



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Juin 2022

Évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022

Rapport d'évaluation

Table des matières

INTRODUCTION	3
Présentation synthétique de la stratégie nationale de santé (SNS) et de ses objectifs	3
Une évaluation prévue par la loi et confiée à la DREES par arrêté du 1 ^{er} février 2018	6
Une évaluation structurée en trois parties	6
I. ÉVALUATION DE LA COHÉRENCE DE LA SNS AVEC LES ENJEUX DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX ET RÉGIONAUX.....	9
I.1. Un document qui, sans établir de grandes priorités, propose un important niveau de couverture des enjeux de santé.....	9
I.1.1 Une cohérence forte de la SNS avec les enjeux de santé publique et les attentes des acteurs interrogés, notamment les usagers et leurs représentants.....	9
I.1.2 La crise sanitaire a démontré l'importance des enjeux et orientations portés par la SNS.....	9
I.1.3 Des sujets traités de manière générale et non hiérarchisés	10
I.1.4 Un caractère consensuel et généraliste de la SNS lié au processus d'élaboration et de construction.....	11
I.2. La SNS présente une forte cohérence de contenu avec les plans de santé supranationaux et nationaux, mais leurs modalités respectives de mise en œuvre et de suivi n'ont pas été articulées ; le lien est plus fort avec les projets régionaux de santé (PRS) 12	
I.2.1 Une inscription de la SNS dans les objectifs de développement durable de l'OMS ...	12
I.2.2 Des plans nationaux contribuant globalement aux différents axes de la SNS, mais la SNS ne s'est pas imposée comme un cadre d'ensemble.....	13
I.2.3 Une cohérence de contenu entre les PRS des régions étudiées et la SNS, mais limitée dans leur mise en œuvre	15
II. ANALYSE DES RÉSULTATS ET IMPACTS DE LA SNS.....	17
II.1 Les impacts globaux de la SNS sont difficiles à appréhender.....	17
II.1.1 La SNS n'a pas fait l'objet d'actions de suivi spécifiques.....	17
II.1.2 Le choix d'un suivi par un nombre limité d'indicateurs de résultats et d'impacts pour une stratégie aussi englobante s'apparente à la quadrature du cercle	17
II.1.3 Des évaluations d'impact par nature ciblées.....	20
II.2 Une dynamique variable de mise en œuvre des priorités de la SNS	21
II.2.1 Une dynamique forte de déclinaison de l'Axe 1 au travers du plan national de santé publique (PNSP)	21
II.2.2 De nombreuses thématiques citées dans la SNS n'ont pas fait l'objet de mesures de déclinaison spécifiques.....	22
II.3 Un faible impact de la SNS sur les pratiques des acteurs du système de santé.....	22
III. RECOMMANDATIONS	24
III.1 Contexte d'élaboration des recommandations.....	24
III.2 Synthèse des recommandations	24

IV. ANNEXES

- [Annexe 1 - Recommandations pour l'élaboration et le suivi d'une prochaine stratégie nationale de santé](#)
- [Annexe 2 - Évaluation de la cohérence de la SNS avec les enjeux prioritaires de santé publique et de son impact sur les acteurs](#)
- [Annexe 3 - Évaluation de la démocratie en santé et de la lutte contre les inégalités de santé](#)
- [Annexe 4 - Analyse comparative internationale des stratégies nationales de santé](#)
- [Annexe 5 - État de santé de la population en France - septembre 2022](#)
- [Annexe 6 - Impact des nouveaux modes de pratique sur les parcours de soins : l'exemple des maisons de santé pluriprofessionnelles](#)
- [Annexe 7 - Étude de cas sur l'utilisation des données dans la gestion de la crise sanitaire Covid-19](#)

Le suivi des 20 indicateurs permettant de mesurer des résultats et impacts sur la santé de la population pour les 4 axes et 11 domaines d'action prioritaires de la SNS, ainsi que pour 2 volets spécifiques est rendu public via une application web dédiée : <https://drees.shinyapps.io/suivi-sns/>

INTRODUCTION

Présentation synthétique de la stratégie nationale de santé (SNS) et de ses objectifs

Le cadre et les grands principes de la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 ont été définis par la loi de modernisation du système de santé (loi Santé), du 26 janvier 2016. La SNS 2018-2022 a été lancée à l'été 2017, à l'arrivée de la nouvelle équipe gouvernementale suite aux élections présidentielles de 2017, puis adoptée par décret le 29 décembre 2017 dans le but de **donner de la cohérence à l'action collective dans le domaine de la santé**, à travers deux objectifs¹ :

- **définir une vision partagée** par l'ensemble des acteurs et piloter les chantiers prioritaires ;
- **donner un cap** dans la mise en place des politiques de santé et l'élaboration de mesures concrètes, notamment *via* les projets régionaux de santé (PRS) et *via* « toutes les mesures et tous les plans et programmes à venir ».

