progression des inégalités de santé, les nouveaux traitements thérapeutiques ou les enjeux autour des données de santé. Pourtant, c'est un virus que peu de gens avaient vu venir qui, tel un « cygne noir », s'est abattu sur nos vies et a bouleversé notre système de santé en révélant nos forces et faiblesses.

Notre système de santé a tenu bon, moins grâce à sa bonne préparation qu'à la remarquable capacité d'adaptation dont ont su faire preuve ses agents de terrain dont les acteurs privés non lucratifs du soin que sont les mutuelles. Comme les autres acteurs de l'offre de soins, nous avons fait face aux difficultés et mesuré que nous n'étions pas complètement prêts. Comme les autres, nous voulons tirer les leçons de cette crise.

À présent que la première secousse est passée, les répliques économiques et sociales de cette crise totale menacent notre système de santé et de protection sociale déjà fragilisé.

Pour le renforcer, il nous faut réfléchir vite et agir de manière ambitieuse.

Mais la COVID-19 n'épuise pas tous les problèmes de santé. Avant cet épisode, les Français déploraient déjà leurs difficultés face aux déserts médicaux, au cloisonnement des prises en charge médicales et médico-sociales ou bien encore à la pénurie de certains médicaments. Il nous faut prendre du recul, embrasser les enjeux de santé et de protection sociale au-delà de ce qu'a révélé directement et de manière évidente la crise.

Pour ne pas semer les germes de crises futures, il nous faut identifier et agir sur ce qui détermine réellement la santé et le bien-être. Concentrons notre mobilisation sur les vrais sujets de santé des Français.

En tant qu'acteur de la santé, nous attirons l'attention sur vingt constats pour la protection sociale, pour la santé publique, pour l'offre de soins, caractérisant particulièrement la situation de la France métropolitaine et des Outre-mer.

Nous souhaitons en débattre en partageant ces constats avec toutes les parties prenantes de notre système de santé et de protection sociale.

Nous sommes convaincus que de ces réflexions collectives pourront émerger des propositions utiles pour penser le « jour d'après » de la santé pour tous et de la protection sociale solidaire.

Une telle crise nous rappelle que la santé est un élément essentiel d'un contrat social qui est à refonder. Agir sur les déterminants de santé, ce n'est donc pas seulement repenser la protection sociale mais c'est aussi préparer la société de demain. Là réside l'engagement du Groupe VYV !

CONSTATS

pour

DÉBATS

QUELQUES CONSTATS

structurants pour la protection sociale

#1 → #5

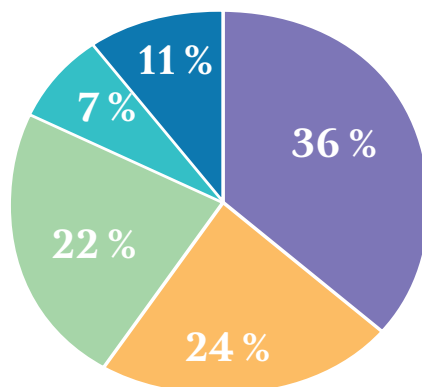
#1

La santé n'est pas uniquement déterminée par le système de soin

En France, quand on évoque la santé, on pense souvent à l'organisation des professionnels de santé sur le territoire, qu'ils soient praticiens libéraux ou hospitaliers.

Pourtant selon différentes études internationales, **le système de soin représente moins de 20% des déterminants de la santé de la population**. Notre santé dépend d'un ensemble de facteurs variés tels que nos comportements (36%) ou notre situation socio-culturelle (24%).

Les déterminants de santé dans la littérature scientifique



- **Comportementaux** (ressorts psychologiques, etc.)
- **Socioculturels** (conditions de travail, cultures et traditions, etc.)
- **Biologiques** (génétiques, morphotype, etc.)
- **Environnementaux** (allergènes, pollution atmosphérique)
- **Liés au système de soin**

La COVID-19 l'a démontré de façon exemplaire : les conditions et habitudes de vie ont de très importantes conséquences sur notre santé.

Un exemple parmi d'autres : la Seine-Saint-Denis. Ce département ayant pourtant la population la plus jeune d'Île-de-France fut le plus éprouvé par la pandémie. Il cumule de nombreux facteurs de risque dont :

- Davantage de personnes à la santé fragile : c'est le département francilien qui compte le plus de personnes de plus de 65 ans atteintes de pathologies telles que le diabète et les maladies respiratoires chroniques¹.
- Davantage de salariés en première ligne, officiant dans les secteurs d'activités les plus exposés : 16,2% des agents hospitaliers de la région habitent en Seine-Saint-Denis, ainsi que 18,7% des caissiers et des vendeurs, 21,6% des livreurs et 15,4% des aides-soignants.
- Davantage de familles nombreuses confinées dans des logements exigus. Ces conditions sont susceptibles de favoriser le développement de foyers de contagion : 42% des ménages de Seine-Saint-Denis comptent trois personnes ou plus contre 22% dans la capitale. La surface moyenne par personne pour un quart des foyers de Seine-Saint-Denis est de seulement 18 mètres carrés contre 25 mètres carrés dans le 75.

Le logement est un déterminant de santé trop souvent négligé.

1 : Le Monde du 17 mai 2020 selon données INSEE.

La fin des maladies infectieuses n'est pas pour demain

#2

Nous l'avions collectivement oublié : les maladies infectieuses étaient, il y a encore une cinquantaine d'années, la première cause de mortalité humaine.

Grâce aux progrès spectaculaires réalisés tout au long du siècle passé, la situation s'est inversée : ce sont désormais les maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, cancers, maladies respiratoires, diabète...) qui expliquent la plus grande part des décès en Europe. Les maladies infectieuses n'avaient pour autant pas disparu² : Ebola, grippe H1N1, SRAS ou VIH n'avaient sans doute pas suffisamment alerté.

Autre évidence que nous avons négligée : les virus, bactéries, parasites et autres champignons prospèrent sur fond de destruction des habitats naturels et du réchauffement climatique. Un exemple : le moustique Tigre, vecteur du Chikungunya, est présent dans un département sur deux en France métropolitaine.

La biodiversité nous protège bien souvent de leur transmission à l'espèce humaine et de leur transformation en épidémies, car elle permet que les agents pathogènes soient dilués dans une multitude d'hôtes, voire stoppés par différentes espèces. « Quand nos actions dans un écosystème tendent à réduire la biodiversité (nous découpons les forêts en morceaux séparés ou nous déforestons pour développer l'agriculture), nous détruisons des espèces qui ont un rôle protecteur », explique ainsi un chercheur spécialiste de la maladie de Lyme³.

