

Nicolas BOUZOU : L'économie de la santé – Les enjeux pour l'avenir

Le domaine de l'économie de la santé se situe au croisement d'une problématique financière et d'une problématique technologique. Nous avons devant nous une immense vague d'innovations. Les économistes distinguent des cycles, que l'on nomme « cycles Kondratiev » (du nom de son concepteur, un économiste russe que Staline fit envoyer au Goulag, puis fusiller, afin de s'assurer qu'il ne propage pas la mauvaise parole). Nous sommes actuellement situés entre deux cycles Kondratiev, entre deux cycles longs de 50 ans, si bien que ce que nous avons devant nous n'est pas à proprement parler une crise, mais un cycle d'innovation, c'est-à-dire une période de destruction créatrice massive, qui aura sans doute comme points d'application spectaculaires les domaines du vivant et de la santé.

Croissance économique et augmentation de l'espérance de vie

Je vais commenter quelques éléments présentés dans les graphiques ci-joints afin de cadrer le débat. En premier lieu, quelques données démographiques (pages 2 et 3). Lorsque l'on considère les statistiques relatives à l'augmentation de l'espérance de vie, on n'observe pas de ralentissement. L'espérance de vie continue de progresser aujourd'hui grâce à la médecine. Un prix Nobel d'économie, Robert Fogel, avait entrepris de montrer il y a quelques années (l'idée avait alors fait beaucoup de bruit) que l'augmentation de l'espérance de vie depuis le début du XIXe siècle était en grande partie (80%) due à la croissance économique, laquelle permet d'avoir des appartements mieux chauffés, de manger à sa faim, etc. Aujourd'hui, paradoxalement, dans les pays développés, c'est le fait de trop manger qui nuit à la santé et coûte cher à la sécurité sociale.

On assiste depuis quelques décennies à un phénomène de convergence au niveau mondial, ce que les démographes appellent « la transition démographique »: l'espérance de vie progresse partout dans le monde tandis que les taux de fécondité chutent fortement. Dans les trois quarts des pays émergents, le taux de fécondité est identique à celui de la France ; en Algérie, au Maroc, par exemple, le taux de fécondité est de 2, comme en France.

Dans les graphiques présentés page 3, l'espérance de vie à la naissance (en ordonnées) est rapportée au revenu par habitant (en abscisses). On voit clairement que l'augmentation de l'espérance de vie est liée à l'enrichissement d'un pays. Cela donne une image de la situation du monde qui est plutôt positive. Il faut donc retenir deux idées : d'une manière générale, l'augmentation de l'espérance de vie est liée à l'économie, à l'enrichissement d'un pays ; mais aujourd'hui, celle-ci est moins liée au facteur économique qu'aux progrès scientifiques et technologiques.

La maîtrise des dépenses de santé : enjeu majeur des années à venir

Si l'on regarde ce qu'il se passe en France, il apparaît que l'espérance de vie continue de progresser. Les Français ont globalement accès aux soins. Notre système de sécurité sociale peut être qualifié de bismarckien, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un système qui mime l'économie de l'assurance (avec des cotisations proportionnelles aux salaires). Le système alternatif est le système purement public, comme en Angleterre, où l'État prend tout en charge. Le débat qui se déroule actuellement en France revêt l'aspect d'un psychodrame autour de la question de savoir qui, de l'État ou des collectivités locales, dépense le plus. Or, aujourd'hui, la part de la dépense publique qui croît le plus, ce sont les dépenses sociales (page 4). Les dépenses sociales - c'est-à-dire les retraites, la maladie et le chômage - représentent environ la moitié de la dépense publique. Nous parvenons à peu près à maîtriser les dépenses de l'Etat. Nous n'arrêtons pas celles des collectivités locales, mais elles ne représentent qu'une part modeste de la dépense publique ; de surcroît, il n'y a pas d'endettement des collectivités locales, c'est quasiment interdit. Les dépenses que l'on ne parvient pas à maîtriser, ce sont les dépenses sociales et, en particulier, parmi les dépenses sociales, les dépenses de santé (page 5). Si l'on fait des projections à 20 ou 30 ans, il apparaît que les dépenses de santé constitueront de très loin la part la plus grande de la dépense publique.

