

des Instituts américains de développement et de recherche (NDRI), ont montré que cette approche réduit la récidive de 30 pour cent. Cet ordre de grandeur a été confirmé par les travaux ultérieurs. Des études circonscrites à certaines populations plus à risques ont même montré des réductions de 50 pour cent.

Il est temps d'utiliser les programmes efficaces

Une méta-analyse de 2007, la plus récente et la plus rigoureuse, réalisée par Mark Lipsey et ses collègues de l'Institut Vanderbilt pour les études de politique publique de Nashville, aux États-Unis, conclut que la probabilité de ne pas récidiver dans les 12 mois pour ceux qui ont suivi le programme est 1,53 fois plus élevée que pour les participants des groupes témoin, (soit une baisse de la récidive de 25 pour cent). Et dans cette méta-analyse aussi, les programmes les plus efficaces engendrent une diminution de la récidive de 50 pour cent.

Par ailleurs, selon cette même synthèse, les plus fortes réductions de la délinquance sont obtenues sur les individus présentant le plus de risques de récidiver. Enfin, une autre méta-analyse de 23 études publiée au Canada en 2009 et limitée à la récidive chez les auteurs d'agressions sexuelles montre également des résultats encourageants.

L'étude scientifique de l'efficacité des programmes de prévention et de répression est possible. Elle a déjà commencé à l'étranger. En 2007, 40 ans après les États-Unis, la France a enfin entamé cette démarche sur les politiques sociales. Toutefois, malgré un affichage politique important du thème de la sécurité, d'une institutionnalisation de l'évaluation et de la création d'un observatoire de la délinquance et des réponses pénales, la mesure scientifique de l'efficacité des politiques de sécurité n'a toujours pas débuté. Le gouvernement tente d'internaliser les études dans ses services alors que la solution performante consiste à les confier à des organismes disposant à la fois de l'expertise scientifique et de l'indépendance requise. En conséquence, nous souffrons d'un retard considérable.

L'approche scientifique montre l'écart entre la conviction des responsables politiques qu'une « solution est la bonne » et la preuve que « c'est bien le cas ». De façon générale, les programmes inefficaces sont les plus populaires chez les responsables politiques et les professionnels. Ainsi, le fait de déployer la vidéosurveillance dans les rues et sur les places, de se focaliser sur une réaction de la police, de faire punir plus lourdement les mineurs par les juges, n'apporte guère de gain durable. On pourrait ajouter qu'il en va de même pour les camps militaires pour les jeunes ou l'information sur les drogues dans les classes.

Les voies prometteuses sont la police analytique ou encore une intervention qui aide les jeunes délinquants violents à changer la façon dont ils perçoivent leur environnement, ce que ne peut réussir l'enfermement « sec ». Contrairement aux déclarations pessimistes qui ne voient rien à faire contre la délinquance, la recherche a mis en évidence des voies efficaces et d'autres prometteuses. Pourquoi ne pas les emprunter ? ■

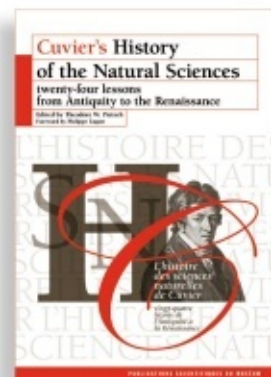


Muséum national d'Histoire naturelle

L'histoire des sciences naturelles de Cuvier vingt-quatre leçons de l'Antiquité à la Renaissance