2 : Katherine F. Smith, Michael Goldberg, Samantha Rosenthal, Lynn Carlson, Jane Chen, Cici Chen, Sohini Ramachandran, « Global rise in human infectious disease outbreaks », *Journal of the Royal Society Interface*, vol. 11, issue 101, décembre 2014.
<https://royalsocietypublishing.org/doi/full/10.1098/rsif.2014.0950>

3 : Dr Richard Ostfeld cité par Jim Robbins dans le *New York Times*, « The Ecology of Disease », 14 juillet 2012.

#3

Le « sportivement » est un médicament méconnu aux effets démontrés

L'activité physique améliore la santé. Les études scientifiques nous indiquent que doubler sa dépense énergétique hebdomadaire provoque une diminution jusqu'à 30% de la mortalité.

Une pratique régulière permet de diminuer de 35 % l'hypertension, de 45% le risque de récives après un cancer du sein, de 50% le risque de diabète de type 2. Être obèse ou en surpoids à l'âge de 50 ans accélère la survenue de la maladie d'Alzheimer. Il vient d'être démontré⁴ que les adultes (40-79 ans) avec une activité physique régulière ont moins eu recours à l'hôpital sur une période de 20 ans.

« Il existe un comprimé gratuit, et sans effet secondaire, si sa posologie est adaptée, qui aide à réduire les risques d'être atteint ou de mourir de maladie chronique : c'est l'activité physique. »⁵

4 : En comparant un groupe d'adultes ayant une activité physique régulière à un groupe sans activité physique régulière, il y a un écart de 0,42 jour d'hospitalisation par an, 7% de dépenses de santé ou 275 euros par an. Source : Robert Luben, Shabina Hayat, Nicholas Wareham, Paul Pharoah & Kay-Tee Khaw « Usual physical activity and subsequent hospital usage over 20 years in a general population : the EPIC-Norfolk cohort » BMC Geriatrics volume 20, Article number: 165 (2020). <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-01573-0>

5 : Source : « Physical Activity : the magic pill », publication du President's Council on Physical Fitness and Sports, organisme de prévention du gouvernement des États-Unis d'Amérique, 2011.

Les inégalités de santé commencent très précocement dans la vie

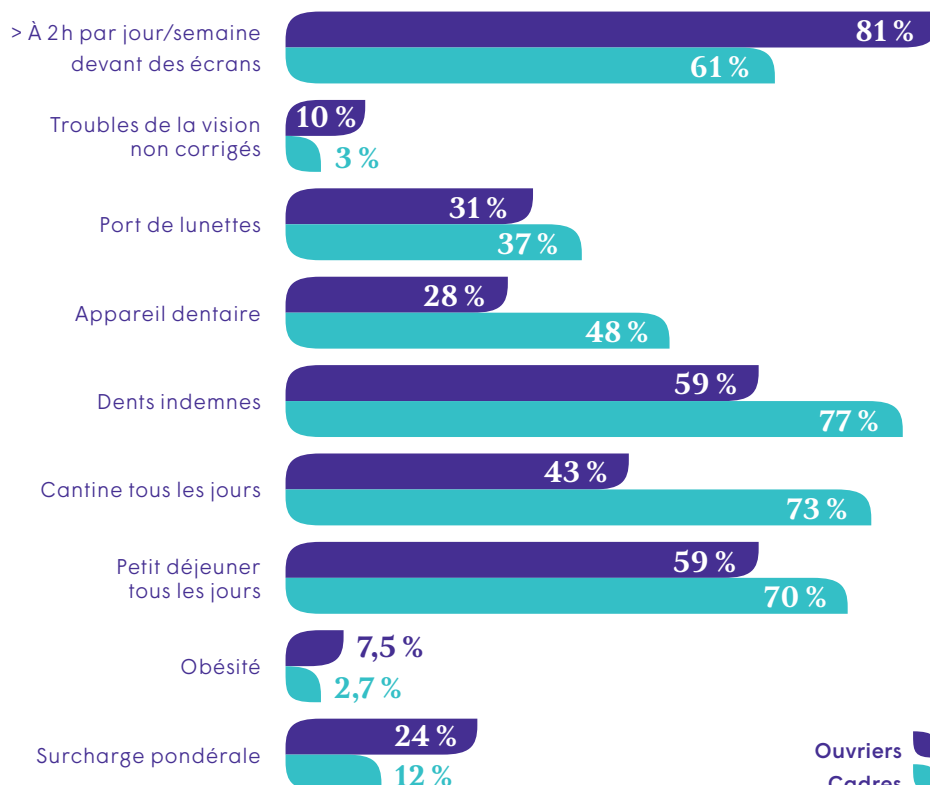
#4

Les conduites ayant une influence négative clairement établie sur la santé se mettent en place dès l'enfance ou l'adolescence. Des interventions précoces en prévention peuvent avoir un fort impact sur le développement ultérieur des pathologies chroniques. Leur efficacité est moindre auprès des adultes.

Les déterminants sociaux et économiques sont à l'œuvre dès le début de la vie, lors des apprentissages scolaires*, sociaux et comportementaux.

Source : enquête nationale sur la santé des élèves de troisième, année scolaire 2016-2017. In DREES, « En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale », août 2019, n°1122.

Part des adolescents en classe de troisième



*Sur l'intersection entre éducation scolaire et santé : « Supporting every school to become a foundation for healthy lives » Didier Jourdan & al, WHO Collaborating Centre for Research in Education and Health and UNESCO Chair Global Health & Education Research Group, Lancet Child Adolesc Health 2021.

#5

Déterminer les meilleures solutions selon les contextes fait partie de la recherche en santé

La question centrale de la recherche en santé reste l'action concrète et de façon durable sur le terrain notamment dans les espaces les plus désavantagés. Le besoin est constant d'identifier des mesures adaptées et d'évaluer leurs impacts.

Il existe une grande richesse à la fois de pratiques (dans différents milieux et auprès de publics variés) et de données de recherche mais la perspective est souvent ce que l'on appelle le « solutionnisme » : **il y a un problème, il y a une bonne solution, et il suffit juste de l'implanter.** Au-delà des caractéristiques d'interventions, il est décisif d'identifier les mécanismes de transformation au sein des différents milieux concernés (villes, écoles, clubs sportifs, lieux de travail...).

À titre d'exemple, il a été démontré qu'en milieu scolaire les chances de succès d'une innovation favorable à la santé dépendent de deux facteurs principaux : sa compatibilité avec les pratiques existantes et l'efficacité de l'intervention, c'est-à-dire le rapport entre son coût pour les professionnels (réorganisation cognitive, surmenage, investissement émotionnel) et ses bénéfices (satisfaction due aux progrès des élèves ou à l'augmentation du sentiment de compétence des professionnels).

