

Haut Conseil de la santé publique

rapport

Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique

décembre 2009

INTRODUCTION

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) arrive à la fin de son premier mandat. Après une période un peu hésitante face à l'immensité des défis qui lui étaient proposés, le HCSP a pu réaliser une grande partie des tâches qui lui étaient confiées.

Le moment est venu de remercier tous ceux qui ont contribué à la bonne conduite de l'ensemble des travaux durant ces trois années, tout d'abord l'ensemble des experts qui ont mobilisé leur temps en plus de leurs activités habituelles pour servir la santé publique, mais également les personnels des agences sanitaires qui nous ont apporté les évaluations scientifiques qu'ils réalisent, indispensables au fondement de nos avis. Les directeurs d'administration centrale et leurs équipes ont été à la fois l'origine et la destination de nos réflexions, leur rôle central est ainsi souligné. Le secrétariat général du HCSP a su faire face aux nombreuses sollicitations grâce à un sens de l'intérêt public et des qualités professionnelles remarquables.

Surtout, je remercierai Madame la Ministre de la santé pour son soutien sans faille, en souhaitant que les avis que nous lui avons déjà fournis, auxquels s'ajoutent les recommandations et propositions pour la future loi de santé publique l'aient aidée et l'aide encore dans ses choix.

Ce document fait la synthèse des travaux réalisés en vue de faire des recommandations et des propositions pour la prochaine loi pour une politique de santé publique. Ceci ne représente pas l'ensemble des productions du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) qui seront détaillées dans son rapport d'activité 2009 qui s'ajoutera aux rapports d'activité 2007 et 2008. Par exemple, des missions majeures telles que la réponse aux saisines et l'évaluation des plans de santé publique, cancer et maladies rares, ne sont pas développées ici.

Il se décompose en trois chapitres :

- 1- L'évaluation des objectifs de la loi de 2004 et les propositions d'objectifs pour la prochaine loi de Santé Publique.
- 2- Les réflexions dans certains domaines majeurs sur lesquels nous souhaitons attirer l'attention des autorités. Elles émanent de groupes de travail thématiques mandatés sur ces sujets d'intérêt.
- 3- Les perspectives concernant les missions et l'organisation d'un prochain mandat du HCSP et devant incomber à nos successeurs.

Ce document volontairement synthétique sera complété par plusieurs rapports :

- un rapport précisant le premier chapitre de ce document concernant les objectifs de la loi de Santé Publique et traitant d'une part de l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique de 2004, d'autre part des propositions d'objectifs pour une nouvelle loi de santé publique (disponible en mars 2010) ;
- cinq rapports concernant les thèmes particuliers abordés dans le deuxième chapitre. Deux sont d'ores et déjà disponibles sur le site du HCSP : « La prise

en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladies chroniques » et « L'éducation thérapeutique du patient ». Deux seront mis en ligne en janvier 2010 : « Les inégalités sociales de santé » et « Les systèmes d'information pour la loi de santé publique ». Le dernier concernant « Les maladies infectieuses émergentes » est en cours de finalisation.

C'est l'ensemble de tous ces éléments qui constitue la réponse du HCSP au sens de l'article L1411-2, « rapport qui analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer et propose des objectifs quantifiés en vue d'améliorer l'état de santé de la population ».

Chapitre 1 - Evaluation des objectifs de la loi de 2004 et propositions de futurs objectifs

En 2004, une annexe de la loi pour une politique de Santé Publique présentait les cent objectifs du gouvernement, associés à des indicateurs permettant d'évaluer leur atteinte.

Cette liste, assortie pour certains objectifs d'indicateurs mal précisés ou non mesurables, a suscité un certain nombre de critiques, en particulier celle d'être une liste trop longue sans définition d'aucune priorité. Le HCSP recommande néanmoins de conserver une telle démarche en l'améliorant et préconise pour la prochaine loi de Santé Publique, le principe d'une liste d'objectifs associés à des indicateurs.

A partir de l'évaluation de l'atteinte des objectifs présentés dans la loi de 2004, le HCSP fait une proposition pour la prochaine loi qui :

- regroupe les objectifs par catégorie pour clarifier la lecture et pour mieux mettre en regard des actions qui pourraient permettre de les atteindre ;
- précise certains indicateurs et les systèmes d'information permettant de les recueillir de sorte que tout indicateur puisse être mesurable et soit renseigné ;
- insiste sur deux notions essentielles : la déclinaison régionale des objectifs lorsqu'elle est nécessaire ou souhaitable, le rôle possible de chaque objectif pour apprécier les inégalités de santé et si possible les corriger.

Le HCSP n'établira pas de priorité mais figureront au chapitre 2 de ce document les éléments méthodologiques qui peuvent participer à la définition d'une priorité de santé publique, ceci sans méconnaître qu'à côté des aspects scientifiques la notion de priorité s'appuie également sur une analyse de la demande sociale, des forces des lobbies impliqués et d'un certain nombre d'autres considérations qui expliquent que définir une priorité est une notion politique, complexe qui ne ressort pas du champ de compétence du HCSP.

1.1 Evaluation des objectifs de la loi de santé publique 2004

1.1.1 Méthode de travail

Le HCSP a engagé un examen systématique des cent objectifs de santé publique annexés à la loi de 2004. Son travail s'est décomposé en deux phases.

- 1 Il s'agissait d'abord de déterminer, pour chaque objectif, s'il était évaluable, c'est-à-dire s'il rassemblait les quatre critères *a priori* requis pour évaluer son degré d'atteinte dans la période 2004-2009 :
 - objectif formulé sous une forme quantifiable ;

- indicateur(s) associé(s) défini(s) de façon claire, dès le début de la période couverte par la loi (2004-2009) ;
- niveau de référence connu ;
- mesure comparative des indicateurs possible au cours de la période d'évaluation.

Puis lorsque l'objectif était quantifié, son niveau d'atteinte était déterminé à travers la mesure des indicateurs associés ; une attention particulière devait être portée aux inégalités entre territoires et groupes de population ; dans la mesure du possible, la situation française était à replacer dans le contexte international. Une fiche d'évaluation standardisée, construite pour recueillir ces éléments, a été systématiquement utilisée.

Les experts du HCSP se sont appuyés sur les données de suivi des indicateurs associés aux objectifs de la loi, publiées par la Drees¹, complétées le cas échéant par d'autres sources.

Les experts devaient ensuite émettre une conclusion sur le degré d'atteinte de l'objectif et sur l'opportunité de reconduire l'objectif sous sa forme actuelle ou modifiée en vue de la prochaine loi quinquennale.

- 2 La deuxième étape visait à repérer, au sein des plans, programmes et actions de santé publique en rapport avec l'objectif, les mesures ayant pu contribuer à la réalisation de cet objectif ou, au contraire, ayant eu une influence opposée ; le but était d'une part, d'estimer la mise en œuvre des politiques en rapport avec les objectifs énoncés par la loi, d'autre part de porter un jugement sur leur impact réel.

Ce travail a été organisé par thématique de santé publique, au sein de groupes rassemblant personnalités qualifiées et représentants des agences de santé auprès du HCSP. Il a été procédé, lorsque cela était possible, à l'examen de documents d'évaluation interne ou de suivi des actions, mis à disposition par les autorités de santé, et à des auditions de responsables d'actions et de personnalités compétentes. Cette démarche qui a été conduite de façon très inégale selon les sujets, mériterait d'être approfondie.

1.1.2 Analyse des difficultés rencontrées lors de l'évaluation

Le caractère quantifié de la majorité des cent objectifs annexés à la loi visait à fournir au législateur et aux citoyens des éléments mesurables d'appréciation des résultats de la politique de santé. Les difficultés rencontrées par les évaluateurs ont concerné, d'une part la mesure du résultat, d'autre part son interprétation.

¹ Rapports DREES « L'état de santé de la population en France » en 2006, en 2007 et en 2008

1.1.2.1 Difficultés liées à la mesure du résultat

Indisponibilité ou non production en temps voulu de certains indicateurs

Parmi les difficultés identifiées, il convient de souligner :

- l'absence ou la non caractérisation des indicateurs nécessaires à la mesure de l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs ; bien que cette situation se soit améliorée progressivement, passant de 43 objectifs concernés en 2006 à 28 en 2008, elle témoigne :
 - d'une insuffisance des systèmes d'information en santé ;
 - d'un déficit de données pourtant importantes à connaître pour définir une politique de santé publique.
- les délais de mise à disposition des données, qui ne sont pas toujours compatibles avec une évaluation nécessitant d'observer des tendances sur la période considérée (2004 - 2009) ; il peut ainsi n'exister aucune donnée sur cette période ou seulement une mesure ponctuelle.

Pertinence de la formulation de l'objectif et de l'indicateur

Par ailleurs, pour plusieurs objectifs de la loi, force est de constater :

- l'inadéquation entre la formulation de l'objectif et les indicateurs disponibles pour y répondre ; c'est notamment le cas en ce qui concerne les objectifs abordant les conséquences des pathologies (incapacités, limitations ou séquelles fonctionnelles, complications), pour lesquelles des indicateurs approchés ont dû être utilisés ;
- la formulation complexe de l'objectif, qui ne permet pas la mesure de son atteinte (objectif à composantes multiples).

1.1.2.2 Difficultés liées à l'interprétation des données

Les difficultés identifiées tiennent principalement au fait que :

- l'expression sous forme de valeurs moyennes de la plupart des résultats peut masquer de fortes disparités géographiques, sociales ou professionnelles ;
- l'évolution dans le temps des disparités régionales a souvent été difficile à décrire, du fait du délai de mise à disposition des déclinaisons régionales des indicateurs de la loi (au moment de l'évaluation, les données régionales accessibles portaient sur des périodes antérieures à 2005) ;
- l'évolution des indicateurs peut rarement être attribuée aux politiques spécifiques mises en œuvre dans les suites de la loi ; en effet, elles résultent, le plus souvent, de l'association de différentes mesures, voire de la conjonction de politiques menées par plusieurs services et acteurs ;
- il est délicat de distinguer ce qui peut être attribuable aux politiques mises en œuvre, et ce qui relève de l'évolution naturelle du phénomène observé.

1.1.3 Constat global

Les cent objectifs annexés à la loi de 2004 peuvent être caractérisés et classés selon leur nature, en trois catégories :

- 56 objectifs décrivent des résultats en matière d'état de santé (mortalité, morbidité) ;
- 24 objectifs concernent des déterminants ou des facteurs influençant la santé ;
- 20 objectifs ont trait à des activités ou à des procédures de soins ou de prévention.

En raison de leur nature ou d'une formulation parfois complexe ou comportant différents volets, certains objectifs seraient susceptibles d'appartenir à plusieurs de ces catégories, mais pour simplifier la lecture, ils ont été affectés à une seule.

Un peu plus de la moitié des objectifs de la loi du 9 août 2004 (54 sur 100) ont été jugés évaluable en 2009.

Parmi ces 54 objectifs, neuf s'avèrent globalement atteints et 16 ne le sont que partiellement, c'est-à-dire pour au moins l'une des populations cibles qu'ils visaient ou l'un des sous-objectifs qu'ils comportaient. Pour les 29 objectifs non atteints, les indicateurs associés évoluent favorablement pour 12 d'entre eux tandis que pour 17, soit il ne se dégage aucune tendance, soit la tendance est défavorable.

Quant aux 46 objectifs non évaluable, ils se répartissent de la façon suivante :

- 19 étaient non quantifiés ; ils portaient sur l'altération des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie liée aux pathologies chroniques invalidantes ou faisaient intervenir des dimensions sociétales ou éthiques ;
- 27 étaient quantifiables :
 - mais 8 d'entre eux ne disposaient pas d'indicateurs ;
 - pour 5 d'entre eux l'indicateur n'a pas été renseigné sur la période ;
 - 14 ne présentaient qu'une mesure isolée, sans possibilité de comparaison au cours de la période d'évaluation.

1.1.4 Constats par thème

1) Les objectifs liés aux principaux déterminants

Sont abordés dans ce chapitre les risques liés :

- aux addictions ;
- à l'alimentation ;
- à l'environnement (général et de travail) ;
- aux soins.

➤ Pour ce qui concerne les addictions

Les objectifs relatifs à l'alcool ne sont pas atteints : la situation est préoccupante s'agissant des usages à risque ou nocifs de l'alcool, qui concernent plus particulièrement les hommes, les jeunes et certaines catégories socioprofessionnelles ;

Les objectifs en rapport avec le tabac sont quasiment atteints, avec une baisse de la consommation notable chez les femmes et les jeunes et la réduction du tabagisme passif, mais une persistance des disparités socioprofessionnelles de consommation ;

Les objectifs relatifs aux usagers de drogues illicites ne sont atteints qu'en partie, avec une bonne diffusion des traitements de substitution et une baisse de la transmission du VIH, mais pas du VHC.

➤ **Pour ce qui concerne les risques liés à la nutrition,**

Les dix objectifs sont atteints, en tout ou partie. On note principalement que l'obésité s'est stabilisée chez les enfants, même si elle continue de progresser chez les adultes.

Par ailleurs, pour les problèmes carenciels (fer, vitamine D, iode et folates), l'évaluation des objectifs n'a pas été possible, en raison du caractère récent de l'enquête permettant la mesure des indicateurs qui leur sont associés (ENNS). Il en est de même pour la dénutrition du sujet âgé.

➤ **Pour ce qui concerne les risques environnementaux,** les objectifs, au nombre de huit, avaient été définis en cohérence avec le Plan national santé environnement. L'évaluation montre des progrès perceptibles pour cinq d'entre eux (pollution atmosphérique urbaine et pollution industrielle, saturnisme infantile, intoxication au monoxyde de carbone, risque de légionellose). Il reste cependant à les consolider. Trois objectifs (radon, contamination des ressources en eau par les pesticides, bruit) sont non atteints ou non mesurés, ce qui justifiera un effort particulier à l'avenir.

➤ **Pour ce qui concerne la santé en milieu professionnel,** l'objectif visant à réduire la mortalité par accidents routiers liés au travail est atteint, de même d'ailleurs que celui visant l'ensemble des accidents de la circulation. Les limites liées aux incompatibilités de délais entre les différentes démarches d'action, de surveillance et d'évaluation ne permettent pas l'évaluation des trois autres objectifs (contraintes articulaires, bruit et exposition aux agents cancérogènes).

➤ **En ce qui concerne les risques liés aux soins,** la tendance à la baisse des infections associées aux soins se poursuit, alors que l'évolution des événements indésirables liés aux médicaments est plutôt stable. Les trois autres objectifs (événements indésirables graves évitables, irradiation médicale, médicaments chez la personne âgée) ne peuvent être évalués en l'état actuel des données disponibles.

2) Les objectifs relatifs aux pathologies

Ces objectifs ont été regroupés en huit thèmes :

- maladies infectieuses ;
- maladies cardiovasculaires et métaboliques ;
- cancers ;
- maladies respiratoires ;
- maladies rhumatologiques ;

- maladies neurologiques ;
- maladies rares ;
- santé mentale.

Ces thèmes sont complétés par la problématique de la qualité de vie et celle des inégalités sociales de santé.

➤ **Maladies infectieuses**

La plupart des objectifs relatifs aux maladies infectieuses sont atteints, au moins en partie. Toutefois, si en moyenne, dans la population générale, la fréquence de la tuberculose et des infections par le VIH diminue, ceci ne concerne pas certains groupes de la population.

De même, la couverture vaccinale des jeunes enfants pour les vaccins « historiques » est relativement bonne, mais certains vaccins restent très insuffisamment prescrits (ROR, hépatite B, grippe pour les professionnels de santé).

Il faut noter que les objectifs relatifs aux infections sexuellement transmissibles montrent une tendance défavorable.

Enfin, l'évolution de la mortalité attribuable aux hépatites chroniques et l'extension du dépistage des chlamydiae n'ont pu être évaluées.

➤ **Maladies cardiovasculaires et métaboliques**

Les objectifs visant une baisse de la mortalité par cardiopathies ischémiques et de l'hypercholestérolémie sont atteints, poursuivant une tendance amorcée antérieurement à la loi de 2004.

Ceux relatifs à l'hypertension artérielle et à l'insuffisance cardiaque ne sont que partiellement atteints.

Par contre, la surveillance du diabète demeure insuffisante et les complications trop fréquentes.

➤ **Cancers**

La majorité des objectifs portaient sur le développement du dépistage précoce des cancers les plus fréquents. Dans l'ensemble, ces résultats sont favorables, mais pour les cancers du sein et du col de l'utérus, ils montrent un accès inégal au dépistage de certaines catégories de la population.

En termes d'impact sur la santé, une tendance favorable se dégage avec une diminution de la fréquence du cancer du col de l'utérus et une amorce de recul de la mortalité par mélanome chez les femmes, même si l'incidence a tendance à augmenter.

➤ **Maladies respiratoires**

Seules deux pathologies étaient concernées, l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Pour la première, la fréquence des crises nécessitant une hospitalisation se réduit, bien que le diagnostic chez les jeunes enfants soit difficile. Pour la BPCO, l'objectif qui portait sur la qualité de vie est non évaluable.

➤ **Maladies rhumatologiques**

S'agissant de l'ostéoporose, l'évolution de la fréquence des hospitalisations pour fracture montre que l'objectif est quasiment atteint en quatre ans.

Les cinq autres objectifs qui concernent des aspects relatifs à la qualité de vie ou aux limitations fonctionnelles n'ont pu être évalués, faute d'indicateurs adaptés.

➤ **Maladies neurologiques**

Les objectifs concernant des maladies neurologiques (épilepsie, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques, maladie de Parkinson et accidents vasculaires cérébraux) étaient logiquement exprimés essentiellement en termes de limitations fonctionnelles et de perte d'autonomie. Malheureusement, ils n'ont pu être évalués, faute d'indicateurs adaptés.

➤ **Maladies rares**

L'un des objectifs ciblait une pathologie (la drépanocytose), l'autre touchait toutes les maladies rares. Si pour le premier, la tendance est plutôt favorable, le deuxième n'a pu être évalué. Le plan maladies rares a, par ailleurs, fait l'objet d'une évaluation spécifique.

➤ **Santé mentale**

Seul l'objectif portant sur les décès par suicide a pu être évalué. Les résultats montrent une tendance à la baisse, notamment chez les personnes âgées et, de façon moindre, chez les adolescents et les jeunes adultes, sans atteindre cependant l'objectif fixé en 2004. De fortes disparités régionales persistent.

➤ **Qualité de vie**

Pour la plupart des objectifs exprimés en termes de qualité de vie, l'évaluation n'a pas été possible. L'absence d'indicateurs suffisamment spécifiques dans les enquêtes disponibles ne permet pas, en effet, de connaître l'évolution actuelle de la qualité de vie chez les personnes souffrant de maladies chroniques et les systèmes d'information donnent rarement la possibilité de documenter cette dimension de la santé. Ceci mériterait d'être amélioré à l'avenir.

➤ **Inégalités sociales de santé**

La dimension des inégalités sociales de santé a été prise en compte seulement au travers de deux objectifs. Le premier, qui portait sur les obstacles financiers à l'accès aux soins, ne montre pas de tendance favorable. Quant au second (écart d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles), il n'a pu être évalué au cours de la période. Cette évaluation, très partielle, est complétée par une analyse approfondie de la problématique dans un rapport du HCSP.

3) Les objectifs regroupés autour de certaines populations

Les rubriques suivantes sont individualisées :

- les personnes âgées ;
- la santé de la reproduction ;
- les enfants.

➤ **Personnes âgées**

Les objectifs de la loi de santé publique d'août 2004 abordent les problématiques du vieillissement à travers les différentes manifestations pathologiques traitées dans d'autres chapitres. L'objectif de réduction des chutes, seul spécifique à ce chapitre, n'a pu être évalué, faute de système d'information fiable.

➤ **Santé de la reproduction (santé génésique)**

Il est difficile de dresser un bilan des objectifs en santé de la reproduction et en santé périnatale, deux objectifs seulement ayant pu être évalués. La mortalité maternelle évolue favorablement. Par ailleurs, les données sur la contraception sont à surveiller attentivement, compte tenu d'une tendance non satisfaisante chez les jeunes. Cependant, la situation française est globalement bonne, avec un niveau de fécondité élevé et une mortalité infantile très faible.

➤ **Santé de l'enfant**

Trois objectifs n'ont pu être évalués (maltraitance à l'enfant, troubles du langage, atteintes sensorielles).

La mortalité par accident de la vie courante, bien qu'en baisse, n'a pas atteint le niveau requis. Pour ce qui concerne la réduction des caries de l'enfant, l'objectif est atteint à 12 ans, mais pas dans certaines catégories sociales ; en revanche, il n'est pas atteint à 6 ans, quel que soit l'environnement socio-économique.

Conclusion générale de l'évaluation

A l'issue de l'évaluation des cent objectifs de la loi de santé publique de 2004, près de la moitié des objectifs évaluables en 2009 sont atteints, au moins partiellement. Cependant, dans tous les thèmes, il y a des objectifs qui ne peuvent être évalués, ce qui rend difficile l'appréciation des progrès en matière de santé publique dans ces différents champs.

Ce premier exercice, qui montre des résultats encourageants, doit donc être poursuivi, mais il suppose d'améliorer la capacité de production des données nécessaires.

En effet, il n'est pas envisageable de ne proposer que des objectifs pour lesquels il existe d'emblée des indicateurs permettant de mesurer leur degré d'atteinte. Le choix des objectifs doit ainsi guider celui des indicateurs, et non l'inverse.

Le HCSP s'est efforcé, pour les propositions de futurs objectifs, de s'astreindre à ces principes, en choisissant autant que possible, pour chaque objectif défini, des indicateurs quantifiables et en proposant les systèmes d'information correspondant.

Ce travail sera finalisé en grande partie dans les premiers mois de 2010 lorsque le HCSP devra, en relation avec la DGS affiner ces recommandations pour préparer la future Loi de Santé Publique.

1.2. Propositions d'objectifs en vue de la loi relative à la politique de santé publique 2010

Le HCSP propose une révision des objectifs de santé selon un échéancier couvrant, comme la précédente loi, une période de cinq ans. Cette durée quinquennale pourra, dans certains cas, être considérée comme l'échéance adéquate pour mesurer l'atteinte de l'objectif, mais dans certains autres cas, la mesure proposée à cinq ans sera à prendre en compte comme un résultat intermédiaire d'un objectif de plus long terme.

Les propositions s'appuient principalement sur les constats effectués par le HCSP lors de l'évaluation des objectifs de la loi d'août 2004. Elles correspondent :

- à la poursuite d'objectifs considérés encore pertinents ;
- à la reformulation d'objectifs dont le thème est jugé important mais dont l'expression en 2004 ne permettait pas de les évaluer de façon adéquate ;
- à l'élaboration d'objectifs nouveaux, identifiés parmi les enjeux importants, et non traités jusqu'alors.