La diffusion du progrès médical : principale source d'explosion des dépenses de santé

Les dépenses de retraite sont un problème, mais celui-ci est résolu sur le plan intellectuel (même si, techniquement et politiquement, cela peut être compliqué à mettre en place) : en allongeant la durée des cotisations et en mettant des incitations sur l'emploi des seniors, on peut rendre le système solvable. Le problème est donc essentiellement celui de l'acceptation des solutions par les opinions publiques.

Le problème du financement du système de santé est beaucoup plus complexe, les ressorts de l'augmentation des dépenses étant très différents. D'où vient en effet la hausse des dépenses de santé ? Elle ne provient que secondairement du vieillissement de la population. La santé est ce qu'on appelle en économie un « bien supérieur », c'est-à-dire un bien pour lequel, lorsqu'on voit son revenu augmenter de 1%, on réalise une augmentation de la dépense dans une proportion supérieure à 1%. Plus on s'enrichit, donc, plus la part des ressources consacrée à la santé est importante.

Ce qui alimente les dépenses de santé de façon non maîtrisée, c'est le progrès médical et sa diffusion (page 6). Nous avons de multiples exemples d'innovations dont les taux de diffusion ont explosé ces quinze dernières années. Prenons l'exemple des « stents »: lorsqu'on a une artère bouchée, on met

un ressort dans une veine qui va écarter les artères. On en fait énormément, beaucoup plus que des pontages. Les pontages, on en faisait plus rarement. Si le procédé en lui-même n'est pas extrêmement coûteux, le taux de diffusion a explosé. Deuxième exemple : les prothèses de hanche. On en vend et on en pose énormément. Le progrès et l'innovation font croître le taux de diffusion ; on retrouve ce phénomène dans tous les secteurs de l'économie : la voiture n'a pas remplacé le cheval, elle est allée très au-delà du cheval comme moyen de locomotion. C'est la même chose pour les stents : ils ne remplacent pas les pontages ; ils remplacent un décès prématuré. C'est une donnée à prendre en compte : tout le monde veut vivre plus longtemps et en meilleure santé.

Autre illustration du problème : le taux de diffusion de l'image médicale. Considérons par exemple une innovation comme l'IRM. Il y a un problème de régulation de l'usage de l'IRM dans la mesure où celui-ci est très tentant pour le médecin. Il peut ainsi obtenir un diagnostic rapide et précis. Si vous vous faites une entorse dans les escaliers, par exemple, votre médecin peut vous envoyer passer une IRM. Il pourrait faire un examen clinique, diagnostiquer une entorse et vous demander de revenir dans trois semaines si cela ne va pas mieux, sachant qu'alors il vous enverrait faire une radio (ce qui ne permettrait toutefois de ne voir que les os, sans être assuré que les ligaments ne sont pas touchés). L'IRM apparaît donc par contraste comme une facilité. Le problème est que cela coûte très cher, car il s'agit d'une grosse machine, pilotée par deux ou trois personnes.

Les coûts de santé explosent à tous les âges de la vie

Le vieillissement de la population, bien entendu, joue un rôle dans l'augmentation des coûts. On rappelle souvent que les coûts de santé explosent à la fin de la vie. C'est vrai, mais il est important de souligner qu'ils augmentent pour tout le monde à tous les âges. Les coûts de santé d'un adolescent qui aujourd'hui a une leucémie explosent également. C'est une des difficultés que mettent en évidence les études d'économie de la santé : les coûts de santé n'explosent pas seulement pour les gens âgés, le phénomène vaut pour tous les âges.

Prenons un exemple relatif au financement du cancer. Le succès des traitements de la leucémie est tel, aujourd'hui, que l'espérance de vie de la population touchée devient identique à celle d'une population sélectionnée de manière aléatoire. Pour le dire de manière un peu brutale, quand le taux de survie était de 20%, on avait toujours le même « stock » de malades – les anciens mouraient et les nouveaux malades les remplaçaient. Aujourd'hui, l'adolescent qui a une leucémie peut espérer vivre jusqu'à 85 ans : le stock de malades augmente donc en permanence. Il y a, je crois, huit cent cas déclarés par an : ce stock ne diminue donc pas, sauf par les accidents de la route, les suicides ou ce genre de choses. Le problème est que les coûts des thérapies sont extrêmement élevés. Il s'agit de thérapies ciblées, qui coûtent plusieurs milliers d'euros par mois ; les montants qui leur sont

consacrés sont notamment plus importants que ceux affectés à la dépendance, et ce, pendant une période de temps qui peut être de plusieurs décennies. Dans ce cas, non seulement ce n'est pas une question d'âge, mais un malade jeune coûtera *in fine* plus cher qu'une personne âgée.