Aujourd'hui, la priorité n'est pas de tenter d'implanter une intervention universellement efficace mais de développer au-delà une véritable science de l'amélioration en contexte⁶. Il s'agit de produire avec les personnes concernées des données opérationnelles, de partager les connaissances, d'accompagner les familles, les élus, les bénévoles, les professionnels de santé, du sport, de l'éducation⁷.

Ce renouvellement des pratiques de santé publique passe par la création de nouveaux écosystèmes de production et de partage des connaissances au service de l'action. C'est ce à quoi il convient de s'attacher aujourd'hui dès lors que l'ambition est d'améliorer la santé de tous et de réduire les inégalités.

6 : Voir par exemple le dispositif de communautés d'amélioration en réseau, A. Bryk, « Accélérer la manière dont nous apprenons à améliorer », Éducation et didactique, 2017.

7 : Voir par exemple le travail remarquable conduit par le réseau des Villes-Santé OMS <http://www.villes-sante.com/>

CONSTATS

pour

DÉBATS

QUELQUES CONSTATS

**sur
des leviers
de santé
publique**

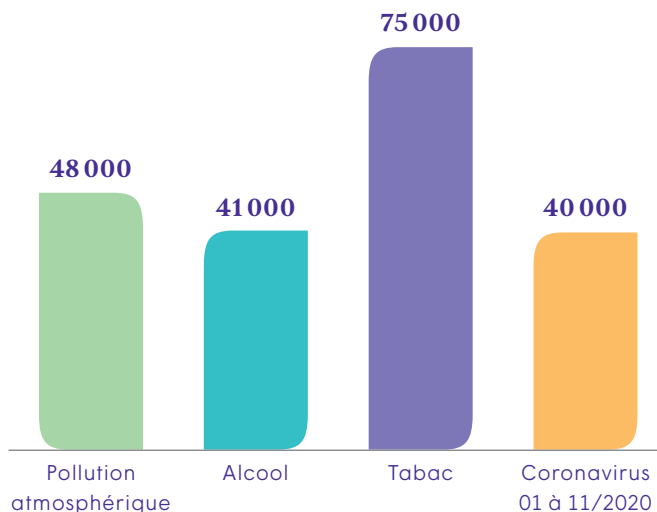
#6 → #11

#6

La lutte contre certains facteurs de risque pourrait être amplifiée

La pollution atmosphérique, l'alcool, le tabac, représentent les premières causes évitables de décès en France, avec respectivement 48 000, 41 000 et 75 000 décès estimés tous les ans.

Nombre de décès en France par an



- **48 000 morts anticipées annuelles attribuées à l'exposition environnementale à la pollution atmosphérique** (Santé publique France 2016) avec une morbidité variée, à court et long terme (cancer du poumon, infarctus du myocarde, crises d'asthme...).
- **41 000 décès par l'alcool** (BEH 19 février 2019).
- **75 000 décès par le tabac** (Santé publique France).
- **40 000 décès par le coronavirus** Données de janvier à novembre 2020 (Santé publique France).

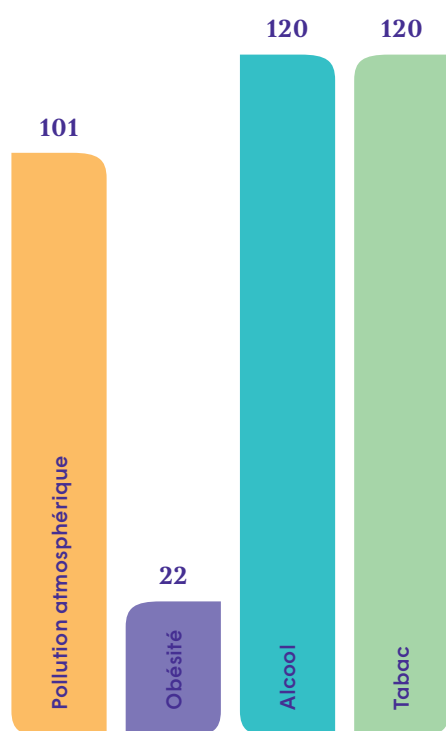
Les mesures qui fonctionnent dans le monde pour diminuer la consommation de tabac sont mises en place depuis quelques années en France (interdiction de fumer dans les lieux publics, augmentation du prix, aide au sevrage) et tarderont à diminuer le nombre de décès imputables.

Selon les données de la science¹¹, les dommages de l'alcool sont reliés de façon exponentielle aux quantités consommées. Au-delà de deux verres au quotidien (10 millions de Français), il est nécessaire d'agir par tous les moyens possibles pour réduire les consommations. Des politiques publiques ont montré leur efficacité notamment : le contrôle de la publicité et du marketing des produits, une information claire et précise pour les consommateurs, le soutien des personnes en difficulté.

La pollution atmosphérique réduit l'espérance de vie dans le monde de près de trois ans en moyenne et provoque 8,8 millions de décès prématurés par an¹². « La pollution de l'air est un plus grand risque pour la santé publique que le tabagisme », estime l'auteur de l'étude.

En France, les surcoûts sanitaires et sociaux générés par l'alcool¹³ (120 milliards d'euros par an), le tabac (120 milliards également), l'obésité¹⁴ (21,9) et la pollution atmosphérique¹⁵ (101,3) représentent un total de 363,3 milliards d'euros. C'est largement supérieur à la consommation de soins et de biens médicaux (203,5 milliards d'euros¹⁶).

Coût sociétal des déterminants de santé, en milliards d'euros



Une telle mobilisation de moyens pourrait être réinvestie dans une stratégie de moyen et long terme visant, d'une part, à prévenir ces comportements à risque et, d'autre part, à transformer notre système de santé notamment vis-à-vis des défis plus incontournables : déserts médicaux, adaptation de l'hôpital, accès aux soins... et préparation à une prochaine épidémie.

11 : « Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 » www.thelancet.com 23 août 2018.

12 : Selon une étude publiée en octobre 2020 de Jos Lelieveld de l'Institut Max Planck (Mayence, Allemagne) dans la revue de la Société européenne de cardiologie.

13 : Le coût social des drogues en France, Note de synthèse, OFDT, septembre 2015. Méthodologie du coût social :

- Le coût externe, constitué des coûts frappant les acteurs du marché des drogues (valeur des vies humaines perdues, perte de qualité de vie) et des coûts affectant les acteurs extérieurs au marché des drogues (pertes de production des entreprises et des administrations).
- Le coût pour les finances publiques, constitué par la différence entre les dépenses de prévention, répression et soins et les recettes des taxes sur l'alcool et le tabac ainsi que les économies de dépenses en lien avec les retraites non versées.

14 : Calcul des surcoûts générés par les patients obèses de 2002 par la direction générale du Trésor en 2014. Voir Annexe n°4: les coûts de l'obésité, in La prévention et la prise en charge de l'obésité, Cour des Comptes, novembre 2019.