Ces propositions sont organisées au sein d'une vingtaine de thématiques de santé publique, selon trois grandes rubriques :

- les objectifs liés aux principaux déterminants de santé : ils permettent d'envisager des actions de prévention ou de dépistage ;
- les objectifs relatifs aux principales pathologies ou situations pathologiques : ils permettent d'aborder les résultats de la politique en termes d'impact sur la santé et de prise en charge de ces pathologies ;
- les problématiques particulières de certaines populations cibles, en particulier liées aux âges de la vie.

Aucune priorité n'a été faite entre les différentes thématiques, de façon à présenter de façon très large les problèmes de santé qui doivent aujourd'hui être pris en considération par les pouvoirs publics.

Chaque thématique se décline en objectifs généraux, illustrant les axes stratégiques d'une politique de santé et pouvant être concrétisés à travers des actions dédiées. A chaque objectif général, est associé un ou plusieurs objectifs spécifiques, qui précisent la nature des résultats à atteindre.

En fonction de l'évolution des connaissances et des données disponibles, ces objectifs spécifiques se répartissent selon les cas en :

- objectifs spécifiques quantifiables, assortis de propositions d'indicateurs et de la source de données ;

- objectifs spécifiques à quantifier, moyennant des travaux complémentaires à réaliser au cours du prochain quinquennat ;
- objectifs spécifiques non quantifiables à moyen terme, à caractère opérationnel, rédigés sous forme d'actions à mettre en œuvre.

Chaque thème comporte également un ensemble de recommandations transversales cohérentes avec les objectifs proposés. Elles ne sont pas présentées dans cette synthèse.

Une attention particulière est portée à la réduction des disparités de santé. Des travaux prolongeant la réflexion du HCSP sur la prise en compte des inégalités dans les politiques de santé seront nécessaires. Dans cette attente, certains objectifs sont ciblés sur des sous-populations pour lesquelles les indicateurs de santé sont les plus défavorables, certains visent spécifiquement à réduire les écarts observés au niveau territorial.

Objectifs liés aux principaux déterminants de la santé

Addictions

Dans la loi de santé publique d'août 2004, les usages nocifs de substances addictives et leurs conséquences sanitaires sont positionnés selon un axe « alcool-tabac-drogues illicites » très clair, resté globalement pertinent.

Les objectifs proposés par le HCSP sur le thème des addictions visent à réduire les consommations des différents produits, en ciblant plus particulièrement les populations les plus démunies et à réduire la morbidité associée à la consommation d'alcool et de substances psychoactives, avec, pour ces dernières, une nécessaire amélioration de la prise en charge.

Objectif général 1 : poursuivre la réduction du tabagisme en population générale, en ciblant tout particulièrement les adolescents, les femmes enceintes et les milieux défavorisés.

OS 1-1 : en population adulte (les 18-75 ans), réduire de 20-25%, en 5 ans, la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes et les femmes.

OS 1-2 : chez les adolescents

OS 1-2-1 : réduire de 20%, en 5 ans, la prévalence du tabagisme (occasionnel ou régulier) chez les 15-18 ans.

OS 1-2-2 : retarder l'âge à l'initiation tabagique en réduisant de 20%, en 5 ans, la prévalence de l'expérimentation tabagique avant 15 ans.

OS 1-3 : chez les femmes enceintes, réduire de 50%, en 5 ans, la prévalence du tabagisme (occasionnel ou quotidien).

OS 1-4 : dans les populations défavorisées

OS1-4-1 : réduire de 20% en 5 ans la prévalence du tabagisme quotidien chez les chômeurs.

OS1-4-2 : réduire de 20% en 5 ans la prévalence du tabagisme quotidien chez les personnes dont le niveau de revenus est compris dans les deux déciles inférieurs de la distribution des revenus par unité de consommation du ménage.

Objectif général 2 : réduire la consommation d'alcool en population générale, en particulier chez les adolescents et les femmes enceintes.

OS 2-1 : réduire de 10% en 5 ans la consommation d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans.

OS 2-2 : chez les adolescents, réduire de 20 % en 5 ans la prévalence des ivresses répétées.

OS 2-3 : chez les femmes enceintes

OS2-3-1 : réduire de 50% en 5 ans la consommation d'alcool.

OS 2-3-2 : étudier la faisabilité d'un système de surveillance multi source du syndrome d'alcoolisation fœtale.

OS 2-4 : réduire l'incidence de pathologies liées à la consommation d'alcool.

OS2-4-1 : réduire l'incidence des hépatites alcooliques.

OS2-4-2 : réduire l'incidence des cirrhoses alcooliques.

Objectif général 3 : réduire les consommations de substances psychoactives illicites et améliorer l'accès aux soins des usagers de ces substances.

OS 3-1 : réduire la prévalence des différents types d'usage de cannabis, cocaïne, ecstasy, opiacés.

OS 3-2 : améliorer la prise en charge des usagers de substances illicites.

OS 3-2-1 : augmenter les files actives des usagers dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARRUD), les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et dans les unités hospitalières.

OS 3-2-2 : augmenter de 10% en 5 ans le nombre de patients prenant un traitement de substitution.

OS 3-2-3 : augmenter le nombre de sevrages simples et complexes à l'hôpital.

OS 3-3 : mieux prendre en compte le risque infectieux chez les usagers de substances psychoactives illicites.

OS 3-3-1 : augmenter le nombre de dépistages VIH/VHB/VHC chez les usagers de substances psychoactives illicites.

OS 3-3-2 : réduire de 20 % en 5 ans la prévalence du VHC parmi les usagers de substances psychoactives illicites.

Nutrition

Les objectifs proposés, pour la plupart quantifiés, ont pour finalité une amélioration de l'état de santé au regard de l'obésité, la surcharge pondérale et des pathologies nutritionnelles. Certains sont directement exprimés en termes de résultats de santé, tandis que d'autres portent sur les déterminants ; ils visent à améliorer la pratique de

l'activité physique, les comportements alimentaires et la qualité des apports nutritionnels. En particulier, certains objectifs nouveaux sont introduits sur l'allaitement, la composition des apports alimentaires en glucides, en calcium. Les objectifs ont la caractéristique d'être, la plupart du temps, ciblés sur des groupes ou populations spécifiques, notamment les enfants et adolescents, les personnes âgées, les personnes en situation de pauvreté.

Objectif général 1 : réduire le surpoids et l'obésité dans la population.

Sous-objectif général 1-1 : stabiliser la prévalence de l'obésité chez l'adulte.

OS 1-1-1 : chez l'ensemble des adultes, stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire de 10 % la prévalence du surpoids.

OS 1-1-2 : chez les femmes en situation de pauvreté, stabiliser la prévalence de l'obésité.

OS 1-1-3 : diminuer de 15 % la prévalence de l'obésité morbide.

Sous-objectif général 1-2 : diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents.

OS 1-2-1. : chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, diminuer de 15% la prévalence globale du surpoids et de l'obésité.

OS 1.2.2. : chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans issus de milieux défavorisés, diminuer de 15 % la prévalence du surpoids et de l'obésité.

Objectif général 2 : augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges.

Sous objectif général 2-1 : augmenter l'activité physique chez les adultes.

OS 2-1-1 : chez les adultes, augmenter la proportion de personnes situées dans la classe d'activité physique :

- « élevée » de 17 % chez les hommes et de 25% chez les femmes ;
- « moyenne » de 19 %.

Sous objectif général 2-2 : augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents.

OS 2-2-1 : atteindre au moins 50% d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée trois fois par semaine pendant au moins une heure.

OS 2-2-2 : diminuer de 10% le temps moyen journalier passé par les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans devant un écran.

Objectif général 3 : améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment dans les populations à risque.

Sous objectif général 3-1 : augmenter la consommation de fruits et légumes.

OS 3-1-1 chez les adultes, en population générale, augmenter en 5 ans la consommation de fruits et légumes, de sorte que :

- 70 % d'adultes consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour ;
- 50 % d'adultes consomment au moins 5 fruits et légumes par jour.

OS 3-1-2 chez les adultes, en situation de pauvreté, augmenter en 5 ans la consommation de fruits et légumes, de façon à :

- doubler la proportion d'adultes consommant au moins 3,5 fruits et légumes par jour ;
- multiplier par 5 la proportion d'adultes consommant au moins 5 fruits et légumes par jour.

OS 3-1-3 : chez les enfants de 3 ans et plus, augmenter la consommation de fruits et légumes, de sorte que :

- 50 % d'enfants de 3 ans et plus consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour ;
- 30 % d'enfants de 3 ans et plus consomment au moins 5 fruits et légumes par jour.

Sous objectif général 3-2 : réduire la consommation de sel.

OS 3-2-1 : diminuer la consommation moyenne de sel dans la population pour atteindre :

- 8 g/jour chez les hommes adultes ;
- 6,5 g/jour chez les femmes adultes et les enfants.

Sous-objectif général 3-3 : améliorer la composition des apports énergétiques sans alcool (AESA).

OS 3-3-1 : chez les adultes et les enfants, réduire de 3%, en 5 ans, la contribution moyenne des lipides totaux au sein des apports énergétiques sans alcool (AESA).

OS 3-3-2 : chez les adultes et les enfants, réduire de 5%, en 5 ans, la part moyenne des acides gras saturés au sein des apports en lipides totaux.

OS 3-3-3 : augmenter la part des apports en glucides complexes et des fibres et diminuer la part des apports en glucides simples issus des produits sucrés dans l'alimentation.

OS 3-3-3-1 : augmenter, en 5 ans, la proportion de personnes ayant des apports en glucides complexes $\geq 27,5\%$ de l'AESA :

- de 20% chez les adultes ;
- de 35% chez les enfants.

OS 3-3-3-2 : augmenter, en 5 ans, la proportion de personnes ayant des apports en glucides simples issus des produits sucrés $< 12,5\%$ de l'AESA :

- de 7% chez les adultes ;
- de 20% chez les enfants.

OS 3-3-3-3 : chez les adultes, doubler la proportion de personnes ayant des apports en fibres > 25 g/jour.

OS 3-3-3-4 : réduire de 25%, en 5 ans, la proportion d'enfants consommant plus d'un demi-verre de boissons sucrées par jour.

Sous-objectif général 3-4 : améliorer les apports en calcium dans les groupes à risque.

OS 3-4-1 : augmenter les apports en calcium de la population, de façon à atteindre :

- 35% des femmes de 18-29 ans ayant des apports en calcium $< 2/3$ ANC (apport nutritionnel conseillé) ;

- 55% des d'adolescents de 11-17 ans ayant des apports en calcium < 2/3 ANC ;

- 38% de personnes âgées ayant des apports en calcium < 2/3 ANC.

Sous-objectif général 3-5 : lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté.

OS 3-5-1 : réduire d'un tiers le pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) en situation de pauvreté ayant une anémie ferriprive.

Sous-objectif général 3-6 : améliorer les apports et le statut en folates des femmes en âge de procréer.

OS 3-6-1 : réduire de 30% la proportion des femmes en âge de procréer (15-49 ans) ayant un risque de déficit en folates (taux de folates plasmatiques < 3 ng/mL).

OS 3-6-2 : réduire de 20% la proportion de femmes ayant des apports en folates inférieurs à 2/3 des ANC.

OS 3-6-3 : augmenter de 50%, le nombre d'unités de comprimés d'acide folique (0,4 mg) prescrits pour un projet de grossesse.

Sous-objectif général 3-7 : promouvoir l'allaitement maternel.

OS 3-7-1 : augmenter de 15% le pourcentage d'enfants allaités à la naissance.

OS 3-7-2 : parmi les enfants allaités à la naissance, augmenter de 25 % dans les maternités la part de ceux bénéficiant d'un allaitement exclusif.

OS 3-7-3 : allonger de 2 semaines la durée médiane de l'allaitement maternel.

OS 3-7-4 : retarder d'un mois l'âge médian d'introduction de tout autre aliment que le lait (maternel ou formule lactée du commerce).

Objectif général 4 : réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles.

OS 4-1 : réduire la prévalence des troubles des conduites alimentaires chez les adolescents.

OS 4-2 : réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à leur domicile :

- de 15% pour les plus de 60 ans ;

- de 30 % pour les plus de 80 ans.

OS4-3 : réduire de 20 % le pourcentage de malades hospitalisés dénutris.

Environnement général et environnement de travail

Bien que des progrès aient été perçus en matière de santé environnementale au travers des objectifs de la loi d'août 2004, il est nécessaire de les consolider. Les anciens objectifs (qualité de l'habitat, pollution atmosphérique urbaine et industrielle, pollution de l'eau) sont par conséquent reconduits, mais reformulés avec une définition plus opérationnelle et une reconsidération des valeurs repère de gestion du risque.

La loi de santé publique du 9 août 2004 comportait seulement quatre objectifs relatifs à la santé au travail, qui n'ont pu être évalués pour la plupart. Du fait de l'impact des

facteurs professionnels sur l'état de santé d'une grande fraction de la population, de nouveaux objectifs sont ajoutés. Ils portent sur la prévention des risques au travail (exposition aux facteurs physiques, chimiques ou biologiques et aux contraintes posturales ou psycho-sociales) et sur une meilleure prévention et prise en charge des maladies professionnelles, ces dernières étant un des déterminants majeurs des inégalités sociales de santé.

Environnement

Objectif général 1 : réduire l'exposition de la population aux nuisances liées à la qualité de l'habitat.

Sous-objectif général 1-1 : réduire l'exposition de la population au plomb.

OS 1-1-1 : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 50 µg/L.

OS 1-1-2 : diminuer de 5 µg/L la plombémie moyenne de la population infantile française d'ici 2015.

Sous-objectif général 1-2 : réduire l'exposition de la population au radon domestique.

OS 1-2-1 : dans les établissements d'enseignement et les établissements sanitaires et sociaux, réduire :

- de 75 % la proportion ayant une valeur d'activité du radon supérieure à 200 Bq/m³ ;
- de 50 % ceux dépassant une valeur de 100 Bq/m³ ;
- à 0% la proportion d'établissements ayant une valeur supérieure ou égale à 400 Bq/m³.

Sous-objectif général 1-3 : réduire l'exposition de la population au monoxyde de carbone.

OS 1-3-1 : réduire de 20% l'incidence des hospitalisations pour intoxication au monoxyde de carbone à l'échelle nationale, et de 30 % dans cinq régions prioritaires (Nord-Pas de Calais, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Ile-de-France, Provence-Alpes Côte d'Azur).

Objectif général 2 : réduire l'exposition de la population aux grandes sources polluantes

Sous-objectif général 2-1 : réduire l'exposition de la population aux pollutions atmosphériques urbaine et industrielle.

OS 2-1-1 : réduire, en 2011, (entrée en vigueur de la Directive CAFE), par rapport à 2002 :

- de 30 % les concentrations moyennes annuelles de dioxyde d'azote (NO₂) ;
- de 20 % les concentrations moyennes annuelles d'ozone et de dioxyde de soufre.

OS 2-1-2 : réduire les concentrations moyennes annuelles des particules fines PM2.5 pour atteindre le seuil de 15µg/m³ en 2015.

OS 2-1-3 : réduire, en 5 ans, de 50%, en moyenne sur l'ensemble du territoire, les écarts observés entre les immissions estimées dans les secteurs urbains les plus affectés par la pollution atmosphérique et les secteurs les moins affectés.

OS 2-1-4 : réduire de 50% en 5 ans les rejets atmosphériques des composés organiques volatils (dont le benzène), des métaux toxiques et des émissions de dioxines par l'incinération et la métallurgie.

Sous-objectif général 2-2 : réduire l'exposition de la population aux toxiques et polluants des eaux.

OS 2-2-1 : diminuer par deux d'ici à 2012 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées, en particulier pour les paramètres microbiologiques et les pesticides.

OS 2-2-2 : réduire de 50% en 5 ans l'incidence des légionelloses.

Travail

Objectif général 1 : améliorer la prévention des accidents survenant en milieu professionnel.

OS 1-1 : dans les secteurs du BTP (Bâtiments et travaux publics), de l'agriculture et du transport, réduire de 5 % les taux annuels d'accidents du travail mortels ou avec incapacité permanente partielle (IPP).

Objectif général 2 : améliorer la prévention des maladies professionnelles.

Sous-objectif général 2-1 : prévenir les risques péri-articulaires liés au travail.

OS 2-1-1 réduire de 20 % la proportion de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003.

OS 2-1-2 : diminuer de 10 %, sur la période couverte par la loi, les taux d'incidence des syndromes de la coiffe des rotateurs, des syndromes du canal carpien et des épicondylites latérales d'origine professionnelle.

Sous-objectif général 2-2 : renforcer la prévention des cancers dus aux expositions professionnels notamment en diminuant l'exposition des travailleurs aux substances cancérigènes.

OS 2-2-1 : diminuer la prévalence des expositions des travailleurs aux cancérogènes (catégories 1 et 2 de l'Union européenne).

OS 2-2-2 : mieux prendre en compte et évaluer l'exposition aux médicaments carcinogènes en milieu professionnel : dans les sites de manipulation et dans les établissements de soins (pharmacies hospitalières, services de soins), sites de production industries pharmaceutiques et chimiques.

OS 2-2-3 : mettre en place une surveillance longitudinale des expositions professionnelles aux agents cancérigènes.

OS 2-2-4 : renforcer le système d'information concernant les cancers d'origine professionnelle.

Sous-objectif général 2-3 : réduire l'exposition au bruit en milieu professionnel

OS 2-3-1 : réduire la proportion de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003.

Objectif général 3 : améliorer la prévention des risques psychosociaux au travail.

OS 3-1 : réduire les taux de personnes exposées à des niveaux élevés de facteurs psychosociaux au travail.

Objectif général 4 : améliorer la réparation des maladies professionnelles.

OS 4-1 : réduire, sur une période de dix années, de 50 % la différence entre le nombre de cancers d'origine professionnelle estimés par l'InVS et le nombre de cancers indemnisés, en particulier pour les cancers du poumon, les cancers de la vessie et les leucémies.

OS 4-2 : réduire, sur une période de dix années, de 50 % la différence entre le nombre de TMS (troubles musculo-squelettiques) d'origine professionnelle estimés par l'InVS et le nombre de TMS indemnisés au titre des maladies professionnelles.

Risques liés aux soins

L'évaluation des objectifs concernant cette thématique dans la loi d'août 2004 suggère des résultats en partie positifs. Pour la prochaine loi, il a été choisi de faire apparaître des objectifs mettant mieux en évidence les situations de soins les plus porteuses de risque. L'accent est donc mis sur les événements indésirables graves évitables liés aux médicaments et aux actes invasifs, tout en conservant une attention particulière aux infections associées aux soins.

Objectif général 1 : réduire la fréquence de survenue d'événements indésirables graves (EIG) associés aux soins.

Sous-objectif général 1-1 : réduire la fréquence de survenue d'événements indésirables graves (EIG) évitables associés à une prescription inadaptée de médicaments.

OS 1-1-1 : réduire la proportion de malades atteints d'une pathologie chronique justifiant l'usage d'un ou plusieurs médicaments, et n'ayant pas fait l'objet d'une prescription correspondante.

OS 1-1-2 : réduire la proportion de malades âgés de 75 ans et plus faisant l'objet de prescriptions justifiées, mais inadaptées de médicaments antithrombotiques, psychotropes ou diurétiques.

OS 1-1-3 : réduire la proportion de malades faisant l'objet de prescriptions injustifiées de médicaments psychotropes, inhibiteurs de la pompe à protons ou vasodilatateurs.

Sous-objectif général 1-2 : réduire la fréquence de survenue d'infections graves associées aux soins.

OS 1-2-1 : réduire de 25%, en 5 ans, la fréquence de survenue de bactériémies associées aux cathéters veineux centraux.

OS 1-2-2 : réduire de 25%, en 5 ans, la fréquence de survenue d'infections de site opératoire.

OS 1-2-3 : réduire de 25%, en 5 ans, la fréquence de survenue d'accidents d'exposition au sang (AES).

Sous-objectif général 1-3 : réduire la fréquence de survenue d'EIG évitables associés à la réalisation d'actes invasifs (à l'exclusion des infections associées aux soins).

OS 1-3-1 : réduire la fréquence de survenue d'EIG associés à la réalisation d'actes chirurgicaux.

OS 1-3-2 : réduire la fréquence de survenue d'EIG associés à la réalisation d'actes invasifs autres que chirurgicaux.

Objectifs liés aux pathologies

Maladies infectieuses

Au sein de ce domaine très vaste des maladies infectieuses, il est proposé des objectifs reformulés dans la plupart des pathologies mentionnées dans les objectifs de la loi de santé publique d'août 2004. Dans la mesure où les tendances observées sont dans l'ensemble favorables en valeurs moyennes, il est, dans certains cas, proposé de cibler les groupes de population les plus à risque ou les plus touchés par les maladies (VIH, IST, tuberculose) ; de façon plus générale, les objectifs visent souvent une réduction d'incidence, mais portent également sur l'amélioration de la prévention (comportements sexuels et vaccination), ainsi que sur la précocité du dépistage et de la prise en charge.

Objectif général 1 : mieux prévenir, dépister et traiter l'infection par le VIH.

Sous-objectif général 1-1 : poursuivre la réduction de l'incidence de l'infection par le VIH dans la population générale, en ciblant tout particulièrement les régions les plus touchées et les populations les plus à risque.

OS 1-1-1 : dans les populations des régions les plus touchées (Ile-de-France et départements français d'Amérique), réduire de 10% en 5 ans l'incidence des infections par le VIH.

OS 1-1-2 : selon les différents modes de contamination, réduire en 5 ans l'incidence des infections par le VIH :

- de 10% parmi les homosexuels .
- de 30% parmi les hétérosexuels masculins et féminins étrangers .
- de 30% parmi les hétérosexuels masculins et féminins français .
- de 30% parmi les usagers de drogues.

Sous-objectif général 1-2 : réduire le délai au dépistage et au traitement de l'infection par le VIH

OS 1-2-1 : réduire à 7 % la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade sida.

OS 1-2-2 : réduire de 20 % en 5 ans l'incidence du sida.

OS 1-2-3 : réduire de 20% en 5 ans la mortalité liée au sida.

Objectif général 2 : réduire l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST) dans la population générale, en ciblant plus particulièrement les personnes ayant des comportements à risque.

Sous-objectif général 2-1 : réduire les comportements à risque de transmission des IST.

OS 2-1-1 : dans la population générale, obtenir, en 5 ans, plus de 80 % d'utilisation du préservatif lors des rapports avec un nouveau partenaire.

OS 2-1-2 : dans la population générale, améliorer en 5 ans la proportion de personnes ayant réalisé un test de dépistage du VIH avant l'arrêt du préservatif, au cours de la dernière année.

Sous-objectif général 2-2 : réduire la fréquence des différentes IST

OS 2-2-1 : dans les populations à risque, réduire la prévalence de la gonococcie.

OS 2-2-2 : dans les populations à risque, réduire l'incidence de la syphilis.

OS 2-2-3 : dans les populations à risque, réduire la prévalence des chlamydioses et des infections à HSV2.

Objectif général 3 : prévenir et dépister plus précocement les infections par les virus des hépatites B et C.