Le facteur d'inflation est donc là. Or, c'est dans ce domaine du progrès médical que l'on observe aujourd'hui le plus d'innovations, avec des taux de diffusion qui conduisent à poser le problème du financement.

Il y a un autre sujet important à prendre en considération en matière de coûts de santé : celui de ce qu'on appelle les « maladies industrielles », comme l'obésité par exemple. Ce sont les maladies qui sont liées au mode de vie des sociétés industrialisées, à la suralimentation et au manque d'activité physique notamment. Dans tous les pays développés, il y a une montée de l'obésité (page 7) ; en France, la montée est moins importante, néanmoins elle existe. Cela génère des dépenses à retardement, de nouveaux coûts, liés à des maladies telles que le diabète par exemple.

Promouvoir l'efficience plutôt que le rationnement

Le décor ainsi planté de manière synthétique, on peut s'interroger sur la nature des politiques publiques qu'il faudrait mettre en œuvre pour rendre solvable le système de santé (pages 8 à 17). Il importe à cet égard d'opposer deux notions : l'efficience et le rationnement (page 9). Si l'on veut limiter les coûts, la tentation est de rationner : on accorde une enveloppe aux hôpitaux ; lorsqu'on arrive à la fin de l'année, après qu'ils aient consommé leur enveloppe, il faut mieux éviter d'être malade. Cette politique présente un avantage : elle permet de faire baisser les coûts rapidement. Elle a un inconvénient : elle peut générer une dégradation de l'état de santé public moyen, ce qui entraîne une augmentation des coûts de santé à moyen terme.

L'inverse, c'est l'efficience. Cela implique notamment de faire passer un certain nombre d'examens de santé, de mieux cibler les médicaments, de mieux diriger les innovations technologiques. Dans la perspective de l'efficience, il apparaît par exemple nécessaire de rembourser un test de dépistage ou un vaccin. Le vaccin contre la grippe, il faut le donner ! Les coûts générés par la grippe (les arrêts maladie notamment) sont supérieurs au financement du vaccin. La notion d'efficience est liée à celle d'investissement : je dépense aujourd'hui pour réaliser des économies dans le futur.

La question du mode rémunération des instances de soins est fondamentale. Le mode de rémunération des médecins généralistes en France est celui d'une rémunération à l'acte. Pour un économiste, c'est le mode de rémunération le plus absurde qui soit. Je prends toujours ce petit test effectué sur ma fille, qui a cinq ans : si je lui dit de faire son lit et que je lui propose de lui donner un euro toutes les fois qu'elle fera son lit elle-même, elle aura fait sept fois son lit avant la fin de la

demi-journée ! Cela apparaît clairement dans les statistiques : dès lors que l'on a une rémunération à l'acte, cela entraîne une multiplication des actes, ce qui se traduit dans le cas des médecins généralistes par une diminution du temps consacré à chaque patient (on est aujourd'hui à une moyenne de 14 minutes par patient). Dans le cas d'un système salariant le médecin, comme en Angleterre, on assiste au phénomène inverse : on observe une sous-production. Si je donne à ma fille cinq euros par mois pour qu'elle fasse son lit, elle ne fera plus son lit. C'est un dilemme : si l'on paie à l'acte, les gens travaillent trop, si on les salarie, ils ne travaillent plus ! En France, nous avons une surconsommation des actes de médecin généraliste : on va voir son médecin quand on est fatigué ! En Angleterre, par contre, il faut attendre trois mois pour avoir un rendez-vous quand on a une angine !