15 : Le coût de la pollution de l'air, en incluant à la fois la pollution atmosphérique et la qualité de l'air intérieur, a été évalué à 101,3 milliards d'euros annuels selon le rapport du Sénat du 15 juillet 2015. Pollution par les particules dans l'air ambiant : recommandations pour protéger la santé [Internet]. HCSP; avril 2012. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=264>

16 : Selon la DREES pour l'année 2018.

#7

La santé publique est un levier clé de la lutte contre les inégalités de santé

Les conditions et habitudes de vie ont d'importantes conséquences sur notre santé. Treize ans d'espérance de vie en plus ou en moins: c'est l'écart qui sépare, en France, les 5% d'hommes les plus riches des 5% les plus pauvres⁸.

Les conditions et habitudes de vie sont d'autant plus marquées que les personnes sont dans des conditions socio-économiques plus défavorables :

- En 2015, les plus riches sont presque deux fois moins nombreux à fumer que les plus pauvres (20,9% contre 37,5%)⁹.
- La proportion des Français sans diplôme pratiquant une activité sportive régulière est inférieure de plus de 50% à celle de ceux ayant suivi des études supérieures.
- Le taux d'obésité est quatre fois plus élevé chez les enfants d'ouvriers que chez ceux des cadres.
- La consommation de fruits est deux fois plus élevée pour les hauts revenus.

Agir en prévention pour réduire ces inégalités n'est cependant pas chose aisée. Certains programmes de santé publique, s'ils sont mal conçus, peuvent contribuer à augmenter les inégalités. Par exemple, le différentiel de nouveaux fumeurs entre ceux n'ayant aucun diplôme et ceux ayant un niveau d'études supérieur a été multiplié par 3 entre 2000 et 2014¹⁰. Les programmes ou interventions doivent être conçus avec l'objectif de réduire ces inégalités sociales de santé.

8: INSEE 2018.

9: 20,9% des plus riches sont fumeurs contre 37,5% des plus pauvres.

Source: Santé publique France 2016 - http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/12/pdf/2017_12_1.pdf

10: Depuis le début des années 2000, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a conduit chaque année des campagnes d'information et de prévention (sous forme de spots télévisés ou radiodiffusés, d'affiches, de bannières Web, de brochures, etc.) destinées au grand public ou à des populations ciblées (jeunes, femmes enceintes...) en jouant sur différents ressorts que sont les risques pour la santé du fumeur et de son entourage, l'influence de l'industrie, les raisons d'arrêter..., chacun des angles pouvant constituer un levier pour prévenir l'initiation au tabagisme, pour inciter à l'arrêt du tabac ou au recours à l'aide à distance. Voir « La consommation de tabac en France et son évolution: résultats du baromètre santé 2014 ».

La France demeure mauvaise élève de la surmortalité évitable

#8

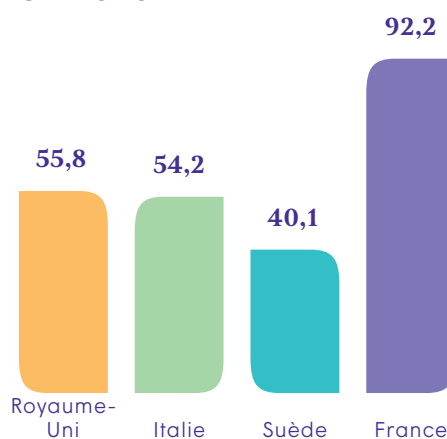
Les indicateurs liés aux comportements à risques (consommation de tabac et d'alcool notamment) sont très défavorables en France alors que les indicateurs liés au système de soin sont très positifs.

En 2010, le taux de mortalité évitable par la prévention primaire était pour les hommes de 92,2 pour 100 000 habitants en France. Ce taux est bien plus bas en Suède (40,1 pour 100 000), Italie (54,2) et Royaume-Uni (55,8), voir graphique ci-contre.

La prévention primaire, qui vise à réduire l'apparition des nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque, est insuffisamment développée.

Source : Eurostat, voir tableau 4 in « Indicateurs de mortalité évitable et prématurée », Haut Conseil de Santé Publique, avril 2013.

Taux de mortalité évitable par la prévention primaire pour les hommes, pour 100 000 habitants, en 2010



#9

Le pays de Pasteur se vaccine de moins en moins

La vaccination représente l'un des plus grands succès de la santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 2 à 3 millions de vies sont sauvées chaque année grâce à cet acte simple de prévention.

Paradoxalement, seulement 75% des Français avaient confiance dans les vaccins¹⁷ en 2016. La France est le pays où le niveau de confiance envers les vaccins est le plus bas au monde selon une étude mondiale¹⁸ publiée en 2019.

Le taux de vaccination contre la grippe saisonnière était de seulement 46,8% en 2018-2019 pour la population ciblée par l'Assurance maladie (notamment toutes les personnes de plus de 65 ans).

Par ailleurs, l'ONU avait jugé en 2018 que la France faisait partie des 10 pays

responsables de la recrudescence de la rougeole. En France, moins de 80% de la population est immunisée alors qu'un taux de 95% est nécessaire pour éviter la propagation du virus.

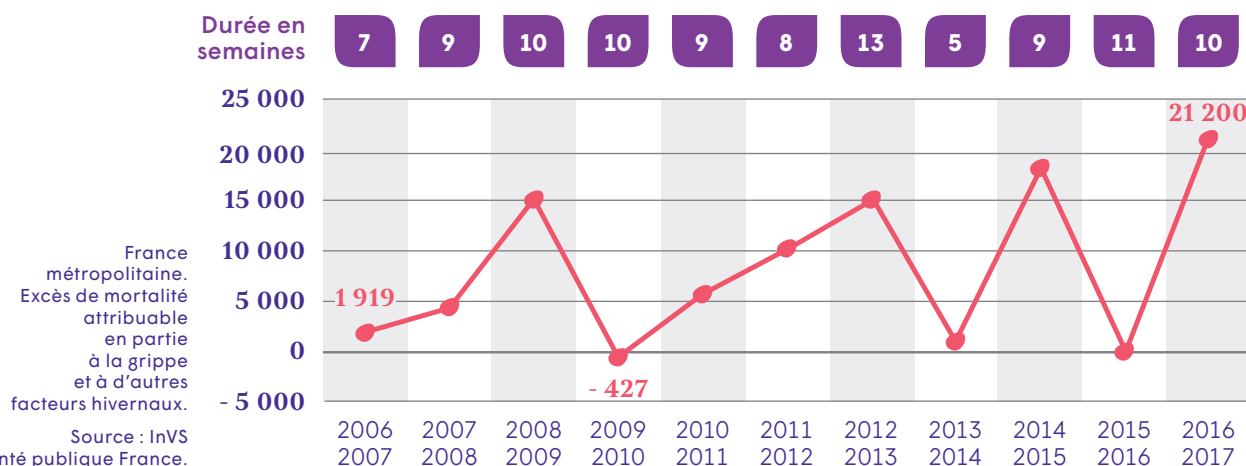
Nous attendons tous un vaccin contre la COVID-19 mais qu'est-ce que nous attendons pour vérifier individuellement que tous nos vaccins sont à jour ?