OS 3-1 : augmenter de 25% en 5 ans la proportion de personnes dépistées parmi les personnes infectées par les virus des hépatites virales B ou C.

OS 3-2 : chez les enfants âgés de 24 mois, atteindre, en 5 ans, une couverture vaccinale de 80% pour les 3 injections de la primovaccination par le vaccin de l'hépatite B.

OS 3-3 : chez les adolescents âgés de 15 ans, atteindre, en 5 ans, une couverture vaccinale de 75% pour la vaccination contre l'hépatite B.

Objectif général 4 : réduire l'incidence de la tuberculose dans la population générale, et intensifier la prévention, le dépistage et la prise en charge dans les groupes et zones les plus à risque.

Sous-objectif général 4-1 : poursuivre la réduction de l'incidence de la tuberculose dans la population générale, en ciblant tout particulièrement les régions les plus touchées

OS 4-1-1 : en métropole (hors Ile-de-France) et dans les départements d'outre-mer (hors Guyane), atteindre en 5 ans une incidence moyenne de 6 cas pour 100 000 habitants.

OS 4-1-2 : en Ile-de-France, atteindre en 5 ans une incidence de 12 cas pour 100 000 habitants.

OS 4-1-3 : en Guyane, atteindre en 5 ans une incidence de 15 cas pour 100 000 habitants.

Sous-objectif général 4-2 : réduire l'incidence de la tuberculose dans les populations les plus à risque

OS 4-2-1 : chez les migrants présents depuis moins de 5 ans sur le territoire, atteindre une incidence de 180 ou 190 cas pour 100 000

OS 4-2-2 chez les personnes sans domicile fixe, atteindre une incidence de 175 cas pour 100 000.

OS 4-2-3 : chez les enfants à risque élevé de tuberculose, atteindre une couverture vaccinale par le BCG supérieure à 90%.

Sous-objectif général 4-3 : améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients.

OS 4-3-1 : chez les patients de moins de 60 ans traités pour tuberculose maladie, atteindre 85% de succès thérapeutiques.

Objectif général 5 : améliorer la couverture vaccinale de la population, conformément aux recommandations du calendrier vaccinal

Sous-objectif général 5-1 : atteindre un très haut niveau de couverture vaccinale (CV) chez les enfants âgés de 24 mois pour l'ensemble des valences recommandées.

OS 5-1-1 : chez les enfants âgés de 24 mois, atteindre, en 5 ans une CV de 95% pour l'injection du 1^{er} rappel des vaccins diphtérique, tétanique, coquelucheux et poliomyélitique.

OS 5-1-2 : chez les enfants âgés de 24 mois atteindre, en 5 ans, une CV de 95% pour les 3 injections de la primovaccination et le premier rappel par le vaccin de l'Haemophilus influenzae b.

OS 5-1-3 : chez les enfants âgés de 24 mois, atteindre, en 5 ans, une CV de 90% pour les 3 injections initiales (primovaccination et rappel) par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent.

OS 5-1-4 : chez les enfants âgés de 24 mois, atteindre, en 5 ans, une CV de 95% pour la 1^{re} injection de la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

OS 5-1-5 : chez les enfants âgés de 24 mois, atteindre, en 5 ans, une CV de 80% pour la 2^{nde} injection de la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Sous-objectif général 5-2 : atteindre un très haut niveau de couverture vaccinale (CV) chez les adolescents pour l'ensemble des valences recommandées.

OS 5-2-1 : chez les adolescents âgés de 15 ans, atteindre, en 5 ans, une CV de 95% pour les vaccinations complètes (avec les rappels prescrits à cet âge) contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, les oreillons, la rubéole.

OS 5-2-2 : chez les jeunes filles âgées de 15 ans, atteindre, en 5 ans, une CV de 60% pour la vaccination contre les papillomavirus.

Sous-objectif général 5-3 : atteindre un haut niveau de Couverture vaccinale (CV) chez les adultes pour l'ensemble des valences recommandées.

OS 5-3-1 : atteindre à 65 ans des CV supérieures à 90% pour des vaccinations anti-diphtérique, anti-tétanique et anti-poliomyélitique réalisées dans les 15 dernières années.

OS 5-3-2 : atteindre une CV supérieure à 90% pour la vaccination anti-coquelucheuse chez les jeunes mères.

Sous-objectif général 5-4 : atteindre un taux satisfaisant de couverture vaccinale (CV) contre la grippe saisonnière dans les populations à risque et chez les professionnels de santé.

OS 5-4-1 : chez les personnes âgées de 65 ans et plus, atteindre, en 5 ans, un taux de CV d'au moins 80%.

OS 5-4-2 : chez les personnes souffrant d'une affection longue durée (ALD) exonérante, atteindre, en 5 ans, un taux de CV d'au moins 80%.

OS 5-4-3 : chez les professionnels de santé, atteindre, en 5 ans, un taux de CV d'au moins:

- 70% chez les médecins généralistes ;
- 50% chez les infirmiers libéraux ;
- 50% chez les personnels de maison de retraite et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- 50% chez les personnels de soins hospitaliers (médecins, infirmiers, aides-soignantes).

Objectif général 6 : maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques

Sous-objectif général 6-1 : réduire le pourcentage de souches de pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline et aux macrolides.

OS 6-1-1 : ramener à 25%, en 5 ans, la proportion de souches de pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline et à moins de 5 % la proportion des souches résistantes à la pénicilline.

OS 6-1-2 : ramener à moins de 30 % en 5 ans, la proportion de souches de pneumocoque résistantes à l'érythromycine.

Sous-objectif général 6-2 : réduire le pourcentage de souches hospitalières de staphylocoque doré résistantes à la méticilline (SARM).

OS 6-2-1 : ramener à 20 %, en 5 ans, la proportion de souches de SARM isolées en milieu hospitalier.

Sous-objectif général 6-3 : réduire la résistance des entérobactéries aux fluoroquinolones et aux bêta-lactamines.

OS 6-3-1 : ramener à moins de 10 % en 5 ans le pourcentage de souches d'Escherichia coli résistantes aux fluoroquinolones.

OS 6-3-2 : ramener à moins de 1 %, en 5 ans, le pourcentage de souches d'Escherichia coli résistantes aux céphalosporines de troisième génération.

Maladies cardio-vasculaires et métaboliques

Les objectifs proposés sont dans le prolongement des constats réalisés lors de l'évaluation de la loi de santé publique d'août 2004. Ils visent à mieux suivre les diabétiques et à réduire les complications ; à poursuivre la réduction de facteurs de risque cardio-vasculaires, tels que les dyslipidémies et l'hypertension artérielle, les autres facteurs de risques ayant déjà été évoqués dans les chapitres précédents. Enfin, il reste essentiel de réduire la mortalité due aux cardiopathies ischémiques et les décompensations aiguës des insuffisances cardiaques.

Objectif général 1 : Réduire la fréquence de survenue des complications vasculaires, neurologiques et rénales chez les patients diabétiques traités

OS1-1 : réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardio-vasculaires.

OS1-2 : en 5 ans, assurer, pour 80% des diabétiques, une surveillance clinique et biologique conforme aux recommandations de bonne pratique clinique.

Objectif général 2 : mieux contrôler le niveau de cholestérolémie et l'hypertension artérielle, facteurs de risque cardio-vasculaires

OS 2-1 : dans la population adulte, réduire de 5% en 5 ans, la cholestérolémie moyenne (L. D. L. – cholestérol) en 5 ans.

OS 2-2 : augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypertension artérielle, traités et équilibrés.

Objectif général 3 : poursuivre la réduction de la mortalité par pathologies cardiaques et améliorer la prévention des exacerbations de ces pathologies.

OS 3-1 : réduire de 10% en 5 ans la mortalité associée aux cardiopathies ischémiques.

OS 3-2 : réduire de 20% en 5 ans la fréquence des hospitalisations pour décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, en particulier des sujets âgés.

Cancers

Dans ce chapitre, sont définis des objectifs en rapport avec la mortalité et la morbidité induites par les pathologies cancéreuses, ainsi qu'avec le système de prévention et de soin. D'autres objectifs, relatifs aux différents facteurs de risques individuels et environnementaux, ont été traités dans des chapitres précédents.

L'évaluation du plan cancer avait montré une progression des dépistages précoces des cancers, mais une inégalité d'accès pour certaines catégories de la population. L'accent est donc mis à présent sur la réduction des inégalités, à la fois en termes de mortalité au niveau des départements, et en termes d'accès au dépistage (cancer du sein, du colon-rectum, du col de l'utérus ...). Pour deux cancers (prostate et mélanome), il faut avant tout définir une stratégie nationale de dépistage. Enfin, l'attention est portée aux personnes de plus de 75 ans, dont la surmortalité par cancer doit être réduite grâce à une prise en charge plus précoce.

Objectif général 1 : réduire les inégalités de mortalité par cancer.

OS 1-1 : diminuer, en 5 ans, les écarts de mortalité par cancer entre les départements les plus et les moins affectés, pour les cancers accessibles à des mesures de prévention ou au traitement.

Objectif général 2 : réduire les inégalités de participation aux dépistages organisés des différents cancers.

Sous-objectif général 2-1 : réduire les inégalités d'accès au dépistage du cancer du sein.

OS 2-1-1 : atteindre, en 5 ans, un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein supérieur à 60% dans tous les départements.

OS 2-1-2 : chez les femmes âgées de 50 à 74 ans, atteindre 80% de réalisation d'une mammographie dans les deux dernières années.

Sous-objectif général 2-2 : Intensifier la participation au dépistage organisé du cancer colo-rectal en ciblant les populations concernées.

OS 2-2-1 : atteindre, en 5 ans, un taux de participation d'au moins 60% dans toutes les tranches d'âge concernées par le dépistage organisé du cancer colo-rectal.

Objectif général 3 : réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus.

OS 3-1 : réduire de 2,5% l'incidence annuelle du cancer du col de l'utérus.

OS 3-2 : chez les femmes de 25 à 70 ans, réduire en 5 ans la part de celles qui ne font pas l'objet d'un dépistage conforme aux recommandations (moins d'1 frottis / 3 ans et plus d'un frottis/2 ans).

Objectif général 4 : définir une stratégie nationale de dépistage ou de diagnostic précoce des cancers de la prostate et des mélanomes.

Sous-objectif général 4-1: définir une stratégie claire vis-à-vis du dépistage du cancer de la prostate.

Sous-objectif général 4-2 : définir une stratégie de détection précoce du mélanome.

OS 4-2-1 : dans la population générale, diminuer la proportion de mélanomes diagnostiqués à un stade avancé (indice de Breslow > 1mm).

OS 4-2-2 : chez les hommes quel que soit leur âge, et chez les personnes de 50 à 80 ans, diminuer la proportion de mélanomes diagnostiqués à un stade avancé (indice de Breslow > 1mm).

Objectif Général 5 : améliorer la prise en charge précoce des cancers des personnes de plus de 75 ans.

OS 5-1 : diminuer la surmortalité après diagnostic de cancer observée à partir de 75 ans pour les cancers du colon, les mélanomes, les cancers du sein, de la prostate, de l'utérus (corps et col) et les lymphomes malins non hodgkiniens.

OS 5-2 : diminuer la proportion de personnes de 75 ans ayant un stade avancé au diagnostic (stades III et IV) pour les tumeurs du sein, les tumeurs colorectales, les mélanomes et les tumeurs de la prostate.

Objectif Général 6 : développer la prise en charge globale et coordonnée du patient.

OS 6-1 : Obtenir que 50 % des patients fassent l'objet d'une prise en charge coordonnée associant les différents acteurs.

Maladies respiratoires

La loi de santé publique d'août 2004 comportait deux objectifs relatifs respectivement à l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Bien que globalement atteint, l'objectif de réduction des hospitalisations pour asthme est reconduit, avec une attention particulière portée aux jeunes enfants et en ciblant certaines tranches d'âge. Quant à la BPCO, sa fréquence et sa gravité justifient de conserver l'objectif et de le réorienter dans une perspective d'amélioration du diagnostic et de la prise en charge.

Objectif général 1 : améliorer le diagnostic et la prise en charge de l'asthme, en particulier chez les jeunes enfants.

OS 1-1 : chez les enfants de 2 à 4 ans, les enfants de 5 à 9 ans et les adolescents et adultes de 10 à 49 ans, réduire de 5 % en cinq ans le nombre d'hospitalisations pour asthme.

OS 1-2 : étudier l'intérêt et la faisabilité d'un observatoire ou répertoire national d'asthme sévère.

Objectif général 2 : améliorer le diagnostic et la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

OS 2-1 : réduire la fréquence des hospitalisations et décès dus à des exacerbations de BPCO.

OS 2-2 : encourager la mesure de la fonction respiratoire dans les enquêtes de santé.

OS 2-3 : développer le dépistage de la BPCO en médecine du travail.

OS 2-4 : améliorer la formation des généralistes au diagnostic précoce de la BPCO.

OS 2-5 : développer la réhabilitation des personnes atteintes de BPCO.

Maladies neurologiques

Les cinq objectifs portant sur les maladies neurologiques dans la loi de santé publique d'août 2004 sont reconduits et complétés par deux autres, en raison du lourd retentissement individuel de ces pathologies. L'évaluation s'était avérée non réalisable, faute de clarification des indicateurs ou de systèmes d'information utilisables pour les mesurer. Certains ont pu être déclinés en objectifs quantifiés, d'autres sont encore exprimés sous forme de recommandation pour améliorer les connaissances. Pour la maladie d'Alzheimer et les accidents vasculaires cérébraux, l'accent est mis sur la précocité et la qualité de la prise en charge. Pour les autres (maladie de Parkinson, sclérose en plaque, épilepsies graves, sclérose latérale amyotrophique), la nécessité de travaux de recherche complémentaires est soulignée.

Objectif général 1 : limiter la perte d'autonomie des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et le retentissement de cette maladie sur les proches des patients.

Sous-objectif général 1-1 : réduire le délai au dépistage des troubles cognitifs chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer.

OS 1-1-1 : ramener à 10%, en 5 ans, la proportion de patients dépistés pour une maladie d'Alzheimer, ayant un *mini-mental status examination* (MMS-E) inférieur à 16.

Sous-objectif général 1-2 : réduire le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne de la personne malade et la santé de son aidant.

OS 1-2-1 : chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer, diminuer l'incidence du placement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

OS 1-2-2 : chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer, réduire de 10%, en 5 ans, la proportion de patients ayant une prescription de neuroleptiques.

OS 1-2-3 : chez les aidants des patients atteints de maladie d'Alzheimer, diminuer le fardeau moyen.

Objectif général 2 : améliorer la prise en charge du patient lors d'un accident vasculaire cérébral (AVC), réduire les séquelles et améliorer la qualité de vie.

OS 2-1 : réduire de 10%, en 5 ans, la mortalité induite par les AVC.

OS 2-2 : diminuer la fréquence des séjours de longue durée pour AVC.

OS 2-3 : augmenter la fréquence de recours aux filières de prise en charge spécialisée des AVC.

OS 2-4 : augmenter l'accès des patients victimes d'AVC à un traitement approprié.

OS 2-5 : évaluer la capacité des registres mis en place à fournir une estimation nationale de la sévérité des séquelles associées aux AVC.

Objectif général 3 : améliorer la prise en charge du handicap et la qualité de vie des personnes atteintes de maladie de Parkinson.

Objectif général 4 : améliorer la prise en charge du handicap et la qualité de vie des personnes atteintes de sclérose en plaque.

Objectif général 5 : améliorer la prise en charge de l'épilepsie de l'enfant de moins de 16 ans pour en limiter les séquelles.

Objectif général 6 : mettre en place un système d'information permettant de mieux connaître la prise en charge médico-psycho-sociale des épilepsies de l'adulte.

Objectif général 7 : améliorer la qualité de vie par un meilleur accès à l'aide respiratoire des patients atteints de sclérose latérale amyotrophique.

Maladies rares

L'évaluation du plan national maladies rares a permis de constater d'importants progrès, en particulier au travers du développement et de la pérennisation des centres de référence. Néanmoins, le diagnostic précoce de ces pathologies et l'accès à une prise en charge appropriée des patients montrent encore de grandes disparités. Ceci impose de conserver des objectifs dédiés aux maladies rares. Ils porteront, pour une part, sur l'amélioration de l'offre de prise en charge médicale et sociale en général, pour l'autre part sur l'impact en termes d'état de santé des patients, dans quelques pathologies traceuses.

Objectif général 1 : assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des patients atteints de maladie rare.

Sous-objectif général 1-1 : améliorer la prise en charge médicale et sociale des patients.

OS 1-1-1 : augmenter le nombre de patients pris en charge dans les centres de référence ou leur réseau.

OS 1-1-2 : tripler, en 5 ans, le nombre de protocoles nationaux de diagnostic et de soins.

OS 1-1-3 : augmenter la proportion d'enfants atteints de maladie rare, scolarisés en milieu ordinaire et bénéficiant d'un projet d'accueil individualisé.

OS 1-1-4 : augmenter la proportion d'enfants atteints de maladie rare scolarisés dans des classes appropriées.

OS 1-1-5 : mettre des traitements appropriés à la disposition des patients.

Sous-objectif général 1-2 : améliorer le pronostic des patients atteints de pathologies traceuses (à déterminer) parmi les maladies rares.

OS 1-2-1 : augmenter l'espérance de vie des patients dans les pathologies traceuses définies.

OS 1-2-2 : diminuer l'âge moyen de début de la prise en charge selon les modalités définies par le centre de référence dans les pathologies traceuses.

Sous-objectif général 1-3 : améliorer l'accès aux soins des patients atteints de drépanocytose.

OS 1-3-1 : réduire la fréquence et la durée des crises drépanocytaires.

OS 1-3-2 : permettre la surveillance des patients drépanocytaires par le système de suivi des recours aux urgences (Oscour) en région Ile-de-France et dans les Départements d'Outre-mer (DOM).

Santé mentale

En matière de santé mentale, les objectifs proposés visent essentiellement à améliorer le dépistage et la prise en charge précoce de troubles souvent méconnus. Dans des registres différents, ils concernent les adultes, les enfants et adolescents et les personnes détenues. Le manque de données épidémiologiques dans ce domaine est crucial et nécessite le développement d'un système d'information et d'études adaptées.

Objectif général 1 : améliorer la prise en charge des troubles bipolaires, dépressifs ou anxieux.

Sous-objectif général 1-1 : améliorer le diagnostic des troubles bipolaires, dépressifs ou anxieux.

OS 1-1 : en population adulte, diminuer de 20%, en 5 ans, le nombre de personnes non reconnues comme souffrant de troubles dépressifs.

OS 1-2 : en population adulte, diminuer le nombre de personnes non reconnues comme souffrant soit de troubles bipolaires, soit de troubles anxieux.

Sous-objectif général 1-2 : améliorer le recours aux soins pour les troubles bipolaires, dépressifs ou anxieux.

OS 2-1 : diminuer la proportion de personnes souffrant de troubles dépressifs n'ayant pas recours aux soins.

OS 2-2 : diminuer la proportion de personnes souffrant soit de troubles bipolaires, soit de troubles anxieux, n'ayant pas recours aux soins.

Objectif général 2 : améliorer le repérage et la prise en charge des détenus atteints de troubles psychiatriques.

Objectif général 3 : améliorer le repérage et la prise en charge précoce des signes de souffrance et des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent.

Objectif général 4 : connaître la prévalence des différents troubles psychiatriques chez les adultes dans la population générale.

Qualité de vie

La qualité de vie est altérée dans de nombreuses pathologies, souvent chroniques, mais aussi aiguës. Elle est difficilement mesurable, mais sa prise en compte est indispensable pour évaluer le niveau de santé de la population. A cet effet, le HCSP souligne la nécessité de poursuivre la politique de lutte contre la douleur et propose différents axes de suivi de la qualité de vie liée aux problèmes de santé :

en population générale (grandes enquêtes déclaratives) ; chez les patients atteints de maladies chroniques (lors de la reconnaissance d'une ALD) ; pour quelques maladies considérées comme traceuses (cancer, insuffisance rénale terminale, arthrose, drépanocytose).

Pathologies traumatiques ou liées à la violence

Les pathologies traumatiques ou liées à la violence, qui ont été suivies dans le cadre des objectifs définis dans la loi de santé publique d'août 2004, ont dans l'ensemble évolué dans le sens de la réduction, pour celles qui ont pu être mesurées. Il s'agit de la violence routière, des suicides, des accidents de la vie courante (chez les enfants et les personnes âgées), ainsi que de la maltraitance des enfants. Il est important de reconduire la plupart de ces objectifs, qui portaient pour beaucoup sur des données de mortalité, soit en les complétant par des données de morbidité, soit en étudiant les moyens d'améliorer leur observation.

Objectif général 1 : réduire la mortalité et la morbidité liées à la violence routière.

Sous-objectif général 1-1 : réduire la mortalité par accidents de la route.

OS 1-1-1 : réduire de 30 %, en 5 ans, le taux de décès par accidents de la route.

OS 1-1-2 : réduire de 30 %, en 5 ans, le taux de décès par accidents de la route liés au travail.

Sous-objectif général 1-2 : réduire la morbidité par accidents de la route.

OS 1-2-1 : réduire de 30 %, en 5 ans, le taux de blessés par accidents de la route.

OS 1-2-2 : réduire de 30 %, en 5 ans, le taux de blessés par accidents de la route liés au travail.

Objectif général 2 : réduire le nombre de suicides en France.

OS 2-1 : en population générale, réduire de 15 % en 5 ans le taux de suicide.

OS 2-2 : réduire les disparités régionales de taux de suicide.

Objectif général 3 : réduire les accidents de la vie courante chez les enfants et les personnes âgées.

OS 3-1 : chez les enfants de moins de 15 ans, réduire de 25 % en 5 ans la mortalité par accidents de la vie courante.

OS 3-2 : mettre à disposition des données de morbidité liée aux accidents de la vie courante par âge et par catégorie sociale.

OS 3-3 : chez les personnes de plus de 65 ans, réduire de 10%, en 5 ans, l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

Objectif général 4 : réduire les traumatismes intentionnels dans l'enfance.

OS 4-1 : Mettre en cohérence les éléments nécessaires à la surveillance de la maltraitance de l'enfant.

Objectifs liés aux âges de la vie

Santé de la reproduction

Les aspects liés aux cancers et aux infections sexuellement transmissibles ne sont pas abordés dans ce chapitre, mais ont été présentés précédemment. Seuls deux objectifs en rapport avec cette thématique dans la loi de santé publique d'août 2004 avaient pu être évalués, principalement en raison de manque d'indicateurs vraiment adaptés pour les autres. Ceci a conduit à un bilan contrasté, qui nécessite de redéfinir les objectifs, tout en conservant les grandes orientations : contraception et interruption volontaire de grossesse (IVG), santé périnatale et santé maternelle. Toutefois, les résultats défavorables de certains indicateurs, observés chez les jeunes femmes et dans les DOM (contraception, IVG), conduisent à proposer des objectifs ciblés. Dans certains cas, il est encore nécessaire d'améliorer les connaissances (causes médicales de la mortalité, indications et pratiques en matière d'interruption thérapeutique de grossesse (ITG)) et les données épidémiologiques.