Dernier exemple, celui de l'hôpital, qui est évidemment un centre de coûts colossal. Comment rémunère-t-on les hôpitaux ? C'est un problème extrêmement complexe. On a changé plusieurs fois de mode de rémunération. Avant 1980, les hôpitaux étaient rémunérés au nombre d'actes. Tout le monde allait à l'hôpital, où l'on gardait les gens longtemps. Ensuite, on a mis en place un mode de financement par dotation globale, c'est-à-dire que l'on affecte à l'hôpital un budget. On peut mesurer la puissance des mécanismes de rémunération sur l'activité : le nombre de nuitées dans les hôpitaux a considérablement baissé. En novembre, il n'y a plus de malades en France, parce que la dotation est épuisée. Le dernier mode de financement s'appelle la « T2A », qui est une tarification à l'activité, mais avec des grilles très complexes : un prix correspond à un type d'activité. On a donc des grilles à faire pâlir de jalousie l'Union Soviétique des années 1920, mais qui posent un nouveau type de problèmes : en période d'innovation, il y a évidemment beaucoup de choses qui ne se trouvent pas dans la grille, notamment en oncologie. Si l'on prescrit une chimiothérapie par la bouche plutôt que par perfusion, on ne facture plus les lits : si l'on suit la T2A, on se trouve ainsi avec un mode de rémunération moins intéressant que si l'on conserve la bonne vieille chimiothérapie et que l'on garde la personne plusieurs jours.

Concilier financement de la protection sociale et compétitivité des entreprises

Après l'examen des coûts, passons à celui du financement. On rejoint ici le débat sur la TVA sociale (pages 10 et 11). Les professionnels de santé sont en général attachés au modèle bismarckien qui est le nôtre, dans la mesure où si l'État peut éventuellement réguler le système, en revanche il ne le contrôle pas : les offreurs de soins et les demandeurs de soins ont une grande liberté de choix. Les gens peuvent aller chez leur médecin préféré, et les médecins s'installent à peu près là où ils le souhaitent.

Le système de cotisations assis sur les salaires induit cependant un problème de coût du travail.

C'est l'un des multiples facteurs qui pèsent sur le taux de chômage d'équilibre. On ne peut donc pas augmenter les cotisations autant que de besoin, ce qui veut dire qu'il faut trouver d'autres modes de financement, en l'occurrence des modes de financement par l'impôt. L'impôt ne repose pas uniquement sur les salaires, comme les cotisations sociales ; il repose sur la consommation, sur le patrimoine, les revenus : l'assiette est beaucoup plus large que celle des cotisations.

Or, si l'on a un système qui ne finance plus la sécurité sociale, mais qui finance l'État, on se rapproche du système à l'anglaise. L'enjeu est donc le changement de système. Avec la CSG, nous avons eu un coup de génie, puisque l'on ne sait toujours pas si la CSG est un impôt ou une cotisation sociale.

Pour un nouveau partage entre le champ de la solidarité et celui de l'assurance privée

Il y a un sujet à mes yeux essentiel, qui est compliqué politiquement davantage qu'intellectuellement : la solution qui consiste à resserrer le champ des prestations qui relèvent de l'assurance publique. C'est une solution que l'on pratique déjà en France. J'ai donné quelques statistiques sur le rôle des complémentaires santé (pages 12 et 13), devenu majeur par exemple dans le domaine dentaire ou dans celui de l'optique. Il faut d'une manière plus générale se poser la question de ce qu'il est possible de transférer aux complémentaires santé. Il faut aussi bien entendu leur donner les moyens de réguler la dépense. Les opticiens se plaignent par exemple des conventionnements que leur imposent les complémentaires santé pour essayer de faire augmenter le coût des lunettes. Ce nouveau partage générerait donc d'autres types de débats.

L'idée que retiennent les économistes d'une manière générale est que l'on est au début d'une vague d'innovations, avec des nouveautés dans le domaine de la biologie cellulaire, de la génétique, des cœurs artificiels qui vont coûter très cher. Il va falloir faire des arbitrages. L'idée privilégiée est qu'il faut distinguer d'une part un champ de solidarité financé par l'impôt - qui devraient concerner les affections de longue durée (les maladies cardiovasculaires, etc.), lesquelles représentent 60% des dépenses de santé en France - et d'autre part le champ de l'assurance, qui sera financé par les complémentaires santé, avec le mécanisme économique de l'assurance, fondé sur le principe suivant lequel la cotisation est fonction du risque. Si je fais du ski, il est normal que je paie une cotisation supplémentaire pour le cas où je me casse l'épaule, puisque j'ai choisi de prendre ce risque, lequel n'a pas à être couvert par la collectivité (un peu comme le système bonus-malus dans l'automobile, qui accompagne la mutualisation des risques).