17 : Source : BEH 2016.

18 : L'étude réalisée par l'institut de sondage américain Gallup pour l'ONG médicale britannique Wellcome, menée auprès de 140 000 personnes à travers plus de 140 pays, s'est intéressée à l'opinion des populations sur la science et les principaux enjeux de santé. Elle montre notamment que 33% des Français restent sceptiques face à la vaccination et 10% estiment qu'il n'est pas important que les enfants en bénéficient.

La grippe, un danger sous-estimé ?

Excès de mortalité estimé sur les saisons épidémiques des gripes depuis 2006



Au 21^e siècle, le travail dans des conditions défavorables demeure associé à une mauvaise santé

#10

Ces dernières décennies, la santé au travail a d'abord été marquée par l'amiante, 100 000 décès dans le monde¹⁹ chaque année. 1 840 cancers professionnels sont reconnus chaque année en France, principalement chez des ouvriers retraités et en lien avec l'amiante²⁰.

Parmi les salariés exposés, les ouvriers sont surreprésentés surtout s'ils travaillent dans la maintenance ou le BTP. En France, 33% des salariés ont été exposés à au moins un agent chimique dangereux et 10% des salariés à au moins un produit chimique cancérigène au cours de la semaine précédant l'enquête²¹.

Les expositions professionnelles seraient à l'origine de 5,7% des cancers chez l'homme et 1% des cancers chez la femme²².

Les mutations profondes du travail et de son organisation sont le deuxième phénomène marquant en termes de santé au travail. Le phénomène de souffrance au travail s'est généralisé à tous les secteurs économiques, privés comme publics. Les risques psychosociaux renvoient à des questions profondes de l'évolution du travail, de son contenu et de son organisation : diminution des effectifs, individualisation des rémunérations, intensification du travail avec multiplication

des contraintes, prescription de modes opératoires standardisés, injonctions paradoxales émanant de hiérarchies de plus en plus coupées du travail réel des salariés... Tous ces facteurs concourent à isoler les salariés et à les priver d'un nécessaire soutien collectif.

Trop souvent encore les questions de santé au travail sont abordées à travers le seul prisme médical. La santé au travail renvoie avant tout à l'organisation du travail et aux formes de management. La mise en œuvre des plans de prévention en milieux professionnels doit se faire après une évaluation du risque, adaptée à chaque structure / branche professionnelle.

19 : Source : Organisation internationale du travail.

20 : Source : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/enjeux_et_actions_cancers_professionnels_avril_2019.pdf

21 : Soit un total de 2,2 millions de salariés, selon les données de l'enquête en 2010 relative à la surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER).

22 : Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, et al. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(21):442-8.

#11

Les objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie constituent une vision court-termiste de la santé publique

Les principales réformes visant à améliorer l'état de santé des Français sont mises en œuvre via le système de santé. Des évolutions d'enveloppes²³ sur la médecine de ville, l'hôpital et le médico-social sont votées tous les ans. La Loi de financement de la Sécurité sociale demeure l'instrument national majeur de la régulation de la protection sociale soumis au Parlement (Assemblée nationale et Sénat).

Son caractère court-termiste n'est pas toujours adapté aux enjeux de santé publique. Le gouvernement s'est entouré d'un conseil scientifique COVID-19 chargé d'éclairer la décision publique. Cette démarche ponctuelle en temps de crise est encore plus légitime pour allouer nos ressources vers des priorités de santé publique à moyen et long terme. La poursuite dans un processus démocratique renforcerait les débats notamment au sein des deux assemblées qui n'ont pas eu de rôle majeur pendant la crise sanitaire.

Une déclinaison pluriannuelle de l'objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM) avec des dépenses sanctuarisées est une voie pour obtenir une plus grande adhésion à la politique publique et une meilleure visibilité pour les acteurs. L'accroissement de la demande de soins a de nombreux déterminants (démographie,

morbidity, progrès technique, organisation des soins, éducation, facteurs culturels et socio-économiques, conditions de travail, etc.) insuffisamment documentés²⁴ par des éléments de prospective (ex : transferts d'activité ville / hôpital, modifications de recommandations médicales, innovations...).

Le niveau de concertation est à redéfinir avec les représentants des patients mais aussi avec des co-financiers. « Si nous voulons avoir une chance de voir l'ONDAM respecté un jour, ce sera forcément parce que la Sécurité sociale et les complémentaires se seront organisées de façon rationnelle », estimait Jean-François Chadelat²⁵ il y a 17 ans.

Redonnons du sens aux priorités nationales de santé publique à partir de débats démocratiques qui s'appuient sur les données de la science. Soulignons l'importance de l'éducation, de la culture de la protection de soi et d'autrui, du questionnement !

²³ : Enveloppes fixées tous les ans dans le cadre d'un Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

²⁴ : Voir avis du HCAAM du 25 juillet 2020 sur l'évolution des dispositifs de régulation du système de santé.

²⁵ : Jean-François Chadelat en 2003 : <https://www.senat.fr/rap/r02-358/r02-3588.html>

CONSTATS

pour

DÉBATS

QUELQUES CONSTATS

**sur
des leviers
d'offre
de soins**

#12 → #20

#12

Les déserts médicaux annoncés depuis 10 ans sont vraiment arrivés

Par leur formidable réactivité, des professionnels de santé médicaux, paramédicaux et pharmaciens ont fait front. Mais l'amélioration du maillage et de l'organisation de ce premier recours était déjà une forte demande des Français « en temps de paix ».

Un rapport du Sénat était publié avant l'épisode COVID-19 avec un titre évocateur : « Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! »

Les « déserts médicaux » demeurent un sujet majeur d'inquiétude pour les Français, comme l'a confirmé le Grand débat national et alors même qu'ils ne faisaient pas partie des thèmes retenus par le président de la République.

Les déserts médicaux concernent une commune sur trois : entre 9 et 1% de la population française y vit, soit

6 à 8 millions de personnes. Les écarts de densité entre départements varient en moyenne de 1 à 3 pour les médecins généralistes et même de 1 à 8 pour les spécialistes. 9% des assurés de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant. Plus de 7 Français sur 10 auraient renoncé au moins une fois à se soigner quelle que soit la raison²⁶.