Objectif général 1 : favoriser le libre choix des couples en matière de contrôle des naissances.

Sous-objectif général 1-1 : améliorer le contrôle des naissances par la contraception.

OS 1-1-1 : réduire de 10% en 5 ans la proportion des grossesses non désirées.

OS 1-1-2 : réduire de 17% en 5 ans la proportion des grossesses non prévues.

OS 1-1-3 : atteindre en 5 ans une fréquence de recours aux méthodes appropriées de contraception, de 98% parmi les femmes moindres utilisatrices (femmes de 15 à 19 ans ou résidant dans les DOM).

Sous-objectif général 1-2 : réduire la fréquence des interruptions volontaires de grossesse chez les jeunes femmes.

OS 1-2-1 : parmi les femmes de 15-17 ans et de 18-19 ans, réduire le taux d'IVG de 1 point pour 1000, chaque année.

Objectif général 2 : améliorer la santé périnatale de l'enfant, afin qu'elle se situe au niveau des pays européens les plus performants.

Sous-objectif général 2-1 : mieux connaître le risque anténatal et les causes de la mortinatalité.

OS 2-1-1 : améliorer la connaissance en matière d'indications et de pratiques de l'interruption thérapeutique de grossesse (ITG).

OS 2-1-2 : améliorer la connaissance des causes médicales de mortinatalité.

OS 2-1-3 : réduire le taux de mortinatalité, en particulier dans les départements d'outre-mer.

Sous-objectif général 2-2 : réduire la fréquence de la morbidité et de la mortalité néonatales.

OS 2-2-1 : réduire de 15% en 5 ans le taux d'incidence de la prématurité en France.

OS 2-2-2 : réduire de 35% en 5 ans le taux d'incidence de la grande prématurité en France.

OS 2-2-3 : réduire de 30% en 5 ans le taux d'incidence des naissances vivantes de poids inférieur à 2500 g.

OS 2-2-4 : réduire de 40% en 5 ans le taux d'incidence de la mortalité néonatale.

Objectif général 3 : poursuivre l'amélioration de la santé maternelle.

OS 3-1 : réduire la mortalité maternelle en visant le niveau zéro décès.

OS 3-2 : réduire de 20% en 5 ans la part des décès évitables parmi les décès de causes obstétricales.

OS 4-3 : stabiliser la fréquence globale des accouchements par césarienne.

Santé de l'enfant

Les aspects relatifs à la santé psychique, à la maltraitance et aux accidents domestiques ont été traités dans les chapitres correspondants et ne sont pas exposés de nouveau ici.

Les objectifs en rapport avec les atteintes sensorielles et les troubles du langage n'ont pu être évalués faute d'indicateurs pertinents. L'insuffisance des systèmes

d'information ne permettra pas de proposer des objectifs quantifiables dans tous les cas. Toutefois, compte tenu de l'importance à prévenir ces troubles, les objectifs sont reconduits ou reformulés en insistant sur la nécessité d'améliorer les outils de dépistage et le recueil des données.

En matière de santé bucco-dentaire, les disparités observées ont conduit à identifier les groupes d'âges et les catégories socioprofessionnelles particulièrement exposées.

Objectif général 1 : réduire les incapacités liées aux troubles sensoriels de l'enfant.

Sous-objectif général 1-1 : améliorer le dépistage de l'audition chez l'enfant.

OS 1-1-1 : définir une stratégie de dépistage systématique de la surdité congénitale bilatérale.

OS 1-1-2 : améliorer le dépistage précoce (avant un an) des troubles de l'audition, en dehors de la surdité bilatérale congénitale.

OS 1-1-3 : faire bénéficier l'ensemble des enfants d'un dépistage de l'audition avant 4 ans.

Sous-objectif général 2 : améliorer le dépistage précoce des troubles visuels de l'enfant.

OS 1-2-1 : améliorer le dépistage et la prise en charge précoce des troubles de la vue entre 9 et 12 mois.

OS 1-2-2 : améliorer le dépistage des déficits visuels avant l'âge de 6 ans.

Objectif général 2 : améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge précoces des troubles du langage oral et écrit et des apprentissages.

OS 2-1-1 : développer et valider des outils de dépistage des troubles du langage.

OS 2-1-2 : prendre en compte les spécificités des enfants en grande difficulté pour l'acquisition du langage.

Objectif général 3 : améliorer la santé bucco-dentaire des enfants, particulièrement aux âges critiques de 6 et 12 ans dans toutes les catégories sociales.

OS 3-1 : réduire de 30 %, en 5 ans, l'indice CAO (Carie, absence, obturation) mixte moyen à l'âge de 6 ans.

OS 3-2 : réduire de 30 %, en 5 ans, l'indice CAO mixte moyen à l'âge de 6 ans dans les groupes de population ayant les fréquences les plus élevées.

OS 3-3 : atteindre un niveau d'indice CAO moyen inférieur à 1,23 à l'âge de 12 ans dans toutes les catégories sociales, y compris celles ayant un indice élevé.

Objectif général 4 : améliorer les systèmes d'information relatifs aux troubles sensoriels et d'apprentissage du langage.

OS 4-1 : améliorer la qualité et l'exploitation des données disponibles (certificats de santé et bilans de santé en maternelle et en primaire).

Chapitre 2 – Recommandations émanant des groupes de travail thématiques

Dans le cadre de ses missions et dans la perspective de l'élaboration de la prochaine loi de santé publique, le HCSP a identifié des thématiques méritant d'être approfondies. Pour ce faire, il a mandaté des groupes de travail spécifiques. Le HCSP remercie tous les experts qui y ont contribué.

Deux cadres pathologiques ont fait l'objet d'un travail particulier : les maladies chroniques et les maladies transmissibles émergentes.

Deux questions transversales, essentielles dans l'élaboration de la prochaine loi de santé publique, la régionalisation des politiques de santé et les inégalités sociales de santé amènent à des recommandations.

Répondant à des insuffisances identifiées lors de l'évaluation des objectifs et des plans de santé publique, les systèmes d'information en santé sont analysés.

Enfin, une méthode est proposée pour aider les décideurs dans la hiérarchisation des objectifs.

La synthèse des travaux et les recommandations sont présentées ci-dessous.

2.1 Les cadres pathologiques retenant l'intérêt

La thématique « maladies chroniques », du fait du nombre croissant de personnes concernées et en conséquence de son poids sanitaire, social et économique, a fait l'objet de deux groupes de travail : l'un sur la problématique de la prise en charge et de la protection sociale, le second sur l'éducation thérapeutique.

Par ailleurs, la thématique des maladies infectieuses émergentes a été approfondie et ce de manière plus prospective en prenant en compte la survenue au cours de ces dernières années, de nouvelles maladies telles que le SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère) ou la grippe A(H1N1)2009 et le développement rapide de maladies déjà identifiées (West-Nile, chikungunya).

2.1.1 Les maladies chroniques

« Prise en charge et protection sociale »

ETAT DES LIEUX

En France les maladies chroniques affectent plus de 15 millions de personnes. Par leur caractère durable et évolutif, elles engendrent des incapacités et des difficultés personnelles, familiales, professionnelles et sociales importantes et représentent un lourd fardeau économique.

Elles constituent un véritable défi d'adaptation pour les systèmes de santé car le dispositif médico-administratif dit des affections de longue durée (ALD) qui vise à gérer la prise en charge tant médicale que financière de ces maladies est progressivement devenu inadapté : aujourd'hui il ne permet pas de constituer une base d'amélioration des pratiques, ni de respecter la maîtrise des dépenses de santé, ni d'assurer une équité de répartition des restes à charge.

D'un point de vue économique, le système actuel est organisé avec les affections de longue durée (ALD) autour d'une limitation des restes à charge chez les personnes atteintes d'une maladie chronique identifiée selon une définition étiologique dans une liste de trente groupes d'affections, auxquels ont été ajoutées deux catégories définies de façon plus large, la première indépendante de l'étiologie (ALD 31), la seconde dédiée aux polyopathologies (ALD 32). Ces deux derniers codes sont peu utilisés.

Ce système n'est pas équitable, car il reconnaît certaines affections en fait peu coûteuses, tout en excluant d'autres qui le sont davantage, et il ne tient pas compte de la variabilité des gravités, des évolutions et des coûts.

Le système des ALD n'est, dans son état actuel, que très faiblement réformable : tout ajout d'une pathologie à la liste est périlleux vis-à-vis d'autres qui n'entreraient pas dans le système, et tout retrait serait socialement et politiquement mal vécu.

La principale difficulté à laquelle sont confrontés les professionnels de santé et les personnes atteintes de maladie chronique est le cloisonnement du système de santé, avec la segmentation des compétences et des responsabilités entre professionnels, entre soins ambulatoires et au cours des séjours hospitaliers, entre secteurs médical et médico-social.

Le décloisonnement du système de santé doit être poursuivi, notamment en encourageant les expérimentations relatives aux modes de coopération pluridisciplinaires, réseaux et maisons de santé, en particulier sur une base territoriale. La fonction de gestion de parcours de soins impliquant tous les aspects organisationnels de la prise en charge médicale, administrative et financière de la maladie doit être clairement identifiée.

Les activités favorisant l'implication et la maîtrise de la personne atteinte de maladie chronique dans la gestion de son parcours de soins doivent en outre être favorisées, notamment l'éducation thérapeutique, et l'utilisation des principes dits de gestion de la maladie (*disease management*) et leur mise en œuvre auprès de chaque personne atteinte de maladie chronique (*case management*).

Le développement d'une recherche multidisciplinaire en santé publique est essentiel et doit irriguer ce champ, interroger les concepts de maladie, de retentissement, de qualité de vie, d'organisation des soins et fournir des éléments factuels, base d'une véritable médecine de santé publique fondée sur les preuves. La formation initiale et continue des professionnels de santé doit diffuser une culture commune autour des enjeux soulevés par la maladie chronique comme fait médical, social, culturel, organisationnel à l'instar de celle construite autour de la prise en charge des maladies aiguës.

Au terme de cette analyse, le HCSP insiste sur l'intérêt d'une dissociation entre la prise en charge financière et médicale et formule des recommandations ayant deux objectifs :

- l'accès de toutes les personnes atteintes de maladie chronique à une prise en charge de qualité ;
- la réduction des inégalités de restes à charge supportés par les personnes atteintes de maladie chronique.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 - Définir la maladie chronique

Définir la maladie chronique selon les caractéristiques suivantes :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - o une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ;
 - o une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ;
 - o la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Cette définition s'appuie non seulement sur l'étiologie, qui implique des traitements spécifiques liés à la maladie, mais aussi sur les conséquences en termes de fonctionnement et de handicap, c'est-à-dire de répercussions sur la santé (par exemple les séquelles des accidents.).

Recommandations 2 à 6 - Faire évoluer la prise en charge des maladies chroniques

- Faire évoluer le système de santé vers une dissociation entre les critères financiers et médicaux de prise en charge des maladies chroniques afin d'éviter les confusions et les inéquités intra et inter-maladies actuellement observées dans le dispositif ALD.
- Prévoir et formaliser les évolutions nécessaires à l'organisation du système pour une prise en charge financière de la maladie chronique indépendamment de son étiologie, et organiser un débat démocratique sur les alternatives proposées au dispositif actuel des ALD, comme par exemple le bouclier sanitaire.
- Améliorer la prise en charge et rendre effectifs le parcours de soins et sa coordination pour l'ensemble des personnes atteintes d'une maladie chronique en :
 - adaptant les protocoles de soins à la sévérité, au stade et à la nature de la maladie, selon les recommandations en vigueur ;
 - développant largement l'éducation thérapeutique de la personne atteinte de maladie chronique ;
 - développant l'accompagnement dans les parcours de soins ; en particulier en promouvant une fonction de gestionnaire du parcours de soins, qui consiste à aider la personne atteinte de maladie chronique dans toutes ses démarches de prise en charge médicale, administrative et financière. Cette

fonction doit être définie, reconnue, et dévolue à des professionnels déjà existants ou développée comme un nouveau métier.

- Assurer le financement et les adaptations juridiques nécessaires au bon fonctionnement :
 - des réseaux de santé territorialisés ;
 - des maisons de santé et maisons médicales, selon des modalités adaptées à la prise en charge des personnes atteintes de maladie chronique : socle fixe selon le principe des missions d'intérêt général en vigueur dans les établissements de santé, et part variable *per capita* selon la gravité de la pathologie ;
 - de la gestion de parcours de soins, en proposant des systèmes de rémunération incitatifs aux bonnes pratiques de prise en charge.
- Renforcer la prévention auprès des personnes atteintes de maladie chronique pour améliorer leur qualité de vie, limiter l'aggravation de leur maladie, et retarder le déploiement d'une prise en charge lourde, longue et coûteuse.

Recommandations 7 à 10 - Mieux connaître et mieux faire connaître les maladies chroniques

- Renforcer le système d'information, en particulier avec la mise en œuvre du dossier médical personnel qui doit contenir les informations sur la nature de la maladie, les risques et la gravité de l'atteinte, le traitement suivi et les personnels assurant la prise en charge.
- Promouvoir la classification internationale du fonctionnement et de la santé de l'OMS (CIF) dans la formation initiale et continue des professionnels de santé, et faire de la prise en charge des personnes atteintes de maladie chronique, notamment de l'éducation thérapeutique, un thème prioritaire de la formation médicale et de l'évaluation des pratiques professionnelles.
- Améliorer la diffusion des connaissances et des informations à l'usage des professionnels et des personnes atteintes de maladie chronique :
 - élaborer et diffuser des guides pour les personnes atteintes de maladie chronique, les médecins et les soignants, pour toutes les affections chroniques ;
 - développer un portail de santé au sein de structures compétentes dans ce domaine, tel celui pour les maladies émergentes développé par l'Inist-CNRS.
- Développer la recherche relative au retentissement des pathologies sur la vie quotidienne de la personne atteinte de maladie chronique, du point de vue des professionnels de santé et de la personne elle-même.

« Education thérapeutique »

ETAT DES LIEUX

L'éducation thérapeutique aide les personnes atteintes de maladie chronique et leur entourage à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Pour bon nombre de pathologies, il est démontré que l'éducation thérapeutique des patients améliore l'efficacité des soins et permet de réduire la fréquence et la gravité des complications.

Compte tenu du nombre croissant de personnes atteintes de maladie chronique en France (environ 15 millions actuellement), les besoins en la matière sont très importants. L'éducation thérapeutique ne peut pas être assurée par les seuls établissements hospitaliers. Elle devrait s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients.

Pour favoriser le développement rapide et structuré d'une éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours, le HCSP propose quatre orientations stratégiques qui se déclinent en treize recommandations.

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Pour favoriser le développement rapide et structuré d'une éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours, le HCSP propose les orientations stratégiques suivantes.

➤ **Changer d'échelle**

Qu'elles aient été impulsées par des professionnels (regroupés ou non en réseau), par des associations, par des régimes d'assurance maladie ou par les services de l'Etat, qu'elles aient été financées par des fonds publics ou privés, les expériences visant à développer l'éducation thérapeutique de proximité ne manquent pas. Il s'agit maintenant d'en tirer enseignement pour installer un dispositif généralisé et pérenne.

➤ **Modifier la perspective**

De nombreux établissements et service hospitaliers ont mis en place des programmes structurés d'éducation thérapeutique et souhaitent que le relais soit pris par les professionnels de santé de proximité, quand le patient quitte l'établissement ou quand il habite trop loin. Il faut aussi s'intéresser à l'éducation thérapeutique de premier recours : reconnaître et valoriser le rôle des professionnels de santé de proximité en matière d'éducation thérapeutique, les médecins traitants en particulier.

➤ **Raisonnement par territoire**

Une personne peut souffrir de plusieurs maladies chroniques. Les médecins généralistes et les infirmiers libéraux sont potentiellement concernés par toutes les pathologies. Ces deux constats invitent à imaginer un cadre commun d'organisation de l'éducation thérapeutique sur un territoire plutôt qu'une juxtaposition de dispositifs différents conçus pathologie par pathologie.

➤ **Elargir la formation des professionnels de santé**

Il est indispensable d'adapter la formation initiale des professionnels de santé aux réalités de la maladie chronique. Ce sont les facultés de médecine qui sont le plus en retard dans ce domaine. Pour que les médecins soient mieux à même de soigner et

d'accompagner les patients au long cours, il faut donner une vraie place aux sciences humaines et sociales dans la formation, aborder systématiquement la prévention, l'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique dans les cours et dans les stages, former les étudiants à la relation avec les patients et à l'écoute et, enfin, recourir à des modalités d'évaluation qui permettent d'apprécier les compétences réellement acquises dans ces domaines.

RECOMMANDATIONS

Recommandations 1 à 3 - Etablir un dispositif de financement pour l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours et articulée avec celle pratiquée en milieu spécialisé

- Etablir, pour les personnes atteintes de maladie chronique, un forfait d'éducation thérapeutique leur permettant de bénéficier, une fois par an, d'une évaluation de leurs besoins dans ce domaine et d'un programme personnalisé d'activités (activités individuelles et/ou collectives pouvant être mises en place par un réseau, une maison pluridisciplinaire de santé, des professionnels libéraux qui travaillent ensemble, une association ou un établissement hospitalier, dans le cadre des programmes prévus par la loi HPST).
- Soutenir, *via* les Agences régionales de santé, la mise en place de nouvelles organisations professionnelles, permettant le développement de l'éducation thérapeutique au sein des territoires en lien avec les services spécialisés, en finançant notamment les temps de concertation, de coordination, de formation pluri professionnelle à l'éducation thérapeutique et les systèmes de partage d'informations.
- Valoriser le rôle du médecin traitant en tant que premier acteur de l'éducation thérapeutique du patient et principal coordonnateur :
 - il évalue, régulièrement, les besoins du patient en matière d'éducation thérapeutique. Il assure le lien avec les prestations éducatives disponibles sur son territoire et dans les services hospitaliers. Il tient à jour le dossier d'éducation du patient ;
 - pour exercer ces activités, il suit une formation initiale à l'éducation thérapeutique puis un séminaire de formation continue de deux jours tous les cinq ans ;
 - en contrepartie, il perçoit une part fixe du forfait d'éducation thérapeutique de chaque patient concerné.

Recommandations 4 à 7 - Intégrer à la formation initiale des professionnels de santé l'enseignement des compétences nécessaires à la pratique de l'éducation thérapeutique

Pour les médecins

- Intégrer au deuxième cycle des études médicales un enseignement obligatoire permettant de pratiquer l'éducation thérapeutique (formation à l'écoute, à la relation d'aide, à l'approche centrée sur le patient...) sur la base d'un cahier des charges national.

- Inclure de manière conséquente les contenus de ces enseignements aux questions de l'examen national classant en médecine.

Pour les autres professionnels de santé

- Rendre obligatoire, au cours des études de tous les professionnels de santé, la réalisation d'un stage dans un service, un réseau, une association ou auprès d'un professionnel qui pratique l'éducation thérapeutique du patient.
- Evaluer, notamment par des mises en situation, les compétences acquises par les étudiants, dans les domaines de l'écoute, de la relation avec le patient, de la prise en charge de la maladie chronique, de l'éducation thérapeutique.

Recommandations 8 et 9 - Soutenir la mise en place de formations continues

- Inscrire l'éducation thérapeutique dans les thèmes prioritaires de formation continue des différents professionnels de santé.
- Soutenir, dans le domaine de l'éducation thérapeutique, l'organisation de formations réunissant différents professionnels de santé exerçant sur un même territoire (favorisant ainsi la mise en place d'une éducation thérapeutique « multi professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle » comme préconisé par la Haute Autorité de santé).

Recommandations 10 à 12 - Définir, au niveau de chaque région, un schéma d'organisation et un plan de développement de l'éducation thérapeutique

- Intégrer l'éducation thérapeutique au Programme régional de santé.
- A partir d'une analyse de l'existant, définir des priorités et des objectifs de développement de l'éducation thérapeutique sur chaque territoire de santé, afin de couvrir progressivement tous les besoins et de permettre une offre de service cohérente.
- Etablir un annuaire des ressources en éducation thérapeutique (lieux, personnes, activités) intégrant ce qui existe en libéral, dans les réseaux, dans les associations de patients, dans les hôpitaux, etc. Ces ressources devront être au préalable évaluées et/ou accréditées (à condition que la notion d'accréditation en ce domaine soit mise en place).

Recommandation 13 - Intégrer ces recommandations à la prochaine loi de santé publique

- Traduire ces recommandations en objectifs opérationnels et les inclure dans la prochaine loi de santé publique.

2.1.2 Les maladies infectieuses émergentes

On appelle maladie infectieuse émergente un phénomène infectieux- ou présumé infectieux inattendu (en référence à ses propriétés intrinsèques ou aux connaissances de sa biologie), touchant l'homme, l'animal ou les deux.

Il peut s'agir :

- d'une entité clinique d'origine infectieuse nouvellement apparue ou identifiée ;
- d'une entité pathologique infectieuse connue dont l'incidence augmente dans un espace donné ou dans un groupe de population donné ;
- ou d'une modification qualitative et/ou quantitative des caractéristiques de l'agent, de la maladie ou de la population touchée et de son environnement.

Dans une optique d'anticipation, il peut s'agir d'une maladie identifiée dont les conditions d'expansion deviennent favorables. Habituellement, une incertitude réelle ou perçue quant au potentiel évolutif, la maîtrise du phénomène et l'impact en santé publique humaine et/ou animale est présente.

L'analyse de ces phénomènes s'est structurée selon trois axes :

- les aspects nationaux : il sera nécessaire de partir d'un état des lieux clair de l'organisation en place au niveau national, et d'inscrire la réflexion dans la continuité du rapport rédigé par J-F. Girard, en 2006 (Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France) ;
- l'approche internationale : l'analyse de la position de la France dans le contexte international, en particulier, les informations sur son positionnement par rapport au règlement sanitaire international récemment actualisé est à considérer ;
- les dimensions Sciences humaines et sociales, historiques, et anthropologiques mériteraient d'être plus développées.

Après avoir rappelé de manière synthétique, les facteurs favorisant l'émergence de nouvelles maladies et les scénarios possibles de ces émergences et en se fondant sur les expériences du SRAS, du Chikungunya, du West Nile ainsi que de l', des recommandations sont faites en matière de recherche, de surveillance et de préparation à l'action.

ETAT DES LIEUX

➤ Facteurs favorisant l'émergence

L'émergence ou la réémergence d'une infection découle d'une interaction complexe entre des facteurs liés à des agents infectieux, parfois à un ou à plusieurs vecteurs, à leur hôte (animal ou humain) et à l'environnement dans lequel ils évoluent.