Nouvelle édition de Theodore W. Pietsch

L'édition de *L'histoire des sciences naturelles depuis leur origine jusqu'à nos jours* est présentée ici pour la première fois en version bilingue. Ce volume, amplement annoté et commenté, est le premier d'une série de cinq tomes regroupant les cours professés par Georges Cuvier de 1829 à 1832. Cette étude, éblouissante par son envergure et son degré de précision, couvre de manière chronologique l'histoire des sciences naturelles sur une période de plus de trois millénaires. Cuvier parlait couramment plusieurs langues, notamment l'anglais, l'allemand, l'espagnol, et le latin. Il était donc bien préparé pour rechercher des documents de première main et interpréter la littérature scientifique européenne. Cet ouvrage témoigne de la connaissance encyclopédique de Cuvier, de son expertise en matière de littérature scientifique et historique, et de son incroyable mémoire. En outre, cet ouvrage se réfère à un riche corpus de littérature ancienne qu'il est difficile de trouver ailleurs. Cette extraordinaire mine d'information donne ainsi un aperçu unique du concept des sciences naturelles vu par Cuvier et de l'envergure et du progrès de cette entreprise humaine. Grâce à cette œuvre, Cuvier comble une lacune importante dans l'histoire de la pensée philosophique, entre Carl von Linné et Charles Darwin.



Bilingue anglais/français • 170 x 240 mm
50 figs • 734 p. • ISBN 978-2-85653-684-1 • 49 € TTC

ouvrage en vente dans notre librairie
face à la Grande Galerie de l'Évolution

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES DU MUSÉUM

Commandes et renseignements :

Muséum national d'Histoire naturelle

Publications Scientifiques

Casé postale 41 • 57 rue Cuvier • 75231 Paris cedex 05

Tél. : 01 40 79 48 05 • Fax : 01 40 79 38 40

diff.pub@mnhn.fr • <http://www.mnhn.fr/pubsci>

Histoire des sciences

Définir un **nouveau** système de santé : une urgence

André Grimaldi et Olivier Lyon-Caen

L'ESSENTIEL

- ✓ Jusqu'à dans les années 2000, notre système de santé était performant notamment pour l'accès aux soins, l'espérance de vie ou les remboursements.
- ✓ Aujourd'hui, plusieurs facteurs, dont la diminution des enveloppes budgétaires consacrées aux missions d'intérêt général ou l'envolée des dépassements d'honoraires, ont accru les inégalités et menacent la pérennité du système.
- ✓ Pour garantir l'accès à des soins de qualité pour tous, il faudrait entre autres revenir à un taux de remboursement minimal de 80 pour cent par la Sécurité sociale et ne plus rembourser les médicaments inefficaces et les prescriptions inutiles.

© Brooklyn Production Corps



Comment sauver notre système de santé ? Une remise à plat est aujourd'hui nécessaire si l'on veut continuer d'assurer un accès à des soins de qualité pour tous.

En 2000, le système de santé français était classé par l'Organisation mondiale de la santé premier système de santé du monde, non pas parce qu'il était le meilleur en tous les domaines, mais parce qu'il obtenait la meilleure moyenne sur un certain nombre de critères tels que l'accessibilité aux soins, les remboursements, la prévention, la mortalité néonatale, l'espérance de vie, la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé... La couverture médicale universelle, la CMU, créée en 1999 avait fait notablement reculer les inégalités financières face à l'accès aux soins. Mais depuis dix ans, notre système de santé a régressé. En 2010, il était classé en septième position derrière les Pays-Bas, le Danemark, l'Islande, l'Autriche, l'Allemagne et la Suisse. Les différents sondages d'opinion montrent que la santé est devenue la troisième préoccupation des Français après l'emploi et le pouvoir d'achat : leur inquiétude porte sur la pérennité de leur système de santé et sur l'accessibilité à des soins de qualité pour tous. Pourtant, la France dépense plus de 11 pour cent du produit intérieur brut pour la santé, soit 175 milliards d'euros pour la consommation de soins et d'équipements médicaux. La question est donc posée : peut-on faire mieux sans dépenser plus ?