La carte des déserts médicaux se superpose à celle de la mortalité précoce. Si des raisons tenant à des modes de vie différents (tabagisme, alcoolisme, obésité) peuvent expliquer ces différences, le moindre accès aux soins chez les plus pauvres les explique également.

La nécessité d'une prise en charge rapide et le plus en amont possible de nombreuses pathologies est établie pour les risques infectieux et les pathologies chroniques. Des phénomènes de perte de chance sont inévitables dès lors que les délais pour accéder à un médecin sont trop longs.

Malgré des propositions régulièrement émises²⁷, l'offre de santé de proximité favorisant l'exercice coordonné (prévention, soins, accompagnement) est insuffisamment développée.

26 : Sondage BVA.

27: Le rapport d'information (janvier 2020) au Sénat propose notamment : une régulation des installations en zones surdenses pour les médecins libéraux, un prolongement des partages de compétences entre professionnels de santé (infirmiers et pharmaciens notamment), un soutien du déploiement de la télémédecine. <http://www.senat.fr/notice-rapport/2019/r19-282-notice.html>

La sollicitation intensive de l'hôpital n'est pas tenable « en temps de paix »

#13

Également au premier rang dans la lutte contre l'épidémie, les équipes hospitalières ont démontré leur engagement auprès des patients et leur dévouement à leurs missions. Leur niveau d'expertise est régulièrement reconnu : 7 CHU français font partie des 100 meilleurs hôpitaux mondiaux selon un récent classement de *Newsweek*²⁸.

Derrière la vitrine de l'excellence, la gestion de l'épidémie a montré les limites du fonctionnement actuel de nos hôpitaux.

La politique constante de fermeture de lits, au fondement du virage dit « ambulatoire » (une majorité d'opérations chirurgicales peut s'effectuer sans passer de nuit à l'hôpital), a conduit à ce que la France ne dispose en 2018 que de 3,1 lits d'hôpitaux en soins intensifs pour 1 000 habitants. Selon l'OCDE, elle se classe seulement au 19^e rang loin des trois premiers pays que sont le Japon (7,8 lits pour 1 000 habitants),

Corée du Sud (7,1) et Allemagne (6). L'Allemagne a ainsi deux fois plus de lits en soins intensifs que la France avec la même dépense de santé (en% du PIB).

En France, l'hôpital a conservé des activités qui pourraient pour certaines être assumées par des structures plus légères. Selon des données de la littérature internationale, les passages inappropriés aux urgences représenteraient entre 20% et 40% de l'ensemble des consultations. Cela est particulièrement le cas en France où près de 10% des patients déclaraient avoir eu recours aux urgences faute de disponibilité de médecin généraliste en ville²⁹.

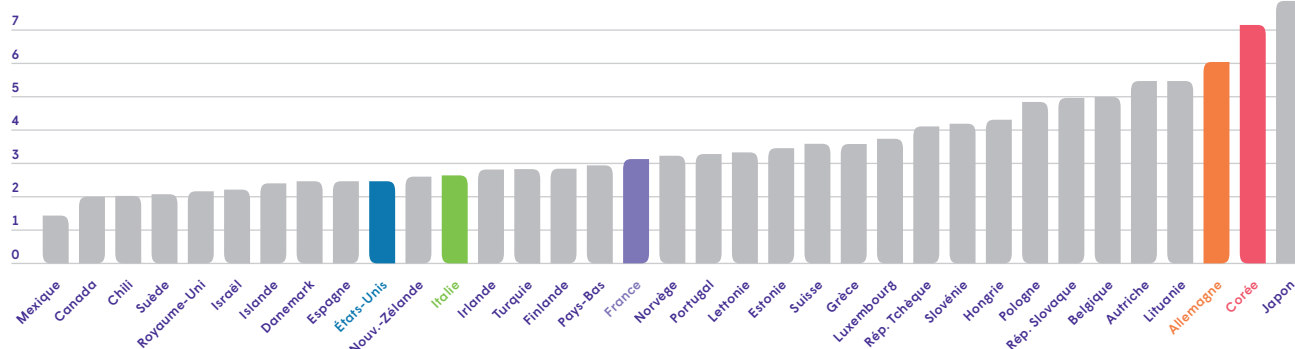
Au-delà des réactions de court terme pour parer aux besoins les plus urgents des personnels hospitaliers, la crise du COVID-19 appelle une réponse de long terme qui recentrerait l'hôpital sur ses cœurs de métier en l'articulant finement avec la médecine de ville afin de pouvoir faire face ensemble à une demande importante de soins non programmés.

28 : <https://www.newsweek.com/best-hospitals-2020>

29 : « Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France ».

Diane Naouri, Guillaume Ranchon, Albert Vuagnat, Jeannot Schmidt, Carlos El Khoury, Youri Yordanov, On behalf of French Society of Emergency Medicine, in *BMJ*.

Nombre de lits d'hôpitaux en soins intensifs pour 1 000 habitants



Source : OCDE (2020)

#14

L'essentiel des réponses aux enjeux territoriaux par l'exercice coordonné entre professionnels de santé reste à construire

L'épisode COVID-19 a souligné que notre système de santé a été organisé pour répondre à nos demandes individuelles comme patient sans nécessairement inclure de vision globale de la prise en charge d'une population sur un territoire :

- le numéro 15 (SAMU) a été embouteillé au détriment des urgences réelles car son mode d'emploi n'est pas connu de l'ensemble de la population ;
- l'accès aux soins a été facilité par la prise en charge à 100% de la téléconsultation même sans respect du parcours de soins, c'est-à-dire sans que notre médecin traitant en soit nécessairement informé.

La loi « Ma Santé 2022 » a notamment pour objectif de favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients. Le ministère de la Santé a fixé l'objectif que l'exercice isolé – c'est-à-dire d'un professionnel de santé seul dans son cabinet – devienne l'exception à l'horizon 2022.

L'exercice coordonné entre professionnels se construit sous différentes formes dont les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans de nombreux bassins de population.

Les CPTS se fédèrent autour d'un projet d'amélioration de la santé pour mieux répondre aux besoins de la population d'un territoire. Elles ont pour missions de faciliter l'accès à un médecin traitant, d'améliorer l'accès à des soins non programmés, d'organiser des parcours pluriprofessionnels et de développer des actions territoriales de prévention. Elles se constituent entre les professionnels libéraux, hospitaliers et du medico-social. Elles forment une des voies de réussite de parcours numériques de santé (télémédecine).

Quelques exemples de CPTS montrent la pertinence du modèle pour répondre aux enjeux du terrain par la mobilisation des professionnels installés, par exemple sur le volet éducatif : la participation à la diffusion de recommandations existantes en cas de vague de chaleur, les actions conjuguées des professionnels de santé dans le cadre de la vaccination antigrippale, la prévention des addictions ou des risques iatrogènes.