Les agents et vecteurs

Les micro-organismes ont la capacité d'évoluer et de s'adapter à leur environnement. Ils peuvent par exemple devenir plus virulents, produire de nouvelles toxines, changer leur apparence pour tromper la mémoire immunitaire de leurs hôtes ou, plus rarement, persister sous des formes de résistance dans des environnements hostiles, devenir pathogènes alors qu'ils ne l'étaient pas auparavant (ex : résistances aux antimicrobiens).

Les vecteurs possèdent eux aussi la capacité de s'adapter. Ils peuvent par exemple augmenter leur résistance aux pesticides en réaction à l'utilisation abusive de ces produits ce qui leur permet de se multiplier de façon incontrôlée.

L'hôte

Les mécanismes incriminés dans l'augmentation de la susceptibilité de l'hôte sont l'immunodépression ainsi que l'altération des barrières naturelles de protection, ce qui diminue ou anéantit la capacité de l'hôte à se défendre contre les agressions microbiennes. L'immunodépression peut être innée ou acquise (sida, traitements médicaux).

Plusieurs comportements ou habitudes de vie favorisent l'émergence ou la réémergence des agents infectieux. En sont des exemples les habitudes sexuelles plus ouvertes, l'usage de drogues injectables et le partage d'aiguilles, l'augmentation des voyages particulièrement vers des destinations exotiques qui mettent l'hôte en contact avec des agents contre lesquels il n'est pas immunisé, et les phénomènes migratoires qui permettent l'introduction de populations non immunes dans de nouveaux environnements.

L'environnement

Les facteurs environnementaux qui favorisent l'émergence d'infections sont de trois types, physique, socio-économique et organisationnel :

- les changements de l'environnement physique qui amènent un déséquilibre dans les écosystèmes peuvent être d'origine naturelle (sécheresse ou inondation, par exemple) ou anthropique (déforestation/reforestation, changements climatiques, habitudes agricoles, pollution et effet de serre). Par divers mécanismes, les perturbations qui s'ensuivent créent des conditions propices à l'introduction et à la propagation d'agents infectieux ;
- les facteurs liés à l'environnement socio-économique, parmi lesquels on note l'urbanisation, son corollaire étant l'augmentation de la densité de la population et, parallèlement, l'accroissement de la pauvreté, les guerres et les conflits armés et les déplacements massifs de populations qu'ils entraînent, la globalisation des marchés ainsi que l'industrialisation (processus de production et d'emballage des aliments à large échelle). Ces facteurs favorisent l'émergence des infections en entraînant une insuffisance relative des mesures d'assainissement (accès à l'eau potable, réseau d'égout, collecte des déchets) et des structures sanitaires (services de santé), ou une détérioration de celles qui existent ;
- les facteurs liés à l'environnement organisationnel : l'émergence ou la réémergence d'agents infectieux peut être facilitée par un système de surveillance déficient dans sa structure même ou en raison de la baisse de vigilance de ses intervenants.

➤ Scénarios d'émergence

Sur la base des expériences récentes en France, plusieurs scénarios d'identification et de réponse aux phénomènes infectieux émergents peuvent être retenus :

- l'importation sur le territoire national d'un agent émergent signalé, voire identifié depuis un certain laps de temps à l'étranger ou dans des territoires éloignés. C'est le schéma le plus fréquent et le plus probable, à l'exemple du SRAS. La réponse à ce schéma est perfectible mais est relativement

confortable en termes de prise de décision, de délai d'action, de risque médiatique et politique ;

- l'émergence sur le territoire national. Ce scénario inclut deux possibilités : i) une émergence *de novo* d'un agent ou d'une souche et ii) une introduction d'un agent pathogène suivie de sa diffusion, passées inaperçues et détectées tardivement. Ce dernier scénario "d'émergence autochtone", statistiquement plus rare, représente toutefois celui sur lequel il est indispensable de se pencher pour améliorer nos capacités de détection, d'alerte et de réponse, à l'exemple du chikungunya à La Réunion en 2005-2006 ;
- il importe également de considérer une ré-émergence d'agents précédemment connus et jugés maîtrisés sur le territoire national comme la tuberculose ou certaines maladies sexuellement transmissibles.

➤ **Maladies infectieuses émergentes récentes**

Quatre maladies, correspondant à des situations d'émergence avec des réponses différentes, peuvent illustrer ces propos :

- le Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) : traduction de l'émergence d'un nouveau virus, justifiant une prise de précaution maximale, avec évolution de l'épidémie en une vague et disparition de ce virus sans explication épidémiologique ;
- l'infection à virus West Nile : importation, par des voyages intercontinentaux, d'un virus dans un lieu naïf de l'infection avec pérennisation et diffusion de l'infection sur tout le territoire ;
- l'infection à virus Chikungunya : importation d'un virus par des voyageurs ou des migrants dans un territoire où un vecteur compétent est présent et où la population est naïve ;
- les infections à entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) : acquisition d'une résistance après intervention de la médecine, avec possibilité de diffusion hospitalière importante et risque écologique majeur (transfert de résistance à *S. aureus*).

RECOMMANDATIONS

L'approche interdisciplinaire est impérative dans le domaine des maladies infectieuses émergentes et ceci à tous les niveaux de décision (du niveau politique jusqu'au terrain) ainsi qu'à tous les niveaux d'action : veille, alerte, et réponse. Il est notamment important de rapprocher les approches médicale, vétérinaire et entomologique dans ce domaine.

Un plan stratégique relatif aux maladies infectieuses émergentes devrait être élaboré comme c'est le cas dans plusieurs pays aujourd'hui. Il reprendrait l'ensemble des préconisations faites ci-après. Son positionnement interministériel serait indispensable.

Recommandations 1 à 7 – Améliorer la capacité de recherche française dans le domaine des maladies infectieuses émergentes

- Accroître le potentiel national sur la connaissance fondamentale des agents infectieux émergents en développant la recherche descriptive ; inclure ces descriptions dans une démarche systématique mettant en évidence les liens de

proximité phylogénétique entre virus, bactéries, ou protozoaires décrits (taxinomie et systématique).

- Accroître la connaissance fondamentale des maladies infectieuses émergentes en choisissant des modèles biologiques d'étude prenant en compte l'intégralité du système (compartiments environnemental, animal et humain), et en tenant compte de la géographie de leur distribution (phylogéographie).
- Développer la compréhension sur la transmissibilité à l'humain de certains agents émergents d'origine environnementale ou zoonotique.
- Favoriser la démarche mathématique et informatique pour comprendre la transmission (modélisation épidémiologique).
- Développer la compréhension sur le rôle des espèces hôtes, réservoirs et/ou vecteurs, dans le phénomène d'émergence.
- Améliorer la connaissance sur ces systèmes dans les pays tropicaux en adoptant une politique nationale de coopération avec certains Pays du Sud, en particulier dans les zones où existent des territoires Français d'Outre-mer et dans les zones fournissant un fort flux d'émigration dans notre pays.
- Renforcer l'entomologie médicale et vétérinaire.

Recommandations 8 à 11 - Renforcer la surveillance et assurer son évolution

- Favoriser, dans le domaine de la surveillance, une approche intersectorielle, transdisciplinaire. Les phénomènes émergents n'étant pas exclusivement circonscrits au domaine de l'infectiologie, il est important de comprendre ce qui se fait dans les domaines de la sécurité industrielle et militaire notamment, et de le transposer dans le domaine des maladies infectieuses émergentes ; développer en particulier les approches de modélisation d'événements rares.
- Combiner, en les coordonnant, les différents types de surveillance (spécifique/non spécifique, syndromique/étiologique, humaine/animale, phénomène survenant sur le territoire national/importé...).

 - en tenant compte de la démographie médicale (médecins généralistes) déclinante dans certaines régions ;
 - en assurant une valorisation, y compris financière, des acteurs de terrain qui s'impliquent dans la surveillance prospective.

- Soutenir la recherche dans le domaine de la surveillance, à même d'évaluer les indicateurs proposés en particulier la pertinence des indicateurs indirects ou non spécifiques et de développer des projets de recherche opérationnelle pour tester les nouveaux outils proposés, leur faisabilité et leur efficacité.
- Assurer l'indépendance des expertises à mettre en œuvre.

Recommandations 12 à 15 - Se préparer à l'action

- Disposer au niveau national d'un fonds permettant de mettre en place en urgence un programme d'identification, d'évaluation et de réponse vis-à-vis d'un agent infectieux mal caractérisé ou inconnu.
- Utiliser les méthodes de lutte telles que les antibiotiques et les insecticides, de manière plus parcimonieuse :
 - en considérant la dimension spatiale à laquelle la diffusion peut opérer ;
 - en développant de nouvelles approches tenant mieux compte de l'hétérogénéité des situations (personnes ciblées, urbain-rural, hôpital-domicile,...) ;
 - en développant les analyses mathématiques et les tests de scénarios qui permettront une aide à la décision sur les choix sanitaires ;
 - en développant des recherches sur de nouveaux principes et molécules actifs.
- Améliorer la capacité de la France (laboratoires de sécurité, programmes de recherche) dans la recherche biomédicale portant sur les agents infectieux émergents incluant les agents de classe 3 et 4.
- Initier une approche d'expertise collégiale apte à interpréter, analyser, réagir « en temps réel » par rapport à un événement infectieux émergent :
 - en mettant en place un groupe d'expertise multidisciplinaire pérenne qui aurait pour mission de produire un bilan annuel sur les maladies infectieuses émergentes en France.

2.2 Les questions transversales à prendre en compte

2.2.1 Inégalités sociales de santé

ETAT DES LIEUX

Des politiques de santé incomplètes

Dans les dernières décennies, la France s'est dotée d'un système de santé performant, auquel un système d'assurance maladie très complet permet l'accès universel.

L'objectif d'améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble et de chacun en particulier, quelle que soit son origine ou son appartenance sociale, est largement partagé et par ailleurs inscrit dans les textes fondateurs de notre république.

Le premier de ces objectifs a été atteint : l'espérance de vie s'est constamment améliorée.

L'autre ne l'a pas été, puisque les progrès n'ont pas profité de la même manière à tous et que les inégalités sociales de santé ont eu tendance à se creuser.

Il est essentiel de s'interroger sur cet échec partiel des politiques de santé et de proposer des pistes de travail visant à atteindre ce deuxième objectif.

Les inégalités sociales de santé ne sont pas spécifiques à la France, même si elles sont particulièrement marquées dans notre pays. De nombreux pays ont déjà pris la mesure de ce problème et montré que ces inégalités ne constituaient pas une fatalité et qu'il était possible de les réduire.

La démarche du HCSP reflète une double préoccupation :

- élargir la problématique des inégalités sociales de santé au gradient qui traverse la société dans son ensemble, sans pour autant occulter l'importance des efforts spécifiques en direction des populations en situation de précarité, exclues ou marginalisées ;
- souligner le rôle majeur des déterminants socio-économiques sur la santé, tout en rappelant les enjeux liés à l'impact des évolutions du système de soins sur les inégalités sociales de santé.

La crise économique que traverse la France actuellement renforce la nécessité de réfléchir à la persistance des inégalités sociales de santé et de mettre en place des politiques publiques de santé permettant de préserver l'état de santé de l'ensemble de la population.

Inégalités sociales de santé : un gradient dans l'ensemble de la société

Les inégalités sociales de santé se traduisent par une différence d'espérance de vie de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale. Elles sont observées selon divers indicateurs, individuels, tels que la catégorie sociale, le revenu, le niveau d'étude, ou collectifs tels que le niveau de pauvreté des quartiers de résidence. Les déterminants de ce gradient, relevés depuis les années 60, ne sont donc pas à chercher uniquement dans la pauvreté extrême. Une vision dynamique des liens entre populations « insérées », en précarisation, en précarité et en exclusion, est ainsi nécessaire ; le risque de précarité n'est pas le même dans toutes les catégories sociales. A l'inverse, l'exclusion est réversible. Les inégalités sociales de santé n'opposent donc pas des populations vulnérables, exclues ou précaires à une population dont l'état de santé s'améliorerait de façon homogène, mais traversent l'ensemble de la population. C'est dans cette approche générale des inégalités sociales de santé que se situe ce rapport.

Les inégalités sociales de santé sont systématiques (les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population), socialement construites et donc injustes et modifiables. On jugera injustes les inégalités qui résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes.

➤ **Inégalités sociales de santé : un niveau élevé qui s'accroît**

Les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes et elles ont eu tendance à s'accroître ces dernières années. Il s'y ajoute des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. Il existe donc une « double injustice », portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci. Les inégalités concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé. Au début des années 90, la part due au cancer dans les inégalités atteignait presque 40% chez les hommes âgés de 30 à 64 ans.

Les personnes en situation précaire cumulent les facteurs de risque et les maladies et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres.

Des déterminants multiples, qui s'accumulent et qui s'enchaînent

La question des déterminants de santé a été longtemps uniquement orientée en France sur les soins individuels, dans le cadre de la relation entre le malade et le médecin. Le débat français a donc essentiellement porté sur l'accès aux soins, garanti par les systèmes de protection sociale et d'assurance maladie.

De nombreuses études ont mis en évidence d'autres déterminants, extérieurs au système de soins et de santé, définissant une approche intersectorielle de la santé, au-delà des seules conséquences du système de soins. Une grande attention est accordée dans ce rapport aux déterminants socio-économiques, dans la mesure où ils ont été peu pris en compte dans nos politiques sanitaires et qu'il s'agit d'un enjeu essentiel pour réduire les inégalités sociales de santé.

Des déterminants socio-économiques nombreux : les causes impliquées dans la production des inégalités sociales de santé touchent de très nombreux domaines, dont certains paraissent a priori bien loin de celui de la santé comme l'éducation, mais aussi l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les relations sociales, les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes.

Des comportements pas seulement « individuels » : il est essentiel de distinguer les causes proximales—les comportements des individus—des causes fondamentales—le contexte favorisant ou non, dans lequel ces comportements s'insèrent. Le HCSP souligne le caractère social et pas seulement individuel des comportements de santé et du style de vie.

Le système de soins : l'absence de barrières à l'accès aux soins, comme c'est le cas dans des régimes assurantiels universels ne suffit pas à garantir l'égalité des soins. La couverture complémentaire est un élément déterminant de l'accès aux soins. Mais la part laissée à la charge du patient ou à sa complémentaire au cours des 20 dernières années a eu tendance à s'accroître et représente actuellement environ 25 % des dépenses de santé. En 2006, 14 % de la population adulte déclarait avoir renoncé, au moins une fois dans l'année précédant l'enquête, à des soins de santé pour des raisons financières. Il existe aussi des inégalités d'accès aux soins plus spécialisés. Les soins préventifs tendent aussi à être utilisés de façon inégalitaire, même en l'absence de barrière de coût. Outre les obstacles financiers, deux éléments influent également sur l'accès aux soins : l'organisation des systèmes de santé et, au niveau individuel, un ensemble de normes, de représentations et de processus relationnels.

Des inégalités contextuelles et territoriales

Les relations entre inégalités sociales et territoires sont multiples. Une variabilité importante de la répartition des catégories sociales au sein d'un territoire est constatée quelle que soit l'échelle considérée, régionale, départementale et dans une certaine mesure communale. L'implantation différentielle des populations selon leur catégorie sociale résulte de processus complexes qui ont contribué à la partition des territoires. La caractérisation et la typologie des quartiers en fonction de leur organisation et de leur aménagement deviennent ainsi un enjeu primordial pour identifier (surveillance) et comprendre (recherche) les inégalités sociales de santé au niveau des territoires et leurs déterminants. La recherche d'indicateurs pertinents pour permettre cette caractérisation est nécessaire.

➤ **Les limites du système d'information statistique français**

Les inégalités sociales ne sont pas une priorité dans le domaine de la santé, mais la santé n'apparaît pas non plus prioritaire lorsqu'on aborde les inégalités sociales. Les indicateurs sur les inégalités sociales recommandés par le groupe de travail du Conseil National de l'Information Statistique ne figurent pas sur le site de l'Insee. Les données sur la mortalité prématurée et l'espérance de vie sont disponibles, mais pas par Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) (à l'exception de l'indicateur de « déficiences »). Le codage de la PCS sur les certificats de décès n'est utilisable que pour les sujets entre 25 et 60 ans. L'accès aux données de l'Echantillon permanent de l'Insee est bloqué depuis 2006 pour des raisons juridiques internes à l'Insee relatives à l'accès à des données individuelles. Les informations sur les inégalités sociales de santé en matière de morbidité sont assez limitées. Peu de données sur les inégalités sociales de santé sont issues du champ santé-travail. Enfin, dans les statistiques de routine (assurance-maladie, PMSI, Sniram), les données sociales ne figurent pas.

Les discriminations dans le domaine de la santé, qu'il s'agisse de patronyme, de quartier de résidence, de religion, de couverture sociale ont été peu explorées, indépendamment du niveau social.

➤ **Des interventions pour réduire les inégalités sociales de santé**

Réduire les inégalités sociales de santé, comme l'ont décidé certains pays, est un choix politique impliquant une action durable et constante dont l'ensemble des rapports des expériences étrangères souligne l'ampleur.

Les interventions politiques à articuler font coexister mesures de court terme, à effet rapide, évaluables sur quelques années et mesures de long terme, de l'ordre d'une ou plusieurs décennies.

Le retard français en matière de réduction des inégalités sociales de santé

L'expérience française est marquée par l'absence de politique explicite dans ce domaine, bien que plusieurs dispositifs de nos institutions sociales (assurance maladie, médecine du travail, politiques de l'enfance...) parfois exemplaires, aient probablement eu pour conséquence de limiter certaines inégalités. Les initiatives qui se sont donné cet objectif, se sont focalisées sur les populations exclues et vulnérables, le plus souvent sur l'accès aux soins et souffrent d'un manque d'évaluation de leur efficacité.

Un bilan des initiatives et des expériences étrangères particulièrement intéressant.

Le **rapport de la Commission** sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, Genève, 2008), à laquelle aucun expert français ne participait, suggère que les actions à prendre pour réduire les inégalités sociales de santé sont d'améliorer les conditions de la vie quotidienne, redistribuer le pouvoir et les revenus, mesurer, évaluer les inégalités, développer la recherche, former les professionnels et informer l'opinion publique.

Le **programme de santé publique de l'Union Européenne** (2008-2013) met l'accent sur les inégalités de santé et les déterminants sociaux de la santé. Il souligne l'importance des déterminants liés au mode de vie ainsi que des déterminants sociaux et environnementaux.

Dans plusieurs **pays européens**, des politiques ont été initiées, au niveau régional et local (Royaume-Uni, Danemark, Suède, Pays-Bas, Italie, Espagne).

La Norvège s'est clairement fixé l'objectif de réduire le gradient social des inégalités sociales de santé. Son plan est articulé autour de quatre priorités : 1) réduire les impacts négatifs de mauvaises conditions de vie durant l'enfance par de bonnes opportunités dans l'éducation et le travail. Les investissements continus dans les maternelles forment une pierre angulaire de ce travail, 2) réduire les inégalités sociales dans le domaine des comportements en encourageant les modes de vie plus sains grâce à des politiques publiques influençant les coûts et la disponibilité des produits, 3) actions ciblées pour promouvoir l'inclusion sociale, impliquant le travail, les écoles, les services sociaux et sanitaires, 4) développer les dispositifs intersectoriels, avec l'évaluation de l'impact des politiques sur la santé comme outil important.

Les Pays-Bas ont une stratégie nationale pour aborder les inégalités de santé, avec l'objectif de les réduire de 25 % d'ici 2020.

La Finlande a réussi à maintenir et à contenir les inégalités de santé malgré une récession économique extrêmement brutale en 1994, contrastant avec un développement économique de haut niveau à la fin des années 80.

RECOMMANDATIONS

Recommandations 1 à 3 - Afficher clairement l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé

- Insérer dans la loi de santé publique un objectif de réduction des inégalités sociales de santé visant explicitement le gradient social des états de santé.
Objectif général : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
Objectifs spécifiques :
 - réduire le gradient social et territorial des états de santé en agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé ;
 - réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins.

- Suivre des indicateurs synthétiques appendus à cet objectif :
 - espérance de vie par catégorie socio-économique ;
 - mortalité prématurée (avant 65 ans), par catégorie socio-économique ;
 - espérance de vie avec et sans incapacité, par catégorie socio-économique ;
 - renoncements aux soins pour raison financière, par catégorie socio-économique ;Ces indicateurs seront déclinés par zones géographiques, avec une vigilance particulière pour les Départements et Collectivités d'Outre-mer.

- Intégrer les inégalités sociales de santé dans le suivi des objectifs et indicateurs inscrits dans la loi de santé publique

Recommandations 4 à 6 - Se donner les moyens de mesurer les évolutions

- Produire de façon régulière un bilan des données sur les inégalités sociales de santé en France :
 - en suivant les évolutions non seulement en moyenne mais également en dispersion ;
 - en passant de la recherche à la production régulière de données statistiques : production annuelle des indicateurs appendus à l'objectif de la loi de santé publique, publication, de façon régulière, au minimum tous les cinq ans, d'un rapport de synthèse, des données disponibles sur les inégalités sociales de santé ;
 - en enrichissant le contenu des sources de données sur les inégalités sociales de santé.
- Développer la production de données à des échelles géographiques fines tout en veillant à la comparabilité nationale et internationale des mesures et indicateurs :
 - en favorisant la production de données à un niveau géographique fin ;
 - en développant un indicateur de déprivation pour suivre le lien entre développement territorial et santé ;
 - en assurant une coordination des mesures régionales pour assurer la cohérence nationale et les comparaisons dans le temps et dans l'espace.
- Développer des indicateurs de mesure de l'accès primaire et secondaire aux soins en utilisant les indicateurs d'accès primaire et secondaire aux soins pour les certifications et accréditations d'établissements.

Recommandations 7 à 10 - Mettre en place des interventions et des politiques publiques

- Développer et évaluer l'impact *a priori* des politiques intersectorielles sur la santé et les inégalités sociales de santé au niveau national et au niveau territorial.
- Articuler politiques de long, moyen terme et de « rattrapage » ; articuler et coordonner politiques nationales et locales en mettant en place, comme cela a été fait dans certains pays étrangers, notamment en Grande-Bretagne, de véritables plans stratégiques pour atteindre les objectifs.
- Former les professionnels de santé et les usagers aux déterminants sociaux de la santé.
- Développer la responsabilité des institutions du système de soins et des soignants vis-à-vis de la population en incitant le système de santé à être proactif et à sortir d'une logique d'offre et en suivant les évolutions du financement de l'accès aux soins et ses conséquences.

Recommandations 11 à 13 - Accroître certains efforts en recherche

- Favoriser une recherche interdisciplinaire sur les causes et les mécanismes des inégalités sociales de santé et une approche par les déterminants sociaux de la santé plus que par maladies.
- Etudier le rôle des différentes discriminations sur la santé.

- Développer les méthodes d'évaluation des interventions dans le domaine des inégalités sociales de santé qu'il s'agisse des évaluations *a priori* ou *a posteriori*.