Mieux vaut prévenir (notamment par des taxes nutritionnelles) que guérir

Autre sujet important : la prévention (pages 15 à 17). C'est sans doute le domaine où la France a le plus de retard (la prévention y représente autour de 0,5% des dépenses de santé). On sait, par exemple, que l'on obtient de très bons résultats par la promotion de l'activité physique. C'est un moyen efficace de régulation des dépenses de santé. Une étude de l'OCDE publiée il y a quelques années a montré qu'un tiers des maladies dans les pays développés étaient liées à des questions de comportement individuel.

Le champ de la prévention intègre également la question de la fiscalité nutritionnelle – question très actuelle du fait de nos problèmes de finances publiques. On a taxé le tabac, ce qui s'est révélé efficace. Que fait-on avec le sucre, le sel et les matières grasses ? La taxe « soda » n'entre pas dans cette logique, parce qu'elle est forfaitaire. Il faudrait une taxe qui soit fonction du taux de sucre, obéissant à une logique nutritionnelle. Cela dit, les effets peuvent être complexes à appréhender. Aux États-Unis, dans certains États qui ont mis en place des taxes nutritionnelles, on observe certains effets de substitution que l'on a du mal à maîtriser. Si vous fumez moins, par exemple, peut-être boirez-vous davantage. Autre chose : si l'on met en place une taxe sur le sel, qui concerne des produits qui ont une élasticité de substitution relativement faible, les gens, tout en restant sur le même type de produits, vont descendre en gamme.

On peut distinguer deux types de préventions (page 15) : les préventions individuelles (médecine du travail, examens de santé, etc.), et la prévention collective, qui vise essentiellement à décourager les comportements susceptibles de générer des augmentations de coût - ce qui n'est pas facile à réaliser. La question du vin, par exemple, est extrêmement intéressante. En France, la consommation d'alcool est plus élevée que dans les autres pays de l'OCDE. Comment la réguler ? C'est un problème stimulant sur le plan intellectuel. L'effet de la cigarette sur l'espérance de vie est linéaire tout de suite (la baisse est immédiate). Pour le vin, on a une courbe en cloche, avec des débats scientifiques sur l'optimum (sans doute deux ou trois verres par jour). Il vaut mieux boire un verre que zéro ; deux ou trois verres, c'est mieux que un ; mais à quatre verres, on se situe à quel niveau ? Il y a débat.

Discussion avec le Conseil d'analyse de la société

Étienne KLEIN

Tu as montré une courbe qui montrait la variation de l'espérance de vie en fonction du PIB. Il existe la même courbe qui souligne la variation de l'espérance de vie non plus en fonction du PIB mais en fonction de la consommation individuelle d'énergie. La bonne variable, c'est l'énergie, le PIB étant un effet indirect de la consommation d'énergie. Il y a quelques points singuliers : la Russie par

exemple, qui a une consommation individuelle d'énergie semblable à celle de la France mais une espérance de vie de 20 ans plus faible (en raison non pas du vin, mais de la vodka).

Vers un système de santé à deux vitesses ?

Ce qui transparaît de l'exposé à mes yeux, c'est que l'économie n'est plus capable de supporter l'état de notre science. Pour le dire autrement, la santé de l'économie n'est pas assez bonne pour supporter l'économie de la santé. Les moyens techniques sont tellement nombreux, innovants et onéreux qu'il devient pour ceux qui en ont l'usage et l'accès très difficile de mourir. Le problème est que cet usage n'est pas universalisable. N'est-on pas ainsi condamné à un système qui, renonçant au principe d'universalité, s'appuierait sur les mutuelles pour ceux qui peuvent se les payer et maintiendrait le reste de la population dans un accès aux soins très limité (les uns ayant accès aux innovations, les autres devant se contenter de soins plus archaïques)?