Depuis 2018, la SNS constitue donc le cadre national de la politique de santé et a vocation à être déclinée dans les plans nationaux et à être intégrée dans les projets régionaux de santé.

La SNS 2018-2022 énonce sept principes d'action :

- mobiliser l'ensemble des politiques publiques au bénéfice de la santé dans une approche interministérielle, coordonnée et concertée ;
- construire des stratégies d'action adaptées aux populations et accessibles à tous (dispositifs d'Aller vers et de médiation, clarté des messages, renforcement des capacités [*empowerment*] et de la littératie en santé) ;
- adapter les stratégies d'action aux spécificités de chaque territoire (quartiers prioritaires de la politique de la ville, territoires ruraux, territoires de montagne, territoires à forte saisonnalité, territoires frontaliers) ;
- simplifier le cadre réglementaire et donner davantage de souplesse aux acteurs de terrain ;
- associer l'ensemble des parties prenantes (usagers, élus locaux et nationaux, associations, entreprises, organismes représentatifs des professionnels et des acteurs de la santé) en amont des décisions ;
- développer une culture de transparence, d'indépendance et de prévention des conflits d'intérêt dans toutes les institutions et pour tous les professionnels ;
- appuyer les décisions sur l'analyse critique des meilleures connaissances disponibles, notamment de celles issues des données concernant la santé des personnes et leur environnement, des évaluations des actions menées, des expertises indépendantes, des études d'impact en santé et de la recherche.

Elle est structurée par **quatre axes et deux volets spécifiques** et des **dispositions complémentaires** :

- Axe 1 « Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie » ;
- Axe 2 « Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé » ;
- Axe 3 « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé » ;
- Axe 4 « Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers » ;

¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/>

- Volet « Priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, prévu par la loi du 26 janvier 2016 » ;
- Volet relatif au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides ;
- Dispositions spécifiques à la Corse ;
- Dispositions spécifiques à l'Outre-mer.

Les 4 axes de la SNS regroupent 11 domaines d'action prioritaires déclinés en 43 objectifs.

Le volet « Priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune », et les **dispositions spécifiques** à la Corse et à l'Outre-mer se décomposent en **23 objectifs**, portant le **nombre total d'objectifs de la SNS à 66**. Le volet relatif au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides a été ajouté par ordonnance en janvier 2018.

Enfin, au sein de chaque objectif sont énoncés des sous-objectifs à visée opérationnelle.

La construction de la SNS a suivi différentes étapes :

- la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a posé les principes fondateurs de la SNS 2018-2022. Si elle renvoie à des décrets ultérieurs pour apporter un certain nombre de précisions, elle précise déjà différents points de contenu et de modalités d'élaboration de la SNS :
 - article 1 (art. L. 1411-1-1 du Code de la santé publique [CSP]) :
 - la SNS détermine, de manière **pluriannuelle**, des **domaines d'action prioritaires** et des **objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie** ;
 - un volet de la SNS détermine les priorités de la **politique de santé de l'enfant** ;
 - un volet relatif au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides conforte le rôle du service de santé des armées et garantit une meilleure participation du service de santé des armées au système de santé rénové, les rapprochements et les partenariats ;
 - préalablement à son adoption ou à sa révision, le Gouvernement procède à une **consultation publique** sur les objectifs et les priorités du projet de SNS ;
 - la mise en œuvre de la SNS fait l'objet d'un **suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle**, dont les résultats sont rendus **publics** ;
 - article 2 (art. L. 1411-10 du CSP) :
 - la SNS fixe des **objectifs propres aux Outre-mer** ;
 - article 158 (Art. L. 1434-1 du CSP) :
 - le **PRS** définit, en **cohérence avec la SNS** et dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre ;
- le décret du 28 novembre 2016 relatif à la SNS² a précisé les conditions de définition, d'adoption, de mise en œuvre, de révision, de suivi annuel et d'évaluation pluriannuelle de la SNS et mentionne notamment qu'elle devra s'échelonner sur une durée maximale de 10 ans ;
- le décret du 29 décembre 2017 a défini le contenu de la SNS pour la période 2018-2022.