Recommandations 14 à 16 - Concrétiser la volonté de réduire les inégalités sociales de santé

- Insérer la France dans les travaux internationaux sur les inégalités sociales de santé.
- Mettre en place un lieu d'expertise et de coordination de cet objectif de la loi.
- Introduire la réduction des inégalités sociales de santé au cœur du développement durable des territoires en incluant la santé dans le diagnostic territorial partagé réalisé pour le programme Agenda 21, les Ateliers Santé Ville, les villes santé OMS.ainsi que dans les projets territoriaux de développement durable.

2.2.2 Régionalisation des politiques de santé

En créant les agences régionales de santé (ARS), la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) va profondément modifier la conduite des politiques sanitaires en régions. Elle donne un pilotage unifié à l'ensemble du système de santé, intègre les approches curative et préventive, ceci permettant d'espérer à terme une meilleure efficience globale au profit de la santé de la population. Cette dimension sera centrale dans la prochaine loi de santé publique.

ETAT DES LIEUX

➤ L'observation de la santé

Au niveau national, des progrès importants ont été enregistrés en matière de recueil, d'analyse et de diffusion des données, mais les opérateurs sont nombreux, le dispositif est fragmenté et les données collectées sont sous-exploitées et peu diffusées.

En région les besoins d'information se sont multipliés avec la territorialisation des politiques de santé publique. Mais l'intérêt d'une observation régionale de la santé est peu reconnu au niveau national, d'où, dans ce domaine, une grande hétérogénéité des situations en région, et une faible articulation des dynamiques nationales et régionales. La difficulté pour le HCSP à évaluer l'atteinte au niveau régional de nombreux objectifs de santé publique de la loi de 2004 en est la meilleure illustration.

➤ L'élaboration et la mise en œuvre des politiques régionales de santé

Depuis la loi de santé publique de 2004, des progrès importants ont été faits en matière de conduite des politiques de santé avec l'affichage d'objectifs à atteindre et avec la mise à disposition de lieux (GRSP) et de méthodes (PRSP) de programmation. Mais globalement les régions se sont peu approprié les 100 objectifs de la loi et ont tenté de décliner l'ensemble des priorités nationales aboutissant à des PRSP peu stratégiques et peu lisibles. De plus le dispositif d'appel à projets, devenu

le mode quasi-exclusif de financement des actions de santé publique en région, est apparu relativement inadapté aux contraintes des opérateurs locaux, notamment en raison de son caractère le plus souvent annuel et thématique. De très nombreuses actions, à l'efficacité pas toujours établie, ont été financées, et la capitalisation de ces expériences reste très faible. Enfin, les collectivités territoriales sont restées à distance de ce processus.

➤ **L'évaluation**

La mise en œuvre de l'évaluation au niveau régional, a été difficile faute de méthodologie bien définie et bien adaptée, difficulté renforcée par le fait que les textes donnaient cette compétence à plusieurs instances, Conférence régionale de santé et Groupement régional de santé.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations qui suivent sont sous-tendues par trois principes généraux :

- **distinguer** d'une part le dispositif général et permanent, qui comprend l'ensemble des réponses curatives et préventives mises en œuvre pour répondre en routine aux besoins de santé de la population, et d'autre part les plans ou programmes de santé publique, consacrés à des objectifs prioritaires, limités en nombre et dans le temps ;
- **harmoniser** le cadre d'action des différents domaines de la politique de santé. Le champ préventif doit, comme le champ curatif, faire l'objet d'une planification de ses politiques, de contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens, d'une certification des professionnels et des structures, d'une évaluation des processus et des résultats,... ;
- **favoriser** l'implication des acteurs régionaux, et notamment des collectivités territoriales. Ces dernières ont (en effet) un rôle majeur à jouer, en raison notamment de leur proximité avec les populations les plus concernées par les plans de santé publique (enfants, jeunes, publics précarisés, personnes dépendantes..) et de leur possibilité d'intervention intersectorielle sur de nombreux déterminants de santé.

Recommandations 1 à 3 - Structurer l'observation de la santé en région

- Définir au niveau national mais de façon concertée entre les acteurs nationaux et régionaux, un cahier des charges de l'observation régionale de la santé permettant le choix des programmes et des actions ainsi que leur suivi.
- Prendre en compte les propositions du HCSP en matière de déclinaison régionale des objectifs et des indicateurs de la future loi de santé publique.
- Confier aux ARS la responsabilité d'organiser la mise en œuvre de ce cahier des charges de l'observation régionale de la santé

Recommandations 4 et 5 - Rendre plus performante l'élaboration et la mise en œuvre des programmes

- Articuler dès la conception les plans nationaux et leur déclinaison régionale.

- Soutenir durablement les opérateurs de la politique régionale de santé par une politique de contractualisation.

Recommandation 6 - Définir un mode de coopération entre les ARS et les collectivités territoriales pour conduire une politique de santé territorialisée

Recommandations 7 à 8 - Promouvoir l'évaluation des structures et des programmes

- Développer une évaluation des structures associées à la mise en œuvre des politiques de santé publique (opérateurs de prévention et d'éducation pour la santé, d'observation de la santé), selon une logique moyens-activité-résultats, en vue d'une procédure de certification.
- Evaluer les programmes et actions de santé publique régionales selon une méthodologie et un calendrier adaptés qui pourront être discutés avec le HCSP (voir propositions au chapitre 3)

2.3 Les outils et méthodes nécessaires

2.3.1 Systèmes d'information

Considérant les sources de données permettant d'établir des indicateurs nationaux dans les domaines couverts par la loi et les plans de santé publique, les principaux problèmes identifiés étaient : l'absence ou l'insuffisance de recueil de données dans certains domaines, l'accessibilité des bases de données existantes et l'appariement entre bases, les données localisées et l'articulation avec les systèmes internationaux. Une série d'auditions de responsables techniques d'institutions productrices et/ou utilisatrices de données administratives ou d'enquêtes, Ined, CépiDc, Irdes, Insee, CnamTS, Cnav, Inpes, MISS, Asip Santé ainsi que de la Cnil, a été menée. Une grille d'entretien abordait l'ensemble de ces problématiques et les questions de politique de diffusion, notamment les difficultés pratiques dans sa mise en œuvre, le dispositif concret et les moyens qui y sont affectés. Un répertoire des sources utiles pour renseigner les indicateurs de suivi, à partir d'une grille de description standard a été réalisé.

ETAT DES LIEUX

➤ Des sources nombreuses, mais difficilement accessibles et insuffisamment coordonnées

Les grandes sources de données utilisées pour établir les objectifs de la loi relative à la santé publique et les plans de santé publique peuvent être classées en grands groupes :

- les sources à vocation exhaustive, le plus souvent issues de fichiers administratifs ou de gestion, notamment ceux de l'Assurance maladie, du PMSI, ou les données de mortalité produites par l'Inserm à partir des certificats de décès, les registres de morbidité et les données issues des systèmes de déclaration obligatoire ;

- les grandes enquêtes nationales en population générale (déclaratives ou avec examen et/ou prélèvement) ;
- les réseaux de surveillance à partir d'échantillons de professionnels de santé ;
- les grandes enquêtes nationales auprès des professionnels et structures de soins ;
- les grandes enquêtes européennes et internationales en population générale.

Au total, des sources d'information sur la santé et ses déterminants nombreuses, mais qui ne suffisent pas à suivre et à évaluer l'ensemble des objectifs de la loi, pour des raisons diverses, liées notamment à certaines de leurs limites.

Les données de mortalité sont une source d'information essentielle en matière de santé publique et sont très largement utilisées. Elles souffrent cependant encore de certaines limites : elles sont incomplètes notamment en raison de l'absence de transmission des certificats de décès par certains Instituts médico-légaux, de l'absence d'information sur les décès à l'étranger et sur les causes médicales des morts nés ; les délais de production sont encore trop importants pour certaines utilisations, notamment pour l'alerte, mais aussi pour l'évaluation des politiques ; la PCS (Profession et catégorie sociale) n'est plus disponible pour l'ensemble des décès.

Les données de morbidité sont nombreuses et variées, issues de différents types de sources et la diversité de ces sources est également une limite à la production de données systématiques et cohérentes ; il existe notamment trop peu de données issues d'exams de santé. L'analyse des inégalités sociales n'est possible que dans les enquêtes déclaratives, où la morbidité déclarée est soumise à divers biais. Les données issues des systèmes de l'Assurance maladie et du PMSI ne permettent de repérer que la morbidité traitée par le système de soins. Ces deux bases de données n'ont pas été constituées initialement dans une perspective épidémiologique et posent des problèmes, des questions d'interprétation souvent complexes. Enfin, certains territoires ne sont pas couverts par l'ensemble des sources : c'est notamment le cas des Départements d'Outre-mer.

Dans les domaines du handicap, de la santé fonctionnelle, de la qualité de vie, les sources d'information sont rares et peu fréquentes. La dernière enquête Handicap, Invalidité, Dépendance date de plus de 10 ans et la nouvelle enquête sera décennale. Ce rythme ne permet pas d'évaluer les politiques de santé publique à l'échelle quinquennale, comme le prévoit la loi de 2004. Par ailleurs, les enquêtes nationales menées sur la qualité de vie des patients ne couvrent pas l'ensemble des pathologies chroniques.

Concernant le recours aux soins, les données sont issues de l'Assurance maladie, ainsi que d'enquêtes en population générale, parfois appariées avec les données de remboursement de l'Assurance maladie. Les premières, comme l'enquête ESPS, permettent une analyse assez détaillée des déterminants individuels de la santé et des recours aux soins, mais la taille de leurs échantillons limite l'analyse des pathologies peu fréquentes et ne permet pas d'analyse à une échelle infranationale. Les données de l'Assurance maladie permettent une analyse sur données exhaustives, mais ne comportent pratiquement aucun élément sur les déterminants de la santé et du recours aux soins. Par ailleurs, leur utilisation est encore trop peu répandue et doit être développée.

Concernant les déterminants de la santé, les enquêtes en population sont assez riches en la matière, mais elles laissent de côté certains déterminants. C'est de moins en moins le cas pour la santé au travail, avec l'existence de grandes enquêtes sur l'exposition aux risques et sur l'état de santé (santé physique et mentale) en lien avec l'itinéraire professionnel, ou avec la production d'indicateurs d'exposition par le département Santé Travail de l'InVS. C'est pour l'exposition des populations aux nuisances environnementales que le manque de données est le plus criant. Une partie de ces manques peut être comblée par le repérage de la zone géographique des sujets inclus dans des enquêtes et l'utilisation de données physiques externes sur ces zones. Cependant, les caractéristiques physiques et sociales de l'habitat ne font pas l'objet de dispositifs d'observation suffisants. Les déterminants professionnels et sociaux de la santé sont également documentés de façon insuffisante : les données de source médicale (Assurance maladie notamment) ne recueillent pas d'informations sur les déterminants de la santé. Par contre, la Cnav et la Cnaf disposent de données de situation socioprofessionnelle exhaustives particulièrement riches, et l'appariement de données de soins et de situation socioprofessionnelle avec des données d'enquêtes permettrait de largement documenter les déterminants professionnels et sociaux de la santé. On ne dispose pas en France d'indicateurs collectifs de l'environnement social, du type indicateurs de « défavorisation », qui devraient pouvoir être établis à des échelles territoriales suffisamment fines.

Sur le thème des inégalités sociales et territoriales, on ne dispose pas d'indicateurs d'inégalités sociales et territoriales suffisamment fins, en termes à la fois de problèmes de santé spécifiques et de territoires couverts, et il manque en France un véritable « système de surveillance » pérenne des inégalités de santé.

L'audition des principaux grands producteurs de données utilisées pour l'établissement d'indicateurs de santé a permis de constater une réelle volonté de mettre à disposition de la recherche publique et de la surveillance épidémiologique les données qu'ils produisent. Le cadre juridique permettant d'accéder à ces données est généralement clair, malgré quelques difficultés ponctuelles, et les organismes chargés de les appliquer et de contrôler leur mise en œuvre ne s'opposent pas à l'accès aux données des bases médico-administratives pour la surveillance, la recherche et la santé publique. Il est néanmoins apparu qu'en pratique, l'accessibilité effective à ce type de données reste un problème majeur. La diffusion de ces données pour la santé publique, la surveillance et la recherche ne fait en général pas explicitement partie des missions de l'institution qui les produit, et les moyens nécessaires font souvent défaut pour mettre à disposition les données. Les efforts récents de certains organismes se heurtent à des problèmes de moyens au sein des organismes producteurs et utilisateurs des données. Une autre difficulté récurrente est la surcharge de la Cnil : malgré la qualité du travail d'instruction des dossiers, son manque de moyens face à l'augmentation des demandes est très préjudiciable.

En dehors des aspects sectoriels, certains problèmes transversaux ont été identifiés. Ils concernent la plupart des sources citées. On a souligné le manque de dispositif de collecte de données dans certains domaines correspondant à des objectifs de la loi (voir le rapport du Groupe de travail du HCSP sur les indicateurs manquants pour une analyse détaillée de ces manques). Un autre problème concerne la coordination

des recueils de données avec les évaluations à relativement court terme de la loi et des plans de santé publique. Par ailleurs, les délais de mise à disposition de données provenant de certaines sources permanentes sont trop longs. Il convient de souligner également deux évolutions récentes qui vont avoir un impact important dans les années à venir : 1) les dispositions réglementaires en cours de mise en place au niveau de l'Europe vont amener à réviser les modalités de réalisation de plusieurs enquêtes et systèmes de recueil nationaux, 2) le renforcement du niveau régional dans la mise en œuvre des politiques de santé de la loi HPST, avec la création des Agences régionales de santé. Enfin, exception faite des enquêtes Santé et Itinéraire Professionnel 2006 et 2010, les dispositifs de recueil de données longitudinales sont quasiment absents. Ils sont pourtant indispensables pour l'étude des trajectoires de santé, de soins, de situation socioprofessionnelle, etc.

RECOMMANDATIONS

Le HCSP propose un certain nombre de recommandations pour remédier aux manques et aux limites identifiées. Certaines sont spécifiques de certaines sources, d'autres sont plus générales et concernent la gouvernance des systèmes d'information pour la santé publique.

Recommandations 1 à 5 - Recommandations spécifiques et à court terme

- Régler de façon urgente certains problèmes juridiques : transmission des données des Instituts médicolégaux au CépiDc, accès à l'EDP, causes médicales des morts nés.
- Entreprendre une réflexion sur les textes qui encadrent l'utilisation du NIR, afin de faciliter l'appariement de données provenant de diverses sources médico-administratives, ainsi que de données d'enquête avec ces sources ; veiller à ce que la mise en place de l'Identifiant national de santé ne rende pas impossible les appariements de données avec des sources utilisant le NIR comme identifiant.
- Initier ou développer certains systèmes d'information relevant d'organismes publics dans des domaines cruciaux et actuellement non couverts, notamment en médecine ambulatoire (projet PROSPERE, par exemple).
- Soutenir la mise en place d'une structure technique d'interface entre producteurs et utilisateurs de données médico-administratives, incluant un « guichet conseil » pour les utilisateurs.
- Renforcer les moyens de la CNIL dans le secteur santé.

Recommandations 6 à 12 - Recommandations générales

- Mieux coordonner les différentes actions de pilotage et de suivi des systèmes d'information pour la santé publique. Les principales missions des structures concernées seraient de :

- poursuivre l'identification des données manquantes pour les indicateurs de la loi et des Plans de santé publique, et des sources potentiellement mobilisables ;
 - tenir à jour un annuaire opérationnel des sources utilisables pour documenter les indicateurs ;
 - animer une réflexion avec les producteurs de données en vue de faire évoluer conjointement leur système d'information ;
 - proposer des évolutions des recueils de données existants pour les adapter aux besoins et mettre en place des recueils nouveaux ;
 - veiller à la pérennité des systèmes d'information et à la répétition des enquêtes à visée nationale pertinentes ;
 - recommander aux pouvoirs publics une politique de développement et de maintenance des systèmes d'information pour la santé publique en coordination avec les agences sectorielles concernées (ATIH, ASIP) ;
 - élaborer une politique pour les données à vocation régionale, en liaison avec les ARS et les ORS ;
 - élaborer une méthodologie et une réflexion juridique pour la production d'indicateurs à l'échelle de zones géographiques de petite taille à partir des sources exhaustives, tout en respectant la confidentialité des données à caractère personnel ;
 - adapter les dispositifs de recueil de données pour faciliter les comparaisons à l'échelle européenne et internationale.
- Inciter, de façon concertée avec les professionnels de santé, les organismes producteurs et utilisateurs de données à dégager les ressources nécessaires à une meilleure utilisation des données pour la recherche, la surveillance et la santé publique :
- inscrire dans la loi de santé publique et dans les contrats entre l'État et les organismes de protection médicosociale producteurs de données une mission explicite de mise à disposition de données, accompagnée d'une obligation de moyens ;
 - inscrire dans la loi de santé publique et dans les contrats entre l'État et les organismes utilisateurs de données de santé publique (agences, organismes de recherche, ARS, ORS, registres, etc.) une obligation de moyens concernant l'accès aux données à visée de santé publique ;
 - inscrire dans les conventions entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé une obligation de fourniture de données aux organismes de santé publique concernés (agences, organismes de recherche, ARS, ORS, registres, etc.).
- Faciliter les travaux techniques et méthodologiques nécessaires pour l'accès aux données des organismes producteurs :
- en développant la recherche sur les systèmes d'information pour la santé publique (méthodes de validation de données médicales, méthodes d'appariement probabiliste, cryptage, géolocalisation) ;
 - en développant une (ou plusieurs) structure(s) spécialisée(s) réalisant l'interface entre les producteurs et les utilisateurs fournissant des prestations complètes et dotée(s) de moyens suffisants.

- Faciliter l'appariement à l'échelle individuelle de sources différentes, médicales et non médicales en créant un (des) centre(s) d'appariement sécurisés autorisé(s) sous conditions à avoir accès aux identifiants nationaux (NIR, INS).
- Développer des dispositifs d'observation longitudinale en s'appuyant sur des cohortes existantes ou à initier, et en veillant à ce que les plans d'échantillonnage et les données collectées permettent de renseigner les indicateurs de la loi de santé publique.
- Mettre en place un dispositif de surveillance systématique et permanente des inégalités sociales et territoriales de santé, incluant des indicateurs de défavorisation appropriés à une échelle fine.
- Entreprendre une réflexion sur l'acceptabilité des recueils de données, leur gestion et leur utilisation à des fins de santé publique et de recherche, associant les producteurs de données, les utilisateurs et les représentants de la société civile.

2.3.2 Aide à la définition de priorités de santé publique

Pour aider à l'élaboration des objectifs de la future loi pour une politique de santé publique, et pour permettre aux décideurs de définir des priorités, le HCSP propose un cadre méthodologique.

La méthode repose sur plusieurs principes :

- un objectif de santé publique s'inscrit dans un environnement complexe, qui doit être analysé pour identifier les facteurs clés de succès ou les obstacles à son atteinte ;
- la priorisation d'objectifs doit reposer sur des critères communs à l'ensemble des objectifs pour éviter les biais de perspective.

Le document comprend trois parties :

- le cadre d'analyse des problèmes de santé publique ;
- les éléments de caractérisation des interventions envisagées ;
- les critères qui pourraient être utilisés dans un processus de hiérarchisation des objectifs.

PROPOSITION D'UN CADRE D'ANALYSE DES PROBLEMES DE SANTE PUBLIQUE

Un modèle opérationnel a été proposé par L. Green et M. Kreuter. Elaboré en deux temps, « Precede » pour le diagnostic et « Proceed » pour l'évaluation, ce modèle très général est largement employé pour conduire de nombreuses actions de santé publique. Une version française a été proposée par les canadiens. Nous avons retenu ce modèle opérationnel qui comprend neuf phases.

Le modèle Precede-Proceed

Phase 1 – Diagnostic social

L'objectif de cette phase est d'identifier en quoi le problème repéré affecte la qualité de vie de la population cible (patients, entourage etc.).

Phase 2 – Diagnostic épidémiologique

L'objectif est de caractériser problème de santé d'indicateurs quantifiables (et non pas en ayant recours aux déterminants du problème).

Ce diagnostic épidémiologique est une phase essentielle car il permet de décrire le poids à travers des indicateurs : incidence, prévalence, morbidité, mortalité, années potentielles de vie perdues, mais aussi inégalités de distribution. Ces indicateurs doivent permettre de dégager des priorités.

Phase 3 –Diagnostic environnemental et comportemental

Cette phase consiste à identifier les différents facteurs environnementaux et comportementaux (pratiques individuelles et/ou collectives) liés au problème de santé. Une fois identifiés, ces facteurs doivent être caractérisés par leur capacité à être modifiés par une action (notamment les facteurs comportementaux). Le diagnostic des facteurs comportementaux peut être fait à l'aide d'une matrice permettant d'identifier les plus importants (liaison la plus importante au problème de santé) et ceux pouvant être le plus facilement modifiés.

	Très Importants	Peu Importants
Facilement modifiables	Haute priorité	Faible Priorité (sauf pour des raisons politiques)
Peu modifiables	Recherche - Action	Pas d'intervention

Phase 4 – Diagnostic éducationnel et organisationnel

Cette phase a pour objet d'identifier les causes des facteurs comportementaux identifiés dans la phase précédente.

On distingue trois catégories de facteurs :

- les facteurs prédisposants : caractéristiques d'un individu ou d'un groupe d'individus responsables de son (leur) comportement de l'individu face à un problème : connaissance, croyances, attitudes ;
- les facteurs favorisants : caractéristiques de l'environnement qui facilitent certains comportements : accessibilité, disponibilité, compétences, lois ;
- les facteurs renforçants : récompenses ou sanctions liées à un comportement : facteurs familiaux, entourage etc.

Ces facteurs doivent également être priorisés selon leur importance relative et leur capacité à être modifiés. Cette phase permet de sélectionner les actions qui doivent être *a priori* les plus efficaces et les plus réalisables.

Phase 5 – Diagnostic administratif et politique

Cette phase est celle de l'identification des conditions organisationnelles et politiques permettant de mettre en place l'action envisagée. Elles concernent différents points comme les ressources, le budget, les moyens de mise en œuvre, les responsabilités etc. ...

L'ensemble de l'étape PRECEDE (Phases 1, 2, 3, 4 et 5) permet de mettre en évidence les différentes composantes d'un problème de santé et de définir les temps essentiels de la planification de l'action et de son évaluation.

Les étapes suivantes 6, 7, 8 et 9, concernent l'implémentation et le suivi. Elles ont été définies dans un modèle, PROCEED en lien direct avec le modèle PRECEDE.

Phase 6 – Implémentation du programme

Cette phase décrit le déroulement des actions et interventions aux niveaux exposés précédemment.

Phase 7 – Evaluation des processus

Cette phase est liée directement aux phases 3, 4 et 5 du modèle PRECEDE. Elle consiste à la mise en place d'indicateurs de processus permettant de suivre la mise en œuvre du plan en termes de calendrier, de moyens et de déroulement des actions.