Naissance d'un système de qualité pour tous

Le système de santé français, développé à partir de 1945, résulte d'un compromis historique entre le programme du Conseil national de la résistance et les principes de la médecine libérale : liberté d'installation, libre entente sur les honoraires, liberté de prescription, libre choix du médecin par le malade, respect du secret médical. Son financement est mixte, essentiellement solidaire par le biais des cotisations sociales et de l'impôt, mais aussi privé avec un ticket

dit « modérateur » qui, initialement, avait été fixé à 20 pour cent du coût de la consultation ou de l'acte médical. Ce ticket est payé soit directement par les usagers, soit indirectement par une mutuelle ou une assurance privée. De même, la prestation est mixte, soit publique – assurée par les hôpitaux publics, les instituts (ou cliniques) privés sans but lucratif participant au service public et les centres de santé –, soit privée – assurée par la médecine libérale et les cliniques commerciales (c'est-à-dire privées à but lucratif).

En 1971, un tarif conventionnel opposable permit d'inclure les médecins libéraux conventionnés dans le service public de santé (leurs prestations étaient remboursées sur la base de tarifs négociés). Rappelons que le tarif opposable (ou conventionné) est celui qui sert de base au remboursement par l'Assurance maladie : le praticien s'engage à respecter le tarif fixé par convention. Le système s'est développé à la satisfaction de tous jusqu'à la fin des Trente Glorieuses, mais le ralentissement de l'activité économique à partir du milieu des années 1970 a posé la question de sa régulation. En effet, l'augmentation des dépenses de santé (entre trois et quatre pour cent par an) dépassait celle de la richesse nationale.

Les gouvernements avaient deux possibilités : une régulation par le marché et la concurrence, reposant sur un accroissement de la participation directe des patients au financement des soins et une extension du rôle des assurances complémentaires, ou bien une régulation publique maintenant l'égalité d'accès aux soins tout en assurant l'adéquation entre les dépenses et les recettes provenant de la solidarité. La première entraîne inévitablement l'aggravation des inégalités, la seconde fait craindre le rationnement. En fait, pendant 25 ans, les gouvernements successifs ont utilisé conjointement les deux modes de régulation sans remettre en cause le compromis scellé à la Libération.

Dans l'espoir de réduire la demande, on mit en place en 1971 une réduction de l'offre grâce à l'instauration d'un *numerus clausus* à l'entrée des études médicales. L'idée était simple : en réduisant le nombre de médecins, on obtiendrait une diminution de la demande des consultations, une réduction des prescriptions médicales inutiles et une meilleure répartition des médecins sur le territoire.

Le début de la dérive

Force est de constater qu'aucun de ces objectifs n'a été atteint. Faute de pouvoir consulter un médecin en ville, les patients s'adressent aux urgences hospitalières : le nombre de consultations y est passé de 8 millions par an il y a dix ans à 16 millions par an aujourd'hui. Le « secteur 2 » à honoraires libres a été créé en 1980. Limité initialement à quelques médecins jouissant d'une notoriété particulière, il a été élargi en 1983 aux nouveaux spécialistes en réponse à une grève massive des internes. Il a ensuite été autorisé en 2004 de façon dérogatoire aux praticiens installés en « secteur 1 » (sans dépassements d'honoraires) pour les patients ne respectant pas le passage obligé par le médecin traitant.

Aujourd'hui, les médecins spécialistes continuent à s'installer en secteur 2 dans les régions où les médecins installés en secteur 2 sont déjà trop nombreux. On espérait que la concurrence freinerait la concentration de ces spécialistes, alors qu'on a seulement observé une homogénéisation des dépassements d'honoraires. À l'évidence, le marché est incapable de réguler naturellement l'offre et la demande de soins. La raison en est simple : le patient ou celui qui se croit malade n'est pas un consommateur éclairé, mais une personne anxieuse faisant confiance à un professionnel. En matière de santé, la concurrence ne fait pas baisser les coûts, elle provoque au contraire leur augmentation : faute de pouvoir juger objectivement de la pertinence des prescriptions, les patients assimilent coût et qualité, persuadés qu'en payant davantage, ils seront mieux soignés.

La régulation par les mécanismes de marché a aussi été invoquée quand, en 1983, on a créé le forfait hospitalier journalier pour un montant initial modique de 20 francs, qui atteint aujourd'hui 18 euros