La SNS 2018-2022 fait elle-même suite à la SNS 2013-2017, présentée par la ministre de la Santé Madame Marisol Touraine le 23 septembre 2013.

² Décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé (art. R. 1411-1).

L'élaboration de la SNS 2018-2022 sous la direction du Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales (SGMCAS), a été portée dès l'été 2017 par **une équipe restreinte** associant les directions du ministère des Solidarités et de la Santé: la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soin (DGOS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction de la Sécurité sociale (DSS), la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), avec un appui de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) [un personnel détaché]. **Le cabinet de la ministre des Solidarités et de la Santé a été mobilisé pour le pilotage des travaux et les arbitrages.** Les travaux se sont déroulés selon **un calendrier resserré**, leur échéance ayant été fixée à fin 2017 par la ministre des Solidarités et de la Santé Madame Agnès Buzyn.

Les travaux se sont appuyés sur une analyse du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants ainsi que les stratégies d'action envisageables, publié en septembre 2017³ pour répondre à la saisine du 17 mai 2017, cosignée de la DGS et du SGMCAS. **Ces travaux se sont également appuyés sur un processus de concertation conduit à l'automne 2017** avec les acteurs de santé et les autres ministères, sous la forme de rencontres et de contributions écrites sur la base d'un premier document. Ont par exemple été interrogés ou sollicités pour apporter des contributions écrites :

- les autres ministères *via* le comité permanent restreint (CPR) du comité interministériel pour la santé (par exemple, ministère de la Transition écologique, ministère de l'Éducation nationale, ministère des Armées) ;
- divers acteurs contribuant à la conduite de la politique de santé et à la démocratie en santé (conférence nationale de santé [CNS], conférences régionales de la santé et de l'autonomie [CRSA], France Assos Santé...) ;
- le HCSP ;
- les fédérations des établissements de santé et les représentants des professionnels de santé.

Conformément à ce que prévoit la loi de modernisation du système de santé de 2016, l'élaboration de la SNS a aussi intégré **une phase de consultation publique, ouverte à tous les acteurs intéressés par le sujet.** Cette consultation a été conduite en ligne entre le 7 et le 25 novembre, sur la base d'un document déjà bien avancé, et a recueilli près de 5 000 contributions dont la synthèse a été rendue publique conformément à l'article R. 1411-3 du CSP.

La publication de la SNS par décret le 29 décembre 2017 n'a pas été suivie d'actions de communication ou de suivi dans la durée. **Les actions de communication ont été concentrées sur la phase d'élaboration et de publication de la SNS** avec notamment la présentation des grands axes de la SNS 2018-2022 par la ministre des Solidarités et de la Santé lors d'une conférence de presse, un dossier de presse, des relais sur le site internet du ministère des Solidarités et de la Santé et des actions au sein des comités interministériels de la santé. **La SNS n'a ensuite pas fait l'objet de suivi dans la durée.** Comme l'indique la Cour des comptes⁴, le comité permanent restreint du comité interministériel pour la santé, en charge du pilotage de la SNS a adopté le plan Priorité prévention en mars 2018, ce qui témoigne d'une volonté manifeste d'insuffler une nouvelle culture interministérielle et transversale de promotion de la santé. Cependant son rythme de réunion est trop irrégulier pour permettre un pilotage et un suivi efficace de la stratégie nationale de santé, et il ne s'est pas réuni depuis mars 2019. Au sein du ministère des Solidarités et de la Santé, des réunions régulières de suivi avaient été imaginées à partir de février 2018 mais n'ont pas été organisées.

³ Stratégie nationale de santé, contribution du Haut Conseil de la santé publique, HCSP, septembre 2017.

⁴ Rapport sur la santé des enfants, une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, décembre 2021, p. 47.

Puis, le ministère a été extrêmement mobilisé à partir de mars 2020 dans la gestion de la crise sanitaire.