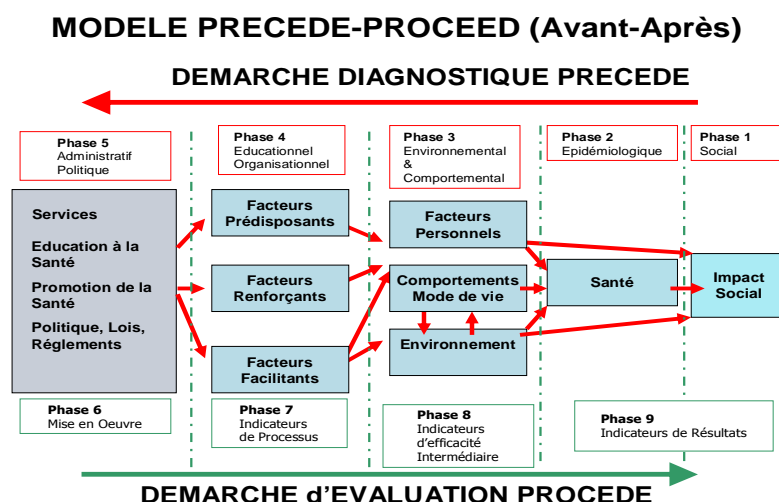
Phase 8 – Evaluation de l'efficacité

Cette phase consiste à définir les indicateurs de résultats intermédiaires permettant de mesurer l'efficacité du programme.

Phase 9 – Evaluation des effets (impacts) du programme

Cette phase consiste à mesurer les changements sur les critères liés au problème de santé lui-même (cf. phase 2) en termes d'incidence, de prévalence, morbidité ou autres ainsi que des critères liés aux conséquences sociales du problème de santé (cf. Phase 1).

Ce modèle PRECEDE-PROCEED peut être résumé par le schéma ci-dessous.



CARACTERISATION DES INTERVENTIONS OU OBJECTIFS

Niveau d'intervention

L'analyse des objectifs de la LPSP 2004 a permis de distinguer quatre niveaux différents. Chaque objectif ou action proposé sera classé selon le niveau d'intervention auquel il se situe :

- résultat de santé (ex stabiliser l'incidence de la tuberculose, objectif 38 de la loi de 2004) ;
- déterminant de la santé (ex : diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20%, objectif 1 de la loi de santé publique de 2004) ;
- facteur influençant un déterminant de la santé (ex : réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU, objectif 33 de la loi de santé publique de 2004) ;
- activité ou procédure (ex : cancer colo-rectal : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage, objectif 53 de la loi de santé publique de 2004).

Il est proposé de situer tout objectif ou action dans un de ces quatre niveaux.

Nature et taille de la population

La nature et la taille de la population concernée doivent être précisées selon les niveaux suivants :

- l'ensemble de la population est concerné, la prévention est dite *universelle* ;
- une partie de la population, en bonne santé, mais à sur-risque en raison de caractéristiques (sexe, âge, professions, etc.) est concernée, la prévention est dite *sélective* ;
- une partie de la population, chez qui l'on objective un facteur de risque est concernée, la prévention est dite *indiquée*.

Nature des interventions envisagées

Les interventions peuvent se situer au niveau de la prévention, du dépistage ou des soins.

Concernant les interventions préventives, elles peuvent être classées en trois catégories selon leurs cibles :

- les interventions cherchant à obtenir des changements initiés par les individus eux-mêmes : information, sensibilisation, éducation (ex : campagne d'information sur les dangers du tabac, campagne de sensibilisation auprès des professionnels sur les maladies nosocomiales) ;
- les interventions modifiant l'environnement de la population ou des professionnels : actions réglementaires (ex : interdiction de fumer dans les lieux publics de travail et de convivialité, incitation financière des professionnels à prendre telle initiative) ;
- les interventions intermédiaires dans lesquelles des groupes sociaux prennent l'initiative de conduire des changements non réglementaires : ex : écoles en santé, villes santé, démarche qualité de la part de professionnels, etc.

CRITERES DE DECISION ET DE HIERARCHISATION

Poids du problème

Le poids du problème doit être évalué lors du diagnostic social et épidémiologique et reposer sur des indicateurs permettant une comparaison entre les objectifs. Ces indicateurs peuvent être recueillis par des enquêtes spécifiques ou extraits de systèmes d'information existants

Ces données peuvent concerner la maladie elle-même

- morbidité : incidence, prévalence
- mortalité
- années de vie perdues
- années de vie perdues ajustées sur la qualité de vie
- coûts financiers de la prise en charge actuelle du problème

L'évitabilité

Ce critère peut être évalué lors de la phase 3 du diagnostic permettant l'identification des différents facteurs intervenants sur le problème de santé ou son impact social. L'évitabilité repose sur la probabilité que la suppression du facteur diminue l'importance du problème mesuré avec les critères de résultats (cf. supra).

Le rapport coût-utilité de l'atteinte de l'objectif

Ce rapport peut être évalué à l'issue de l'ensemble du diagnostic. Il permet d'évaluer l'impact de l'action ou des actions entreprises pour atteindre l'objectif. Il tient compte des coûts nécessaires et des gains attendus. Il permet aussi d'évaluer la faisabilité en fonction des ressources disponibles et du contexte (phase 5 du diagnostic).

- **Estimation du coût**

Une estimation grossière du coût des actions à mettre en œuvre est souhaitable

Cette estimation sera affinée par les pouvoirs publics au moment où les plans d'action seront mis en œuvre.

- **Estimation de l'effet ou de l'impact**

L'étape suivante consiste à déterminer l'impact des actions préventives sur le problème de santé considéré.

L'impact potentiel des actions préventives peut être exprimé de différentes façons :

- variation de la prégnance d'un déterminant (ex : heures d'exposition à la fumée de tabac)

- variation de la morbidité

- variation de la mortalité

- variation des coûts des soins

- variation exprimée en QALY (*Quality Adjusted Life Year* = année de vie en parfaite santé ou année de vie sans incapacité).

- variation exprimée en QALE (*Quality-Adjusted Life Expectancy*), (Muennig 2008)

- ratio de coût efficacité : coût en euros de l'intervention par année d'espérance de vie sans incapacité gagnée².

² ratio de coût efficacité permettant de comparer deux interventions = (coût de l'intervention 1 – coût de l'intervention 2) / (espérance de vie ajustée sur la qualité de vie 1 – espérance de vie ajustée sur la qualité de vie 2) (d'après Muennig)

Le gain potentiel doit être exprimé en pourcentage par rapport à la situation de départ ET en nombre absolu.

Le niveau de preuve

Il est souhaitable que pour toute action envisagée le niveau de preuve disponible soit spécifié.

On distingue les niveaux de preuve suivants :

- littérature scientifique dans des revues à comité de lecture (essai randomisé et contrôlé, évaluation économique...);
- littérature grise, rapports de situation ;
- expériences françaises localisées (A votre connaissance une initiative locale a-t-elle réussi ?) ;
- expériences dans d'autre pays (A votre connaissance, un pays a-t-il réussi à atteindre ce type d'objectif ?) ;
- consensus de professionnels ;
- proposition d'expert.

Le document complet « Grille d'élaboration des objectifs de santé publique » est disponible sur le site du HCSP et comporte deux fiches techniques pour la mise en œuvre.

Chapitre 3 – L'organisation et les missions du HCSP en perspective

3.1. Les missions du HCSP et leur exercice

3.1.1 Les textes et leur mise en œuvre

Dans un contexte d'exigence croissante de la population pour que soit davantage prise en compte la santé, non seulement dans sa dimension curative mais également préventive, la nécessité d'une expertise à visée décisionnelle de qualité se fait de plus en plus pressante.

Ce type d'expertise est nécessairement ancré aujourd'hui dans le contexte européen et international, parce que les risques sont eux-mêmes globaux, en raison de la circulation intense des biens et des personnes, mais aussi parce que les connaissances doivent être validées au niveau international et parce que les solutions proposées pour gérer les risques méritent d'être comparées.

Depuis le début des années 1990, la France s'est progressivement dotée d'un dispositif de sécurité et de surveillance sanitaires. Des instances d'expertise pour la décision existaient quant à elles depuis longtemps (1848 pour le Conseil supérieur d'hygiène publique de France et 1991 pour le Haut Comité de la santé publique). Elles ont été modernisées à la faveur de la mise en place du dispositif des agences sanitaires.

En matière d'expertise de sécurité sanitaire, les agences ont un rôle de veille scientifique, d'évaluation des risques et d'alerte des pouvoirs publics.

Aux termes de l'article L1411-4 du Code de la santé publique, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a quant à lui pour missions :

- de contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et de contribuer au suivi annuel de la mise en œuvre de la loi ;
- de fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ;
- de fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique.

A ce titre, il participe au processus d'élaboration des objectifs de santé publique et des plans stratégiques inscrits dans la loi et évalue leur réalisation. Il assure également, en lien avec les agences sanitaires, une fonction générale d'aide à la décision des pouvoirs publics en matière d'évaluation et de gestion des risques sanitaires, incluant la politique vaccinale. Il exerce enfin une fonction de veille et de réflexion prospective sur les tendances épidémiologiques et les évolutions technologiques, culturelles, sociales ou environnementales, propres à affecter l'état de santé de la population et les possibilités d'intervention.

Le Haut Conseil de la santé publique doit en outre réaliser tous les cinq ans (article L1411-2 du code de la santé publique) un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer et proposer des objectifs quantifiés en vue d'améliorer l'état de santé de la population.

Il peut être consulté par les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes du Parlement et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Il a aussi la possibilité de s'autosaisir sur toute question qui lui paraît importante. L'expertise du HCSP est formalisée par des rapports, des avis et des recommandations aux pouvoirs publics.

A l'issue de ce premier mandat, quel bilan tirer de l'exercice de ces missions ?

Le HCSP a pris sa place dans les différents domaines qui lui étaient attribués :

- contribuer à l'expertise nécessaire à la gestion des risques : pour ce travail réalisé en réponses aux saisines, une centaine de questions ont été traitées en trois ans, essentiellement dans le domaine des maladies transmissibles (70%) et des risques environnementaux (18%) ;
- fournir l'expertise nécessaire à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire : l'évaluation a été un grand chantier du HCSP, à travers l'évaluation des plans de santé publique (*Plan cancer, Plan national maladies rares*) mais surtout à travers l'évaluation des objectifs nationaux de santé publique et la contribution à la définition des objectifs de la prochaine loi. Le HCSP poursuivra ses travaux en lien avec la Direction générale de la santé, pour approfondir les recommandations au fur et à mesure de l'élaboration de la prochaine loi de santé publique ;
- fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique. Le travail de prospective a seulement été ébauché lors de ce premier mandat, à travers une réflexion sur « Climat et santé », ainsi qu'à travers un début de collaboration avec l'Inpes en matière de prévention. En matière de conseil de santé publique, des travaux ont été menés sur les inégalités sociales de santé, les maladies chroniques, les systèmes d'information en santé.

Les missions incidentes

Dans le courant de la première année du mandat du HCSP, la direction générale de la santé lui a demandé d'accueillir un groupe interministériel qu'elle avait constitué pour répondre aux questions de l'impact sanitaire des nanotechnologies sur la santé et de leurs conséquences dans la décision publique.

Après deux ans de fonctionnement, le groupe a été saisi une seule fois.

La question se pose pour l'avenir de la permanence de ce groupe, les questions relatives à l'impact sanitaire des nanotechnologies pouvant être traitées au sein des Commissions spécialisées concernées en lien avec les agences sanitaires.

3.1.2 La performance du HCSP dans l'exercice de ses missions

La performance du HCSP en termes de production peut être jugée à l'aune de trois critères : le volume produit, le respect des délais et l'utilisation des travaux.

Au cours de son premier mandat, le HCSP a produit trois types de documents. Ils répondent aux missions fixées par la loi et au programme de travail pluriannuel que le HCSP s'était lui-même fixé lors de sa mise en place.

Tout d'abord, des réponses aux saisines sous forme d'avis publics appuyés sur un rapport scientifique le plus souvent publié sur le site. Soixante quatorze avis ont été

transmis aux pouvoirs publics. Ces avis semblent avoir répondu aux attentes. Cependant une étude sur leur utilisation dans la décision publique serait nécessaire. Par ailleurs, des rapports thématiques sur les plans de santé publique ou sur des sujets de santé publique jugés importants par les commissions et par le Collège, destinés à enrichir le rapport de fin de mandat et ses recommandations. Ces travaux ont été mis en œuvre un peu tardivement et leur production est aujourd'hui tout juste disponible.

Enfin, le plus structurant consiste en la proposition des objectifs pour la prochaine loi de santé publique. Ce travail dont la mise en œuvre a été laborieuse, s'avère aujourd'hui très prometteur mais devra, on l'a dit, se poursuivre au-delà du premier mandat du HCSP.

3.1.3 Les difficultés rencontrées

Au titre de sa mission d'aide à la gestion des risques sanitaires, le HCSP doit, à partir des travaux des agences sanitaires, proposer des stratégies de gestion prenant en compte l'ensemble des éléments de santé publique, dont la dimension socio-économique.

Aujourd'hui, ce dispositif présente quelques faiblesses. Si les agences ont joué un rôle important dans les travaux du HCSP, il n'empêche que la place de chacun mérite d'être précisée. En effet, les saisines ne respectent pas toujours les compétences de chacun et le HCSP se trouve parfois saisi de questions relevant des agences ou bien se voit demander des avis de gestion avant que les agences aient réalisé leur travaux d'évaluation de risques.

En outre, le HCSP rend rarement des avis prenant en compte la dimension économique. Le nouveau rôle confié à la Haute autorité de santé en matière d'analyse économique devra être intégré à la réflexion quant au rôle de chacun.

En matière d'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires, il conviendrait de faire en sorte que le HCSP devienne un carrefour des expertises scientifiques des agences sanitaires et de la HAS afin d'apporter une plus-value par un avis opérationnel qui permette de préparer l'action des pouvoirs publics. Pour cela, il importe que les questions posées à chaque instance soient adaptées à leur mission et que la chronologie des avis soit respectée, l'expertise pour la gestion étant le dernier maillon de la chaîne.

Il paraît aujourd'hui important de travailler sur la régulation des saisines : une destination adaptée, un travail en amont pour préciser les attentes et les délais, une appréciation éclairée à la réception afin de diligenter la réponse la plus adaptée. Les rôles respectifs du collège, sous l'égide de son président, des présidents de commissions et du Secrétariat général en matière de régulation méritent d'être ici confortés et clarifiés.

3.2. Consolider la contribution du HCSP à la conduite des politiques de santé publique

3.2.1 Éclairer les politiques de dépistage

Les politiques de santé en matière de dépistage existent de longue date mais se sont enrichies ces dernières années (cf. Annexe). Nous entendons ici par dépistage le repérage des sujets à risques d'une pathologie ou représentant une forme infraclinique d'une maladie pour en prévenir l'apparition ou l'évolution.

Ces politiques sont très diverses : elles concernent soit le dépistage de maladies, soit le dépistage de facteurs de risque ; elles sont définies pour les populations selon les classes d'âge ; elles s'adressent à toute la population ou à un public ciblé ; les tests de dépistage sont parfois cliniques et, dans d'autres cas, nécessitent le recours à des techniques pouvant être très sophistiquées ; enfin, leur mise en œuvre est, selon les cas, organisée au niveau national et local ou discrétionnaire, à la libre appréciation des professionnels de santé et des individus concernés.

Les rôles institutionnels actuels

La mise en place de stratégies de dépistage pose de nombreuses questions, scientifiques, techniques, économiques mais également éthiques. Pour y répondre, plusieurs structures travaillent sur ces sujets :

- les structures de recherche, l'Inserm et les cliniciens chercheurs, apportent la connaissance de la pathologie ; s'y ajoutent les connaissances épidémiologiques de l'Institut de veille sanitaire (InVS) ;
- les agences nationales de santé assurent la gestion de certains dépistages (suivi, évaluation des processus, appréciation des résultats) ; il en est ainsi de :
 - o l'Agence de biomédecine (ABM) pour les dépistages ante et néonataux ;
 - o l'Institut national du cancer (Inca), avec l'InVS, pour le dépistage des cancers ;
 - o l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), pour assurer le contrôle de qualité de certains dépistages, notamment néonataux.
- la Haute Autorité de santé (HAS) est l'agence la plus impliquée de manière transversale ; elle réalise les évaluations *a priori* : validité des tests, efficacité et étude économique, et, dans certains cas, évalue les stratégies de dépistage *a posteriori* pour envisager une éventuelle réorientation ;
- l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) réalise les campagnes d'information ;
- les sociologues, les philosophes et les éthiciens, notamment au sein du Comité consultatif national d'éthique, font progresser la réflexion.

Une nouvelle mission pour le HCSP

Les travaux apportés aux pouvoirs publics pour les aider dans la définition de stratégies de dépistage pertinentes, efficaces, efficientes et respectueuses des libertés, sont morcelés. Il n'existe aucune structure portant un regard transversal sur les questions posées : pour un dépistage donné, de son évaluation *a priori* à la définition des éléments concrets de sa mise en œuvre, à sa réévaluation en cas de nouveauté scientifique ou technique ou bien pour un groupe de population cible d'un ou plusieurs dépistages afin d'en assurer la cohérence et l'acceptabilité. Ces pratiques ont de plus un caractère très particulier puisqu'elles s'adressent à un public

qui n'est pas malade et n'est pas toujours demandeur. Il faut donc informer, convaincre et se garder, par ces politiques, de creuser les inégalités de santé.

Dans ces conditions les pouvoirs publics ont besoin d'un guichet unique d'expertise qui travaille avec l'ensemble des structures impliquées dans le dépistage, en assurant une approche globale, vie entière et prenant en compte toutes les dimensions de la question.

Le Haut Conseil de la santé publique, de part ses missions, peut remplir ce rôle et éclairer les choix du ministre dans ce domaine.

Les conditions d'exercice de cette nouvelle mission

Pour cela il est proposé de créer un comité technique permanent des dépistages. Celui-ci, calqué sur le comité technique des vaccinations, aurait pour missions :

- de proposer des stratégies de dépistage faites dans une perspective globale de santé publique, en coordonnant les propositions et les résultats fournis par différentes structures travaillant sur le sujet et réalisant des études épidémiologiques, des analyses médico-économiques relatives aux mesures envisagées et des travaux sociologiques et éthiques ;
- de permettre le suivi et l'évaluation des stratégies de dépistage ;
- de proposer, à partir des éléments d'évaluation et de la veille scientifique concernant les évolutions et les perspectives en matière de dépistage, l'adaptation des recommandations et d'établir une proposition, régulièrement révisée, d'un programme de dépistages tout au long de la vie.

Pour répondre à ces missions, le CTP dépistages pourrait être composé de professionnels de santé publique, de cliniciens des spécialités les plus impliquées, de médecins généralistes, de professionnels des structures de prévention, ainsi que des personnes compétentes dans le domaine des sciences sociales, dont au moins une siégeant au Comité consultatif d'éthique. L'ensemble des structures et agences publiques travaillant dans le domaine seraient membres de droit.

Le rattachement de ce comité technique des dépistages à la Commission spécialisée « Prévention, éducation et promotion de la santé » qui examinerait ses rapports et avis, permettrait de replacer les recommandations de dépistages dans l'ensemble des actions de prévention à destination de la population.

3.2.2 Évaluer les plans de santé publique : *ex ante* et *ex post*

Enseignements du premier mandat

La loi 2004-806 du 9 août 2004 a confié une mission d'évaluation au Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Pendant son premier mandat le HCSP a décliné de manière opérationnelle cette mission, d'une part, à travers l'évaluation des 100 objectifs annexés à cette loi, qui a été présentée dans le premier chapitre du présent rapport et qui fait également l'objet d'un rapport détaillé qui sera disponible au début de l'année 2010 ; d'autre part, à travers l'évaluation des plans stratégiques qui y étaient rattachés (le HCSP a été saisi de l'évaluation du Plan cancer et de celle du Plan maladies rares).

Les plans de santé publique thématiques ont pour caractéristique d'intégrer les différentes dimensions d'une question de santé : prévention, dépistage, organisation des soins, réadaptation mais également observation et recherche ; le plan s'intéresse à l'ensemble des populations concernées, à tous les âges de la vie. Ce large périmètre convoque des disciplines variées et la contribution de plusieurs ministères.

L'évaluation d'un plan de santé publique doit être globale et pluraliste en étant indépendante et transparente. Instance d'expertise indépendante, le HCSP était bien placé pour être le maître d'ouvrage des évaluations.

Dispositif retenu pour l'évaluation des Plans Cancer et Maladies rares

Dans le cas des Plans cancer et Maladies rares, le HCSP a piloté lui-même l'évaluation. La formule de deux pilotes en binôme, un médecin et un autre référent en méthode d'évaluation semble être opérationnelle. Ces pilotes doivent n'avoir aucun intérêt dans le plan : ainsi le Plan cancer ne devait pas être évalué par un oncologue ou le Plan national maladies rares par un responsable de centre de référence des maladies rares. Ces pilotes conduisent l'évaluation avec un comité exécutif du projet composé du secrétariat général et /ou de consultants recrutés à cet effet qui assurent le bon déroulement de l'opération.

Le comité d'évaluation était lui composé d'experts du HCSP, la pluridisciplinarité de ses membres permettant des combinaisons opérationnelles dans cette instance. La composition peut être éventuellement enrichie de personnes extérieures. Ainsi pour le Plan cancer comme pour le Plan national maladies rares des membres de l'Igas ont siégé au comité d'évaluation. Dans la conduite de ces deux évaluations, le HCSP a décidé de ne pas intégrer les parties prenantes au plan dans le comité d'évaluation et de les associer dans un deuxième cercle. Ainsi pour le Plan cancer, les agences impliquées ont été entendues à des moments clés de l'évaluation, elles ont été destinataires des travaux et ont pu exprimer leur point de vue. De plus, s'agissant du Plan national maladies rares, dont l'objectif général était l'équité d'accès au diagnostic et aux soins, le point de vue des professionnels et des associations de malades a été recueilli au cours d'une conférence d'évaluation qui a duré une journée complète.

Les conditions d'une consolidation

La question du caractère interministériel de la politique évaluée et de l'évaluation n'a pas été résolue à travers ces deux expériences, elle ne peut l'être qu'en reconnaissant cette spécificité dès la conception du plan et en définissant au départ les structures qui, au côté du HCSP, seront impliquées dans l'évaluation telles l'Igas, l'AERES pour la recherche, la Cour des comptes, etc.

L'évaluation globale d'un plan de santé publique se fonde au départ, sur des éléments fournis par le promoteur concernant son déroulement. C'est un exercice lourd qui peut être facilité par la mise en place d'un processus de suivi régulier et codifié. Celui-ci a plusieurs avantages, d'une part, il permet au promoteur du plan d'en suivre la réalisation et d'en appréhender les difficultés, en renseignant les indicateurs de suivi tant financiers que sanitaires, d'autre part il facilitera l'évaluation, que celle-ci se tienne à mi-parcours ou bien à la fin du plan.