Nicolas BOUZOU

Le système à deux vitesses me paraît absolument inévitable. On l'observe déjà du fait que ceux qui ont les plus hauts revenus sont aussi qui sont les mieux informés sur les nouveautés de la science. Il y a l'exemple, dont on commence à beaucoup parler aux États-Unis, du décodage du génome, avec une entreprise comme 23andMe, dont Google est le principal actionnaire. Il est intéressant de noter que ce n'est pas un acteur de la santé qui se trouve actionnaire principal dans un secteur de la santé qui progresse. Il s'agit d'un phénomène classique exprimé par cette formule schumpeterienne qui traumatise les dirigeants d'entreprise : on n'a jamais vu un fabricant de chandelles vendre une ampoule.

Alain-Gérard SLAMA

Je ne vois pas pourquoi on ne demanderait pas à ceux qui le peuvent de subvenir par eux-mêmes à leurs frais médicaux élémentaires sans demander leur remboursement à la sécurité sociale. Il nous faut un gouvernement qui admette enfin qu'il y ait une différenciation des remboursements en fonction du niveau de revenu.

Nicolas BOUZOU

Le problème est que le système de la santé aujourd'hui est un ordre planifié. C'est pourquoi il importe d'essayer de faire sortir de cet ordre planifié un petit morceau du système. Je n'ai peut-être pas trouvé la terminologie adéquate : je fais simplement la distinction entre les affections de longue durée et les autres (les maux bénins). Tel est cependant à mes yeux l'exercice intellectuel qui devrait

nous occuper : il faut définir ce que l'on met dans le champ de la solidarité et ce que l'on met dans le champ de l'assurance. Ce devrait être aujourd'hui le grand débat.

Quelques obstacles à l'optimisation des coûts de santé

Éric DESCHAVANNE

L'exposé n'aborde pas le sujet des laboratoires pharmaceutiques. Dans les médias et au café du commerce, on ne parle pourtant que de cela dès lors qu'il est question des dépenses de santé. Faut-il considérer qu'ils ne jouent aucun rôle, ni positif, ni négatif ?

Nicolas BOUZOU

Dans cette affaire-là, on est plus dans une logique de rationnement, qui est une logique de court terme. La facilité à laquelle cèdent les pouvoirs publics est de tenter de faire baisser les prix. L'une des grandes difficultés du secteur de la santé tient au fait que 85% de son chiffre d'affaire lui sont fournis par l'Assurance Maladie. C'est donc celle-ci qui fixe les prix. Bien entendu, la tentation de l'Assurance Maladie est de diminuer les prix. La diminution des prix a cependant un effet pervers, qui est de contribuer à augmenter l'offre et la demande pour augmenter le chiffre d'affaire.

Il faut savoir que le déficit de l'Assurance Maladie représente la moitié des déficits sociaux : c'est un déficit extrêmement lourd, et qui n'a pas de justification économique (il ne s'agit pas d'investissements). En matière de comptes sociaux, les économistes considèrent d'une manière générale qu'il n'y a pas de raison d'admettre des déficits.

Quelques mots encore sur la notion de coûts : il y a un problème qui tient à la difficulté des organisations à s'adapter aux changements technologiques. On pourrait réduire les coûts si les organisations étaient parfaitement fluides. Prenons l'exemple de la chirurgie ambulatoire, c'est-à-dire sans lit. Les chirurgiens disent que dans un pays riche comme la France, on pourrait effectuer 80% des actes chirurgicaux, en ambulatoire. En pratique, on doit se situer autour de 30%. Pourquoi ? Le problème est un pur problème de rigidité organisationnelle : il faut occuper des lits ; or, dans les hôpitaux, on a une grande partie du personnel qui est un personnel hôtelier ; il faut bien faire travailler ce personnel. Ce n'est pas la technique en tant que telle qui pose problème, mais la difficulté des organisations humaines à s'adapter aux changements technologiques pour optimiser la dépense.