Une évaluation prévue par la loi et confiée à la DREES par arrêté du 1^{er} février 2018

La loi de modernisation du système de santé de 2016 prévoit que la mise en œuvre de la SNS doit faire l'objet d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle, dont les résultats seront rendus publics. Un arrêté⁵ du 1^{er} février 2018 décrit le dispositif de suivi et d'évaluation prévu en plusieurs axes ainsi que son financement. Dans cet arrêté, le premier axe d'évaluation décrit est le suivi annuel par les directions du ministère des actions mises en œuvre pour atteindre les objectifs de la SNS. Deux autres axes sont confiés à la DREES : un suivi pluriannuel d'indicateurs de résultats et d'impact, d'une part, et une évaluation pluriannuelle faisant l'objet d'un rapport en 2022, d'autre part. Pour ce faire, l'arrêté précise qu'un financement est assuré par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, pour un montant maximum de 1,5 million d'euros.

La DREES a proposé un **dispositif d'évaluation de la SNS centré sur l'analyse de la cohérence et de la pertinence de la SNS avec les enjeux de santé et sur l'analyse de ses résultats et impacts sur les acteurs de l'écosystème de la santé**. Différents focus ont également été réalisés, notamment sur la prise en compte au sein de la SNS des préférences de la société civile ou encore des enjeux liés aux inégalités sociales de santé. Différents contributeurs ont été mobilisés pour conduire des études ayant permis la rédaction de ce rapport final (voir détails ci-après). Enfin, un groupe de travail spécifique a été mobilisé pour tirer les enseignements de la présente évaluation, et proposer des recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre de la prochaine stratégie nationale de santé.

La DREES a mis en place un comité de pilotage pour l'accompagner dans ces travaux. Celui-ci réunit la DGOS, la DGCS, la DGS, le SGMCAS, la DSS, la DREES, le HCSP, l'ARS Pays de la Loire, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, la CNS, le Haut Conseil à l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), la CNAM et trois personnalités qualifiées : P. Marin (École des hautes études de santé publique [EHESP]), P. Hassenteufel (UVSQ et Sciences Po Saint-Germain-en-Laye) et H. Bergeron (Sciences Po Paris).

Ce comité s'est réuni à cinq reprises :

- mars 2021 pour valider le dispositif d'évaluation de la SNS ;
- mai 2021 pour une présentation de résultats intermédiaires ;
- décembre 2021 pour une présentation du plan détaillé du rapport final et un échange autour des recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre de la prochaine SNS ;
- février 2022 pour une présentation des résultats des différents travaux d'évaluation listés *infra* ;
- avril 2022 pour une présentation du rapport final.

Une évaluation structurée en trois parties

1. **Une analyse de la cohérence de la SNS avec les enjeux de santé et les plans et projets de santé, au niveau national et régional.** Quatre études ont permis de construire l'évaluation :
 - un parangonnage réalisé par la DREES en 2019 portant sur les stratégies de santé mises en place dans 18 pays à haut niveau de revenu analysant, pour

⁵ Arrêté du 1^{er} février 2018 relatif au suivi et à l'évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

chacun, les axes retenus et la méthode de mise en œuvre et de suivi (voir Annexe 4) ;

- l'évaluation, par le HCSP, de la pertinence et de la cohérence du plan national de santé publique (PNSP)⁶, déclinant opérationnellement l'Axe 1 de la SNS. Cette évaluation comprend trois volets (les deux premiers, déjà publiés, ont été utilisés dans le cadre de ce travail d'évaluation) :
 - Volet 1 - Une évaluation de la pertinence et de la cohérence du PNSP, publiée en mars 2019 ;
 - Volet 2 - Une évaluation *in itinere* des effets du PNSP sur la santé de la population, ses déterminants et la répartition de ces effets au sein des catégories sociales, publiée en septembre 2020 ;
 - Volet 3 - Une évaluation *ex-post* des ressources mobilisées pour la mise en œuvre de quelques mesures rapportées aux résultats obtenus, publiée en avril 2022 ;
- une analyse de la cohérence de la SNS avec les enjeux prioritaires de santé publique et avec les plans de santé nationaux et régionaux, réalisée par un prestataire pour le compte de la DREES en 2021 (voir Annexe 2), et qui s'est appuyée sur une soixantaine d'entretiens avec environ 90 acteurs de l'écosystème de santé, dont des acteurs de l'administration centrale, des ARS et des professionnels de santé ;
- l'analyse de la prise en compte, d'une part, des préférences de la société civile dans l'élaboration de la SNS et, d'autre part, du traitement des inégalités de santé dans la SNS, effectuée dans le cadre d'un postdoctorat réalisé au sein de la DREES en 2021.