Ces évaluations finales permettent rarement d'estimer l'impact en santé, celui-ci est mesurable plus tardivement dans la plupart des domaines ; de même, il est souvent difficile d'imputer les résultats de santé constatés au seul plan mis en œuvre. L'atteinte de l'objectif en termes de résultats de santé doit néanmoins être systématiquement recherchée et facilitée par la définition d'indicateurs de résultats intermédiaires qui peuvent et doivent être atteints à la fin du plan.

La prise en compte des résultats et recommandations d'une évaluation en fin de plan pose des problèmes, les éléments arrivant trop tardivement pour permettre des

décisions dans un climat serein. C'est pourquoi les évaluations avant la fin du plan, à mi-parcours par exemple, paraissent plus opérationnelles pour réorienter le plan en cours ou identifier les manques pour la politique à venir. S'ajoutant à l'évaluation à mi-parcours, des axes particulièrement importants peuvent être identifiés dès la conception du plan ou pendant l'évaluation à mi-parcours comme devant faire l'objet d'une évaluation approfondie.

Toute évaluation d'un plan de santé publique doit amener l'évaluateur à faire des recommandations. Celles-ci dépendent du moment de l'évaluation :

- à mi-parcours : la question est posée d'une éventuelle réorientation de certains axes et des modalités de celle-ci. Dès ce moment, il est possible que la reconduction de tout ou partie du plan puisse être envisagée ;
- à la fin du plan, en fonction de l'ensemble des résultats et des évaluations approfondies de certains axes, il sera proposé des réponses aux questions suivantes : Propose-t-on d'arrêter le plan à la fin de son déroulement ? Propose-t-on de développer un programme spécifique sur un axe isolé ?

Le rôle du HCSP aux différentes étapes des plans

La question de l'évaluation d'impact (évaluation *a priori*, évaluation *ex ante*) d'un plan de santé publique (méthodes, opérateurs, destinataires) reste à trancher.

Mais dans le processus d'évaluation *a posteriori* des plans de santé publique, le HCSP propose d'intervenir à différents moments :

- au moment de la conception, pour donner un avis sur les conditions de suivi (s'assurer, en particulier, qu'il y a un tableau de bord avec des indicateurs pertinents et faciles à recueillir) et les modalités d'évaluation et aider à leur amélioration par des recommandations. A ce stade, le maître d'ouvrage de l'évaluation du plan doit être défini, le HCSP le plus souvent ; si des structures spécifiques d'évaluation doivent être sollicitées, telles que l'AERES pour la recherche, ceci doit être prévu ;
- régulièrement au cours du déroulement du plan, pour être destinataire des bilans de suivi du plan et se préparer ainsi à l'évaluation ;
- à mi-parcours, pour réaliser ou faire réaliser sous sa responsabilité, une évaluation globale fondée sur les éléments du suivi ;
- en fin de plan, pour réaliser ou faire réaliser une évaluation approfondie de certaines parties essentielles du plan en tentant d'approcher l'impact en santé ;
- à l'issue de l'évaluation, prenant en compte le travail des opérateurs ayant réalisé l'évaluation, le noyau dur des évaluateurs (membres du HCSP, et le cas échéant d'autres corps d'évaluation comme l'Igas) doit être en mesure de porter un jugement sur le plan passé et de faire des recommandations pour un éventuel plan suivant.

3.2.3 Contribuer à la régionalisation

La mise en place des Agences régionales de santé (ARS) est un tournant important dans la conduite des politiques sanitaires en région, notamment dans le développement conjoint d'activités de prévention, de soin et de réadaptation au sein de programmes de santé pilotés par elles. Les ARS ont pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant notamment à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé.

La définition de priorités d'actions de santé au niveau des ARS, qu'elles soient la déclinaison régionale des plans nationaux, cas le plus fréquent, ou bien la définition d'actions spécifiques, doit s'inscrire dans un cadre clair, qui donne une place importante à l'évaluation.

Au sein de l'ARS, les politiques de santé seront déclinées depuis la prévention jusqu'à la réadaptation en passant par le soin, dans une logique intégrative qui permet d'espérer une meilleure efficacité, aboutissant à un plan stratégique régional de santé décliné en schémas régionaux de mise en œuvre dans les différents domaines (prévention, soins, médico-social).

Pour assurer la bonne conduite de l'élaboration et de la mise en œuvre de ces programmes et actions, un certain nombre de conditions sont requises :

- la définition d'un cahier des charges de l'observation en santé permettant à la fois la définition et le suivi des plans et programmes ;
- la pertinence de la déclinaison en région des priorités nationales ;
- l'évaluation de la qualité des structures nécessaires à la conduite des politiques ;
- le suivi et l'évaluation

Le HCSP doit jouer un rôle dans l'élaboration et l'évaluation des programmes de santé au niveau régional :

- en aidant les décideurs dans la définition de la déclinaison régionale des politiques et plans nationaux et dans le choix des indicateurs de santé publique nécessaires à leur suivi et à leur évaluation ;
- en apportant son soutien méthodologique aux acteurs régionaux impliqués dans l'évaluation, notamment pour faire en sorte que l'évaluation des politiques de santé conduite à l'échelon régional, fasse une juste part aux préoccupations de santé publique. Le HCSP propose pour cela, en se fondant sur l'expérience passée avec les Drass, d'organiser un réseau de correspondants régionaux ;
- en prenant lui-même sa part du travail d'évaluation par une attention toujours plus soutenue, dans ses propres travaux, aux inégalités territoriales de santé.

3.2.4 Conforter le renforcement des systèmes d'information en santé

Les travaux d'évaluation du HCSP ont mis à jour des difficultés concernant les indicateurs de suivi des politiques et les systèmes d'information qui permettent de les renseigner c'est pourquoi le HCSP a mis en place un groupe spécifique qui a produit un rapport de recommandations (chapitre 2). Les conclusions de ce groupe de travail seront prises en compte au cours de l'élaboration de la prochaine loi de santé publique.

Au-delà de ces travaux immédiatement opérationnels, le rapport « Refonder la gouvernance de la politique d'informatisation du système de santé » (Michel Gagneux, mai 2009) propose une nouvelle organisation en matière de coordination des systèmes d'information en santé impliquant le HCSP Une réflexion sur cette thématique s'impose.

3.2.5 Enrichir l'orientation de la recherche

Le HCSP a été saisi par la Direction générale de la santé aux fins de contribuer à enrichir la réflexion des pouvoirs publics sur la recherche en santé publique et

l'élaboration d'orientations ministérielles en la matière, notamment vis-à-vis des opérateurs de recherche, dont au premier chef l'Inserm.

Le ministère de la Santé a mis en place un Comité ministériel d'orientation de la recherche et constitué un dispositif de prospective ambitieux en la matière. Le HCSP ne saurait se substituer demain à ces instances et dispositif.

Cependant, compte tenu de son positionnement, de ses travaux à la fois sur les objectifs de santé publique, sur les plans stratégiques, sur les problématiques de sécurité sanitaire et sur des problématiques transversales (notamment une sensibilité particulière à la question des inégalités sociales et territoriales), il paraîtrait opportun que le HCSP joue un rôle en continu d'éclairage des orientations publiques de recherche (en prenant le relais du dispositif de prospective mis en place par le ministère de la santé), d'incitation à la prise en charge de certaines thématiques délaissées et d'évaluation des plans et actions de santé publique sur le terrain de la recherche, en lien le cas échéant avec l'AERES.

3.3 HCSP et son organisation

Organisation nouvelle, née de la fusion prévue par la loi de deux instances aux missions, à l'histoire et à la culture très différentes, installé qui plus est tardivement, le HCSP a dû inventer un fonctionnement pour le court terme, voire l'urgence (de certaines saisines), le moyen terme (l'échéance de la loi d'août 2004 et l'évaluation attendue des 100 objectifs) et le temps long de la prospective, le tout dans une organisation collège-commissions spécialisées inédite. Les tâtonnements ont été nombreux. Ils expliquent aujourd'hui qu'à l'issue de son mandat, le HCSP entend porter des recommandations de changement substantielles.

3.3.1 Le rôle et le fonctionnement des instances internes

Les instances du HCSP dans les textes

L'article R 1411-46 du Code de la santé publique définit les structures qui composent le Haut Conseil de la santé publique : un collège transversal et des commissions spécialisées, auxquelles peuvent être rattachés des comités techniques permanents.

Le collège comprend dix personnalités qualifiées et les présidents des commissions spécialisées. Les principaux responsables de la mise en œuvre des politiques de santé (DGS, Dhos, ASN, DSS, Drees, DGAS, Uncam, HAS) sont membres de droit du collège sans voix délibérative.

Quatre commissions spécialisées ont été prévues à l'origine par les textes : sécurité sanitaire, maladies chroniques et incapacités, prévention et déterminants de santé, évaluation stratégie et prospective. Elles comportent des personnalités qualifiées ; par ailleurs, les représentants d'agences compétentes dans le champ d'expertise de chaque commission en sont membres de droit.

Trois comités techniques permanents (rattachés à la commission sécurité sanitaire) ont été institués : le comité technique des vaccinations, le comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation et le comité technique infections nosocomiales et infections liées aux soins.

En tant que de besoin les structures du HCSP peuvent s'adjoindre des groupes de travail.

La vie des instances au cours du premier mandat

L'élaboration du règlement intérieur a constitué le premier travail du Collège, aux fins notamment d'organiser les relations entre les différentes instances mentionnées ci-dessus et d'assurer la mise en œuvre des règles de déontologie de l'institution nouvelle : la gestion des conflits d'intérêts est en effet aujourd'hui une dimension essentielle de la vie des instances d'expertise.

Le travail du collège est de coordonner les travaux. Il doit élaborer le programme de travail de l'institution et s'assurer de son bon déroulement. Il doit être l'exécutif de la structure. Il a un rôle tout particulier à jouer dans la régulation des saisines et la validation des travaux des commissions et groupes de travail.

Pour réaliser cette mission, sa composition est apparue peu adaptée : les personnalités qualifiées n'ont pas toujours trouvé leur place, faute de se voir assigner des fonctions particulières entre deux réunions plénières du collège ; ces réunions n'ont pas toujours permis un dialogue structuré avec les responsables des commissions ; la large représentation des membres de droit n'est pas toujours apparue pertinente.

S'agissant des commissions spécialisées, leur nombre a été porté à six en cours de mandat, afin de couvrir l'ensemble du champ et de faire face à la surcharge que connaissait la commission sécurité sanitaire. Il a semblé pertinent, après un an de fonctionnement, de structurer le travail des commissions, autour de trois ensembles :

- deux commissions spécialisées intervenant selon une approche par pathologie : la commission « maladies transmissibles » et la commission « maladies chroniques » ;
- deux commissions spécialisées centrées sur la sécurité sanitaire : la commission « risques liés à l'environnement », concernant l'environnement général et l'environnement au travail, et la commission « sécurité des patients », pour ce qui est des risques associés aux soins, ainsi que ceux liés aux produits et pratiques visant à agir sur la santé ;
- deux commissions spécialisées de nature transversale : la CS « Evaluation, stratégie et prospective » (inchangée), et la CS « Prévention, éducation et promotion de la santé ».

Le HCSP propose aujourd'hui de nouveaux aménagements, plus substantiels, du périmètre des instances pour tenir compte notamment du jugement porté sur la « vie » de chaque commission. (cf. infra)

Par ailleurs, le mandat a souvent été jugé un peu court. Un mandat allongé et un renouvellement par moitié assureraient une stabilité et une continuité des travaux.

Le nombre des membres dans chaque commission est souvent jugé excessif : le débat étant rendu difficile en cas de présence de tous ou impossible en cas de défections trop nombreuses. La clarification attendue quant aux rôles respectifs du HCSP, des agences et des administrations centrales permettrait aussi de préciser le positionnement de chacun (personnalités qualifiées et membres de droit) dans les commissions.

Les comités techniques permanents ont quant à eux un champ bien limité, un programme de travail précis et des saisines régulières ; la participation et la production ne posent de ce fait pas de problèmes. Principale difficulté ressentie en interne : l'isolement par rapport aux autres instances.

3.3.2 Les fonctions managériales et les moyens humains

Le travail des présidents (et vice-présidents) est reconnu comme important et représente une grande responsabilité. Pour faire face à ce mandat, peu de facilités leur sont ménagées, le travail est fait en plus des autres activités.

Le rôle du Secrétariat général du HCSP (assuré par des personnels de la DGS) et particulièrement des coordonnateurs des commissions spécialisées doit être défini (aujourd'hui, il varie selon les commissions). Le Secrétariat général a pour fonction de mettre en lien les besoins des pouvoirs publics et les possibilités de réponse du HCSP. Pour cela, Il doit s'assurer que les saisines sont bien formulées, que le HCSP répond dans les délais utiles pour l'action publique ; il doit, à l'occasion de demandes infondées, réorienter les travaux vers les agences compétentes. Le Secrétariat général est donc un maillon essentiel de la chaîne d'expertise pouvoirs publics – HCSP – agences sanitaires. Il constitue aussi la force de travail du Haut conseil pour l'accomplissement de ses missions. Le rattachement du Secrétariat général à la DGS est une force du point de vue de l'ancrage auprès des décideurs publics. Il ne va pas sans poser quelques difficultés de gestion au quotidien. L'établissement d'un cadre conventionnel DGS-HCSP pour l'exercice des missions du Secrétariat général permettrait une utile clarification et une souplesse accrue.

3.3.3 La politique de communication

L'appréciation portée sur la communication externe du HCSP dépend beaucoup du point de vue porté sur l'institution : selon que l'on considère que le HCSP a pour interlocuteur privilégié le ministère de la Santé, qu'il a pour mission de conseiller (auquel cas, la communication du HCSP a simplement vocation à s'intégrer à celle du ministère), ou qu'il s'adresse à un large public, professionnel ou non, dans le but de porter à connaissance du plus grand nombre ses travaux d'évaluation et leurs résultats afin d'enrichir les pratiques de santé publique, voire d'influencer les comportements en population, la communication externe sera diversement appréciée : suffisante pour certains, elle est déficiente pour beaucoup. Pour ces derniers, il n'existe pas assez de liens avec la presse en particulier, pas assez de conférences de presse sur des travaux importants ou sur des bilans d'étape, pas assez de communiqués de presse accompagnant la mise des avis sur le site.

La production du HCSP est par ailleurs questionnée, en termes de propriété intellectuelle mais surtout de confidentialité : le statut des documents produits (rapports, avis) et les modalités de validation et de labellisation de ces travaux ont été régulièrement objet de débat.

La communication interne était un autre enjeu essentiel pour l'institution nouvelle, aux fins de faire vivre les relations entre les différentes instances concourant à l'exercice des missions du HCSP. Même si des efforts ont été accomplis, à travers la mise en place de l'extranet ou la tenue de séances plénières réunissant tous les membres du HCSP, il est clair que la pratique du Haut conseil devra progresser en la matière : pour faire connaître les travaux du collège, pour que les Commissions échangent davantage entre elles, pour que le sentiment d'appartenance progresse avec la connaissance par le plus grand nombre de membres de l'ampleur de la tâche accomplie.

3.3.4 Perspectives de l'organisation à missions constantes

A l'issue de ce premier mandat, le HCSP a souhaité faire des propositions substantielles d'évolution de l'organisation afin de mieux remplir les missions qui sont les siennes.

Une organisation à deux étages est proposée : des commissions beaucoup plus resserrées (au maximum 15 personnes, considérées comme membres du HCSP, généralistes de santé publique ou spécialistes largement impliqués dans la santé publique, aidées par des experts pointus formant un vivier auquel le HCSP ferait régulièrement appel et qui seraient les experts auprès du HCSP). La place respective au sein du Haut conseil des personnalités qualifiées, des membres de droit (agences, autres structures et administrations centrales), de différentes structures expertes, de la direction assurant le secrétariat général (la DGS) doit être clarifiée et synthétisée dans un organigramme fonctionnel. La place du Secrétariat général du HCSP doit également être précisée.

Pour l'organisation du travail, il est proposé de diminuer le nombre de séances du collège en formation plénière et de réunir les présidents de commissions et personnalités qualifiées du Collège tous les mois dans une formation d'organe exécutif (bureau). Ce bureau définirait les orientations du HCSP et prendrait les décisions structurantes. Une stratégie clairement affichée et relayée par les présidents des commissions spécialisées donnerait ainsi à tous les membres une vision d'ensemble des travaux du HCSP.

Le nombre de réunions plénières des commissions spécialisées devrait lui aussi être diminué. Les commissions spécialisées proposent des modalités de fonctionnement pragmatiques et légères : bureau de la commission spécialisée pour examiner les saisines ou prendre les orientations rapidement ; des sous-commissions ou groupes de travail formés de membres du HCSP et d'experts auprès du HCSP choisis en fonction du sujet traité, en charge de sujets dans des délais déterminés et travaillant de préférence par voie électronique ou par réunion téléphonique ; les plénières, moins nombreuses, permettraient de discuter et valider les travaux produits.

S'agissant du travail des présidents, des décharges de travail ou des mises à disposition pourraient leur être proposées. Ainsi ils pourraient se consacrer plus largement à leurs fonctions au HCSP.

Annexe

Les dépistages actuellement réalisés en France concernent :

-1. les dépistages prénatals, ils se font au cours des examens réguliers de surveillance de la grossesse (7 visites prénatales et une visite postnatale)

Ils concernent la recherche de maladies infectieuses pour lesquelles il existe des moyens de prévention ou des traitements efficaces : rubéole, toxoplasmose, VIH, hépatite B. Par ailleurs les agglutinines irrégulières sont systématiquement recherchées en cas d'incompatibilité Rhésus.

Ils concernent également la recherche échographique de malformations dont certaines peuvent parfois être traitées en anténatal ou immédiatement prises en charge à la naissance. Le dépistage de la trisomie 21 combine l'approche biologique et échographique.

-2 les dépistages néo-natals. Ils sont réalisés à la maternité dans les jours qui suivent la naissance.

Ils concernent des pathologies graves asymptomatiques à la naissance, dont la prise en charge précoce améliore sensiblement le pronostic : phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitales, hyperplasie congénitale des surrénales, mucoviscidose et drépanocytose de manière ciblée. Ces dépistages sont confiés à l'association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant.

L'examen clinique du nouveau-né permet également de rechercher une dysplasie de hanches ; le dépistage de la surdité est en cours d'évaluation.

-3 les dépistages aux autres moments de la vie : ils ont été réalisés par différentes structures publiques de prévention, protection maternelle et infantile, promotion de la santé en faveur des élèves, santé universitaire ainsi que par les services de santé au travail. Les médecins traitants jouent également un rôle majeur.

Chez l'enfant de 0 à 6 ans les consultations à 8 jours, 9 mois et 24 mois donnent lieu à certificat de santé ; sont réalisés une évaluation de la fonction visuelle, la recherche d'une déficience auditive, le repérage de troubles précoces de la relation mère-enfant. Le dépistage des troubles sensoriels et troubles des apprentissages est fait lors de l'examen de 3-4 ans et 5-6 ans à l'école maternelle et à l'entrée en école primaire. Un dépistage du saturnisme ciblé sur les facteurs de risque est préconisé.

Chez l'adulte, hormis les examens périodiques proposés par l'assurance maladie c'est le médecin traitant qui assure les dépistages, ceux-ci sont opportunistes tels que dépistage de l'HTA, de l'obésité, du diabète, de l'hypercholestérolémie.

-4 le dépistage des cancers : aujourd'hui le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal sont organisés et généralisés, ils concernent une tranche d'âge jugée pertinente (50 à 75 ans). Le cancer du col de l'utérus dont le dépistage a été recommandé depuis longtemps n'est pas organisé au niveau national, il est essentiellement réalisé par les gynécologues. Mais cinq départements ont mis en place un dépistage organisé.

Le dépistage du mélanome et du cancer de la prostate sont en cours d'examen, prenant en compte dans le dernier cas, les possibles excès d'un dépistage opportuniste largement répandu.

-5 le dépistage de certaines maladies infectieuses :

Hormis les dépistages prénatals, ceci concerne le VIH, l'hépatite B, la syphilis, la tuberculose. Ces dépistages sont recommandés et sont réalisés en fonction de facteur de risques et d'exposition. Ils sont systématiquement proposés à certains moments de la vie tels que la grossesse. Pour la tuberculose, un cas particulier est représenté par le dépistage autour d'un cas.

-6 le dépistage des maladies rares : un certain nombre de maladies sont dépistées dans le cadre des dépistages prénatals ou néonataux précédemment décrits. Pour les autres l'analyse et la proposition aux pouvoirs publics n'est pas codifiée. Le comité d'évaluation du Plan national maladies rares avait sur ce sujet préconisé la mise en place d'un comité indépendant, scientifique et éthique sur la question des dépistages.

-7 les dépistages en médecine du travail sont un cas particulier qui devra également être pris en compte, en travaillant non seulement sur les dépistages pendant la période d'activité mais en intégrant également les questions posées par le suivi post professionnel proposant des dépistages ciblés en fonction des facteurs d'exposition pendant la vie professionnelle.

Les dépistages sur les dons du sang dont la finalité est la qualité et la sécurité d'un produit thérapeutique ont été exclus.

Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique

En 2004, une annexe de la loi pour une politique de santé publique présentait les cent objectifs du gouvernement, associés à des indicateurs permettant d'évaluer leur atteinte. Cette liste a suscité un certain nombre de critiques, en particulier celle d'être trop longue, sans définition d'aucune priorité.

Mandaté par cette même loi pour contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, le HCSP recommande de conserver une telle démarche en l'améliorant et fait des préconisations pour la prochaine loi de santé publique.

À partir de l'évaluation de l'atteinte des objectifs présentés dans la loi de 2004, le HCSP propose une liste actualisée d'objectifs assortis d'indicateurs, qui :

- regroupe les objectifs par catégorie, pour clarifier la lecture et pour mieux mettre en regard des actions qui pourraient permettre de les atteindre ;
- précise certains indicateurs et les systèmes d'information permettant de les recueillir, de sorte que tout indicateur puisse être mesurable et soit renseigné ;
- insiste sur deux notions essentielles : la déclinaison régionale des objectifs lorsqu'elle est nécessaire ou souhaitable, le rôle possible de chaque objectif pour apprécier les inégalités de santé et le cas échéant pour les corriger.

Le HCSP n'établit pas de priorités, estimant qu'il s'agit d'un acte politique qui n'est pas de sa compétence, mais apporte des éléments méthodologiques qui peuvent participer à la définition de telles priorités de santé publique.

Le rapport fait en outre le point sur un certain nombre de sujets d'intérêt : les maladies chroniques, les maladies infectieuses émergentes, les inégalités sociales de santé.

Après un premier mandat de trois ans, une analyse est faite des missions du HCSP et de l'organisation mise en place pour y répondre. Cela amène à des recommandations pour l'avenir.

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 80
Télécopie : 01 40 56 79 49
Site : www.hcsp.fr
Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr
Bureaux
10 place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon
75014 Paris
7^e étage, accueil pièce 7442
Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté
Bus : 88, 91