Toutefois, la route est longue avant d'envisager une mise en œuvre généralisée, comme le précisait le président³⁰ de la Fédération des CPTS en octobre 2019 : « Nous en avons pour 10 ans ! »

30 : Claude Leicher lors de la journée nationale des CPTS.

L'adhésion aux traitements de pathologies chroniques constituait déjà une préoccupation majeure avant la crise

#15

Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Pouvant générer des incapacités, voire des complications graves, la maîtrise de leur complexité dans le temps est requise.

C'est notamment le cas du diabète avec 3,2 millions de patients³¹. Il a été calculé qu'un patient atteint de diabète de type 2 qui suivrait toutes les recommandations de pratique clinique passerait 2 heures par jour à s'occuper de sa maladie (entre les consultations, les analyses, les soins, l'activité sportive, l'alimentation...)³² !

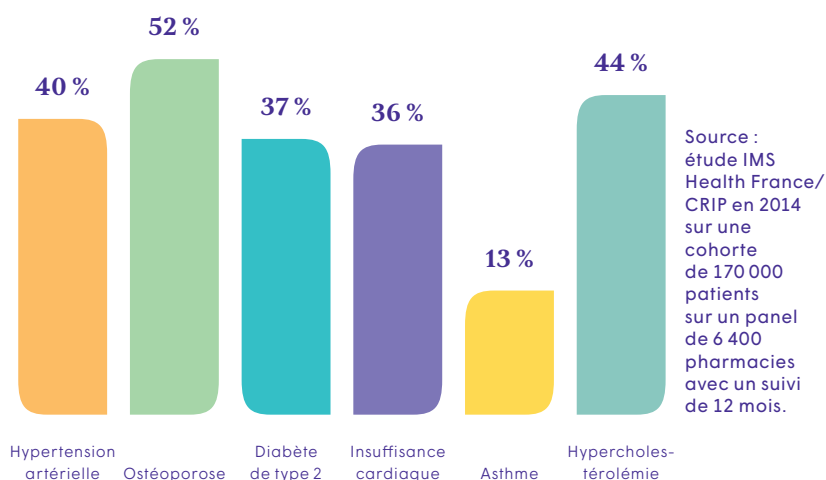
L'adhésion aux traitements médicamenteux se mesure par le respect du traitement tel qu'il est prescrit par le médecin, en suivant ses instructions qui permettent d'en obtenir le meilleur bénéfice. Les résultats d'une étude montrent qu'en France, cette adhésion est seulement de l'ordre de 40% dont seulement 13% pour l'asthme (tableau ci-contre). Mieux informer les patients atteints d'une pathologie chronique avec des informations fiables, utiles et faciles à comprendre et à suivre est nécessaire y compris en utilisant les nouvelles technologies comme des applications ou des objets connectés. Mais la relation, le dialogue et la communication du patient avec les professionnels de santé restent primordiales.

Améliorer l'état de santé général de la population par une meilleure adhésion aux traitements, c'est déjà se préparer à la prochaine crise sanitaire.

31 : Données CNAM selon le nombre de bénéficiaires du régime général traités en 2017 pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins (57,6 millions de personnes au total).

32 : Selon des travaux sur « la cohorte Compare, (qui) ambitionne de suivre pendant dix ans 100 000 patients atteints de pathologies chroniques pour mieux connaître leur vécu de la maladie, par une équipe d'épidémiologistes de l'AP-HP qui s'est penchée sur ces patients au bord de la rupture ».

Nombre de patients observants dans la pathologie



#16

La santé mentale apparaît comme un angle mort des politiques sanitaires

En dépit d'un poids important, tant épidémiologique qu'économique, la santé mentale apparaît comme un angle mort des politiques sanitaires. Les traitements psychotropes concernent 5 millions de Français, par des antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et/ou hypnotiques.

Les maladies psychiatriques touchent 2,2 millions³³ d'entre nous, au travers de troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement).

Dans la période d'épidémie et de confinement, des troubles mentaux se sont révélés chez certains de nos concitoyens. Le confinement a eu des conséquences pour ces patients et ceux qui les aident et les accompagnent. Difficultés de suivi pour ceux confinés à domicile, impossibilité de recevoir des visites pour ceux suivis en établissements. Les aidants se retrouvent quant à eux trop souvent démunis, les personnels de soins subissent de leur côté la tension et la surcharge de travail liées au contexte. Sans parler de toutes les personnes qui révèlent des troubles mentaux liés au confinement et dont la prise en charge est impossible, faute de parcours de soins adaptés à cette période exceptionnelle.

Une réflexion sur la santé mentale présente un angle pertinent pour repenser en profondeur notre système de santé dans son ensemble : renforcement de la prévention et du dépistage, prise en charge décloisonnée et transversale, implication du patient dans sa prise en charge, transformation du modèle de financement.

La meilleure façon de traiter les troubles psychiques est d'agir le plus précocement possible lors de l'apparition des premiers troubles et surtout avant que ceux-ci ne s'installent et que la maladie ne devienne chronique. Au regard du coût des troubles mentaux, l'investissement dans la prévention peut rapidement engendrer des externalités positives³⁴. Parmi les grandes pathologies³⁵, les maladies psychiatriques ou psychotropes représentent la première en dépenses de santé remboursables (20,3 milliards d'euros) devant le cancer (15,6) puis le cardiovasculaire (14).

33 : Données de l'Assurance Maladie : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/190612_Conference_Presse_Carto_7.pdf

34 : Selon E. Chenut, A. Flanquart, F. Juan, S. Roger, « Dans «le monde d'après», il faudra repenser la prise en charge en santé mentale », in *Marianne* 17 avril 2020.

35 : Parmi les grandes pathologies regroupées dans les statistiques de l'Assurance Maladie, voir données page 8 : « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », Propositions de l'Assurance Maladie, juillet 2019.

Le vieillissement en bonne santé se heurte au cloisonnement des prises en charge médicales et médico-sociales

#17

Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent en France un quart de la population et pourraient en représenter un tiers d'ici 2040³⁶.

L'important n'est plus seulement d'allonger la durée de la vie mais bien d'améliorer la qualité de la vie des personnes qui vieillissent.

Des estimations laissent présager une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de 1,2 million en 2012 à 2,3 millions d'ici 2060. La dépendance demeure difficilement réversible. Il s'agit de préserver l'indépendance dans les activités quotidiennes au plus tôt avant que les premières incapacités ne se déclarent, par exemple par la détection de troubles cognitifs, la prévention des chutes ou l'ergonomie des lieux de vie.