2. Une analyse des résultats et des impacts de la SNS. Cinq études ont permis de documenter ces résultats et impacts :

- une analyse qualitative des impacts de la SNS sur les acteurs de l'écosystème de la santé et sur leurs pratiques, réalisée en 2021 par un prestataire sous la conduite et pour le compte de la DREES ;
- le suivi annuel des 20 indicateurs de résultats et d'impact retenus pour l'évaluation de chacun des quatre axes de la SNS, réalisé par la DREES et rendu public sur une application web dédiée⁷ ;
- une présentation synthétique de l'état de santé de la population à partir des données les plus récentes réalisée par la DREES ;
- deux études illustrant la déclinaison de la SNS dans des domaines spécifiques :
 - une étude de cas, réalisée fin 2021 par un prestataire, analyse l'utilisation qui a été faite des données pour le pilotage de la gestion de la crise sanitaire jusqu'en septembre 2021 ; ce travail illustre notamment la manière dont a été décliné le principe directeur de la SNS d'utiliser les données pour la prise de décision ;
 - une étude d'impact des nouveaux modes de pratique sur les parcours de soin, et en particulier l'exercice en maison pluriprofessionnelle de santé, réalisée dans le cadre d'un postdoctorat et illustrant la déclinaison d'un objectif de la SNS portant sur un fort développement de cette pratique.

3. Les recommandations portées par le comité de pilotage dans la perspective de la rédaction de la prochaine SNS, construites sur la base des enseignements de l'évaluation. Ces recommandations visent à nourrir le travail de l'équipe qui sera désignée pour l'élaboration de la prochaine SNS.

⁶ Analyse de la pertinence et la cohérence des objectifs du plan national de santé publique, HCSP, mars 2019.

⁷ <https://drees.shinyapps.io/suivi-sns/>

En raison du contexte sanitaire pesant fortement sur les acteurs au moment de l'évaluation, **le comité de pilotage n'a pas fait le choix, dans l'évaluation pluriannuelle dont la DREES a la responsabilité, de réaliser une évaluation systématique des résultats de chaque axe, volet et domaine prioritaire de la SNS.** Les trois volets complémentaires (relatifs aux priorités spécifiques de la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, à la Corse et aux territoires d'outre-mer) n'ont pas fait l'objet d'évaluations spécifiques pilotées par la DREES mais se retrouvent dans plusieurs parties de la présente évaluation. Par ailleurs, la Cour des comptes a produit en décembre 2021 un rapport sur la santé des enfants, qui comprend notamment une analyse de ce volet spécifique de la SNS.

I. ÉVALUATION DE LA COHÉRENCE DE LA SNS AVEC LES ENJEUX DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX ET RÉGIONAUX

I.1. Un document qui, sans établir de grandes priorités, propose un important niveau de couverture des enjeux de santé

I.1.1 Une cohérence forte de la SNS avec les enjeux de santé publique et les attentes des acteurs interrogés, notamment les usagers et leurs représentants

Les acteurs interrogés partagent un avis globalement positif sur le contenu de la SNS. Ils estiment que **les enjeux de santé publique et les attentes des usagers et de leurs représentants sont très bien couverts** (voir Annexes 2 et 4) et soulignent le caractère exhaustif de la SNS et l'absence d'« angles morts ». La SNS s'inscrit dans le **mouvement One Health** et l'**approche Health in All Policies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)**, en réaffirmant le principe selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde. Ainsi, la SNS couvre un champ thématique très large et s'appuie sur une approche exhaustive en traitant la quasi-totalité des enjeux et priorités identifiés en matière de santé.