Haïm KORSIA

La T2A a été une catastrophe pour certains soins essentiels – les soins palliatifs et la gériatrie. Ce sont des soins mal remboursés, et donc non rentables pour les hôpitaux : ils immobilisent des lits

qui pourraient être utilisés pour des soins qui rapportent plus. Les hôpitaux ont donc privilégié la *cure* au détriment du *care*.

Pour éviter d'avoir à choisir entre l'économie et l'humanité, il faudrait sans doute réhabiliter ce que j'appelle « la médecine sobre », c'est-à-dire remettre l'art du médecin au cœur de la médecine. L'art du médecin est de savoir poser un diagnostic sans nécessairement recourir à la multiplicité des techniques. On peut faire une analogie avec la justice : à force de s'en remettre à des experts, de se contenter d'arbitrer entre des masses d'expertises, les juges ont oublié de juger. Il faut réhabiliter la responsabilité individuelle.

Quelles politiques de prévention ?

Alain DE LA MORANDAIS

S'agissant de prévention, ne faudrait-il pas poser le problème de la préparation à la retraite ? J'avais été frappé, il y a quelques années, par la remarque que m'avait faite un grand médecin à propos d'un service qui était rempli de cadres à la retraite ayant subitement contracté une maladie grave, un cancer, un problème cardiaque, etc.

Alain-Gérard SLAMA

Il nous faut un nombre d'années de cotisation requis pour avoir une retraite digne assurée : fort bien, mais pourquoi cependant fixer une barrière, une limite au-delà de laquelle notre ticket n'est plus valable ? Pourquoi ne pas laisser chacun juger du moment où il souhaite partir, sans rien imposer ? Cela éviterait peut-être ces chutes soudaines de santé qui font suite à l'arrêt subi de toute activité.

Nicolas BOUZOU

Il est vrai qu'en France, la retraite est abrupte : on s'arrête d'un coup. C'est une spécificité française. Il est possible qu'il y ait là un sujet. En matière de maladies d'Alzheimer, en revanche, on a quelques certitudes qui pourraient être prises en compte dans une politique de prévention. Certaines études ont montré que les personnes ayant une activité cérébrale intense sont nettement sous-représentées parmi les malades d'Alzheimer. Peut-être faudrait-il promouvoir les activités cognitives au même titre que les activités physiques afin d'optimiser le capital santé. Les statistiques de l'espérance de vie par profession montrent par exemple que les enseignants ont une espérance de vie très élevée, sans doute liée à l'activité intellectuelle.

Lucie VINCENT

Une étude a été conduite à Bordeaux sur des milliers de personnes pendant une longue durée a fait

ressortir le rôle de l'activité intellectuelle. Nul besoin d'être mathématicien. ; un chercheur me disait qu'il suffit par exemple d'avoir un jardin dont on s'occupe toute l'année pour que l'on mesure l'impact de l'activité intellectuelle. Je pense que la prévention individuelle n'est pas suffisamment prise en compte au niveau politique. Il s'agit sans doute du facteur qui pourrait jouer le plus grand rôle dans la limitation des coûts de la santé. C'est aussi une affaire de responsabilité individuelle pour sa santé : plutôt que de reporter toujours la faute sur l'État, chacun peut s'interroger sur son propre mode de vie.

Étienne KLEIN

Je souhaiterais vous inviter à faire une distinction entre corrélation et causalité. Quand on observe une corrélation entre le fait d'avoir une vie intellectuelle et celui d'avoir une espérance de vie plus grande, cela ne signifie pas qu'il existe une relation de causalité entre les deux phénomènes. Il est possible qu'il s'agisse de deux effets ayant une cause commune - une meilleure alimentation, par exemple, ou un meilleur rapport au corps. C'est une confusion qui est constamment faite : on s'imagine qu'en donnant aux gens davantage l'occasion d'avoir une activité intellectuelle, on va leur permettre d'augmenter leur espérance de vie. Or, on se trompe peut-être de variable.

Lucie VINCENT

Ce que tu dis est vrai, mais il existe des recherches qui montrent que nous disposons de ce qu'on appelle un « capital cognitif » : celui-ci explique que certaines personnes, lorsque se produit un début de maladie d'Alzheimer, ont la possibilité de développer des schémas cognitifs alternatifs à ceux qui sont en train de se dégénérer.