Le déclin fonctionnel résulte de plusieurs phénomènes concourants comme le vieillissement biologique, les comportements de santé à risque ainsi que l'installation et la progression d'une ou de plusieurs maladies chroniques. Au cours du vieillissement, de nombreuses pathologies chroniques sont pourvoyeuses d'incapacités et de dépendance, notamment les cancers ou les maladies neurodégénératives (la maladie d'Alzheimer, Parkinson).

Alors que 728 000 personnes vivent en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) avec une moyenne d'âge de 85 ans³⁷, 25% des cas confirmés de COVID-19 résidaient en Ehpad avec 36% des décès qui y ont été recensés³⁸. La crise a montré les limites du fonctionnement des Ehpad actuels, peu préparés et équipés pour faire face à une telle crise sanitaire.

Les Ehpad eux aussi devront se réinventer, avec une présence continue et renforcée de professionnels de santé, et des services d'expertise gériatrique pour leurs résidents et les habitants de leur territoire.

³⁶ : Source : Santé Publique France.

³⁷ : Source : CNSA données 2016.

³⁸ : le 25 mai 2020 selon données : <https://dashboard.covid19.data.gouv.fr/vue-d-ensemble?location=FRA>

#18

Les pénuries de certains produits de santé étaient déjà une réalité pour les Français

Emmanuel Macron lors de son intervention du 12 mars 2020 : « Ce que révèle cette pandémie, c'est qu'il y a des biens et des services qui doivent être placés en dehors des lois du marché. Déléguer notre alimentation, notre protection, notre capacité à soigner, notre cadre de vie, au fond à d'autres, est une folie. Nous devons en reprendre le contrôle. »

Les ruptures de stock de produits de santé n'ont pas commencé avec les masques dédiés des professionnels de santé. Anticancéreux, vaccins, antibiotiques..., depuis quelques années la liste des traitements indisponibles en pharmacie et dans les hôpitaux français n'a cessé de s'allonger, faute d'approvisionnement. Entre 2008 et 2018, le nombre de signalements de tensions d'approvisionnement de médicaments dits d'intérêt thérapeutique majeur a été multiplié³⁹ par vingt.

Dans les années 1980-1990, la France était indépendante pour la production des principes actifs des médicaments, puis les entreprises ont progressivement externalisé la fabrication avant de la délocaliser. 80% des médicaments vendus légalement en Europe et aux États-Unis sont désormais fabriqués à partir de principes actifs importés d'Inde et de Chine, contre 20% à la fin du 20^e siècle⁴⁰.

Ces stratégies industrielles de délocalisation et de production à flux tendu répondaient à des politiques publiques de baisse des prix des médicaments remboursables fixés par l'État.

L'État a déployé en début d'année 2020 un plan de lutte contre les pénuries de médicaments, notamment avec une obligation pour les industriels de constituer des stocks de sécurité jusqu'à quatre mois en France ou en Europe. En juin 2020, des patients et usagers appelaient encore⁴¹ à l'adoption de mesures concrètes pour lutter contre les pénuries de médicaments et de vaccins.

Afin de relocaliser une partie de la production dans le but d'assurer une meilleure continuité de l'approvisionnement, ces règles « en dehors des lois du marché » devront s'appliquer sur de nombreux produits de santé comme l'exemple emblématique des masques.

39 : Source ANSM.

40 : Selon le président fondateur du groupe de chimie Axxyntis, David Simonnet, dans *Le Quotidien du pharmacien* du 20 mars 2020.

41 : Communiqué de France Assos Santé 11 juin 2020 : « Assez de rapports, des médicaments ! »

L'accès de tous aux innovations technologiques et thérapeutiques n'est pas garanti

#19

L'arrivée de nouveaux traitements médicamenteux est une formidable promesse pour les patients.

L'accès à ces innovations notamment pour le traitement de certains cancers met à l'épreuve le financement de notre modèle de protection sociale.

L'approche de certains industriels en termes de retour sur investissement et de niveau attendu de rentabilité peut faire exploser la base des valeurs de solidarité de la protection sociale. Les pouvoirs publics⁴² avaient fixé un prix de 41 000 euros pour soigner l'hépatite C, par un traitement complet de douze semaines entraînant 90% de chances de guérison. Les négociations de prix incluaient un ciblage des patients. Dans un premier temps (2014 à 2016), seuls les patients à un stade aggravé de la maladie ont pu bénéficier de ce traitement onéreux.

Innovation prometteuse, l'immunothérapie est un traitement qui stimule une réponse immunitaire contre le cancer. Le système immunitaire chargé de lutter contre le cancer peut alors se montrer efficace en détruisant les cellules cancéreuses. La médecine devient plus personnalisée en s'intéressant au système immunitaire des patients plutôt qu'aux caractéristiques de la tumeur. L'immunothérapie pourrait devenir l'une des thérapies les plus utilisées dans les prochaines années.

Mais qu'en sera-t-il de l'accès pour tous à ces nouveaux traitements innovants en fonction du niveau des prix demandés par les industriels ?

42 : Suite à l'avis de la HAS sur le SOVALDI (Sofosbuvir).

#20

Le sous-financement de la prévention est une constante de notre système de santé

La prévention demeure le parent pauvre de la politique publique de santé.

En France, la dépense de prévention santé est estimée à 1,9% de la dépense totale de santé en 2018. Une part bien inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE (2,8%). En tête, le Canada et le Royaume-Uni consacrent respectivement 6,2% et 5,2% de leurs dépenses totales de santé à la prévention⁴³.

Pourtant l'efficacité des pratiques de prévention bien menées n'est plus à démontrer. La crise COVID-19 l'a rappelé une fois de plus. Sans même parler d'un éventuel vaccin, les gestes barrières par l'hygiène individuelle et collective ont permis de ralentir la propagation du virus alors qu'à l'inverse des pathologies chroniques – en partie évitables par des pratiques de prévention – ont fragilisé des populations entières.

Si toute la prévention ne se résume pas à des enjeux budgétaires, un changement d'échelle nécessitera un soutien et un financement pluriannuels des organisations et des dispositifs, à l'image du financement des soins curatifs. Comme l'ont fait d'autres pays, un fonds spécifique⁴⁴ pour la promotion de la santé pourrait être créé, dédié à l'accompagnement et à l'intervention, à la formation et la recherche. Le Haut Conseil de la santé publique recommande que ce fonds puisse être abondé par une partie des taxes sur l'alcool, l'alimentation, les polluants.

43 : OCDE 2017-2018.

44 : Stratégie nationale de santé, Contribution du Haut Conseil de la santé publique, Collection Avis et rapports, septembre 2017.

Notes

A series of horizontal dotted lines for taking notes.



Notes

A series of horizontal dotted lines for taking notes.



G R O U P E
vyv

Entrepreneur du
mieux-vivre

www.groupe-vyv.fr