En particulier, l'**avis⁸ préalable rendu par la CNS** identifie de nombreux points positifs relatifs à la forme et au contenu de la SNS, tels que le format du document et sa structure, la volonté d'établir des objectifs pluriannuels, l'inclusion d'un volet dédié aux priorités spécifiques à la politique de santé des enfants, des adolescents et des jeunes, l'attention portée aux actions interministérielles, ou encore l'importance donnée à la promotion de la santé et à la prévention. La CNS affirme également son accord avec l'objectif de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et salue la prise en compte des réalités territoriales qui permet aux acteurs d'adapter la SNS aux conditions régionales et locales. Enfin, **la recherche menée auprès des représentants des usagers témoigne d'un bon niveau de satisfaction quant au contenu de la SNS**, et donc d'une bonne prise en compte des revendications des usagers (voir Annexe 3).

I.1.2 La crise sanitaire a démontré l'importance des enjeux et orientations portés par la SNS

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a confirmé le caractère stratégique et prioritaire de certains domaines d'actions de la SNS, autour de la gestion des disparités sociales et territoriales en matière d'accès à l'offre de soins ou du renforcement de la politique de santé mentale. **La crise sanitaire a également permis d'accélérer la réalisation de certains objectifs**, tels que :

- « Généraliser les usages du numérique en santé pour abolir les distances », dont la généralisation de la télémédecine dans la pratique quotidienne (objectif de l'Axe 2) ;
- « Adapter le système de veille et de vigilance aux "signaux faibles" ou aux risques émergents et renforcer la résilience du système de santé face aux situations exceptionnelles » (objectif de l'Axe 3) ;
- « Promouvoir une action européenne et internationale de santé » (objectif de l'Axe 4) ;

⁸ Avis du 23 novembre 2017 sur le projet de SNS, CNS : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/avis-et-recommandations/mandature-2015-2019-10665/article/avis-du-23-11-17-sur-le-projet-de-strategie-nationale-de-sante>

- « Garantir l'accès aux traitements innovants » (objectif de l'Axe 4).

La crise sanitaire a démontré l'importance mais a également accéléré la mise en œuvre du septième principe d'action, visant l'utilisation des données pour la prise de décision : « Appuyer les décisions sur l'analyse critique des meilleures connaissances disponibles, notamment de celles issues des données concernant la santé des personnes et leur environnement ». En effet, **l'étude de cas sur l'utilisation des données dans la gestion de la crise sanitaire** (voir Annexe 7) **montre que cette dernière a marqué un tournant majeur dans l'utilisation des données pour le pilotage du système sanitaire, notamment en temps de crise :**

- **l'utilisation des données pour le pilotage de la crise est devenue une évidence pour les acteurs du système sanitaire et des autres secteurs, pour toutes les fonctions relevant du pilotage** (l'analyse de la situation, l'anticipation, la prise de décision et la communication). Depuis début 2020, des remontées quotidiennes de données partagées aux niveaux national, régional et local ont été progressivement orchestrées afin d'assurer un pilotage fin de la crise et un panel d'indicateurs a été construit au fil de la crise pour appuyer les décisions. Ces modes de fonctionnement entre les acteurs du système de santé sur la question des données se sont peu à peu ancrés, avec par exemple la création d'entités appuyant la remontée, la consolidation et l'analyse des données (par exemple, pôle indicateurs du centre de crise sanitaire et des ARS), ainsi que l'organisation de réunions de coordination entre institutions sur ces sujets. Ces différentes dispositions sont venues incontestablement renforcer les dispositifs préexistants en matière de pilotage du système de santé en période de crise ou de tension ;
- **la crise a marqué un tournant pour les usagers du système de santé et pour la société civile dans l'accès à l'information et la transparence.** La gestion de crise a été caractérisée par une communication forte, marquée par des points de situation nombreux vers le grand public. Les actions de sensibilisation et de prévention se sont également largement appuyées sur les données, afin de favoriser certains comportements (respect des gestes barrières, vaccination...). Enfin, la crise a **marqué le renforcement d'une exigence sociétale** de transparence, de partage et de circulation de l'information, avec notamment la mise à disposition massive de données en accès libre.

Toutefois, ce principe d'action n'a pas été décliné dans la SNS et les enjeux associés n'ont pas fait l'objet d'une analyse concrète. Si la crise a permis de préciser justement ces enjeux et d'identifier des pistes de réflexion (notamment concernant le renforcement d'une capacité d'anticipation des besoins en données en fonction des scénarios de crises, ou encore concernant la gouvernance des données et des chantiers autour des données), **le principe d'action posé par la SNS 2018-2022 pourrait être repris, précisé et étayé, afin d'être traduit en actions et objectifs concrets**, en capitalisant sur ce retour d'expérience.

I.1.3 Des sujets traités de manière générale et non hiérarchisés

La SNS 2018-2022 ne marque pas de rupture avec les précédents cadres ayant permis la définition et la conduite des politiques de santé et notamment avec la SNS 2013-2017 même si ce document n'avait pas la même portée juridique que la SNS 2018-2022 ; à titre d'exemple, la thématique de la prévention fait l'objet d'un axe dédié dans la SNS 2013-2017 puis dans la SNS 2018-2022. Cela s'explique notamment par l'existence d'un certain consensus politique autour des enjeux de santé. C'est également le cas de la question des inégalités sociales et territoriales de santé, objet d'un groupe de travail permanent au HCSP, régulièrement citée comme objectif transversal des politiques publiques, et déjà largement référencée au sein de la SNS 2013-2017 (voir Annexe 3). Les orientations portées au sein de la SNS s'appuient sur ces thématiques consensuelles et sont formulées de manière générale, conférant au document un aspect « générique », souligné par de nombreux acteurs.

Le caractère « général » des orientations de la SNS est renforcé par le fait que celles-ci ne sont pas chiffrées ni étayées par des éléments concrets. Pour différents acteurs interrogés, elles ne se fondent pas sur un état de l'art suffisamment complet. Outre les travaux du HCSP, il aurait été pertinent selon eux d'appuyer la SNS sur des résultats d'études conduites à l'étranger et d'études académiques, sur des analyses de données de santé, etc. De plus, le diagnostic sur lequel elles reposent a été insuffisamment partagé.

Certains acteurs soulignent également que **certains thèmes peuvent être bien couverts, sans pour autant que la SNS ne détaille d'orientations très concrètes.** Ainsi, sur le thème des inégalités de santé, des usagers interrogés déclarent que « les avancées concrètes en termes d'action publique peuvent faire l'objet de critiques », avec une absence d'outils, de ressources et d'indicateurs qui permettraient de répondre concrètement aux enjeux mis en lumière. Cela peut s'expliquer par le caractère « stratégique » donné à la SNS, mais également par le fait que la réduction des inégalités de santé représente presque plus un principe d'action « drainant » la mise en œuvre de chacune des orientations de la SNS qu'un objectif en soi. Néanmoins, cela contribue à rendre le traitement de la thématique des inégalités « abstraite » aux yeux des acteurs interrogés (voir Annexe 3).

Enfin, aucun des objectifs de la SNS ne sont priorisés : aucun horizon temporel ou budgétaire n'est mentionné (« dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de »), aucune mention des moyens nécessaires n'est faite, et tous les objectifs sont positionnés au même niveau, au risque de tomber dans un « effet catalogue » selon certains acteurs interrogés.

I.1.4 Un caractère consensuel et généraliste de la SNS lié au processus d'élaboration et de construction

La construction de la SNS 2018-2022 s'est faite dans un calendrier resserré, entre juillet et décembre 2017.

Selon les acteurs ayant participé à l'élaboration de la SNS, **ce calendrier serré a probablement un lien avec le caractère général de la SNS.** En effet, **la production rapide d'un document a été suivie d'un enrichissement progressif,** notamment les réactions ont été recueillies sur des propositions préformulées, **dans une logique de consensus,** et les acteurs n'ont pas été associés au choix initial des sujets à aborder. Pour illustration, France Assos Santé a rédigé mi-octobre 2017 une lettre ouverte à la ministre des solidarités et de la santé demandant un délai de « deux mois supplémentaires » pour réaliser « une réelle coconstruction »⁹. De plus, les conclusions de la consultation publique, assez tardive, n'ont eu qu'un **impact restreint sur le contenu final de la SNS.**

Enfin, les arbitrages semblent avoir été limités dans un contexte où le niveau assez général des propositions et l'absence de priorisation conduisait assez naturellement au consensus. Il est à noter que le processus de prise en compte des idées recueillies dans le cadre de la consultation a été jugé peu transparent par les usagers et leurs représentants interrogés, avec **peu de communication sur les choix effectués et leurs motivations,** contribuant à une vision « hors sol » de la phase de conception du contenu de la SNS (voir Annexes 2 et 4).

⁹ France Assos Santé (2017). Lettre ouverte à Madame Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé. Paris, 17 octobre 2017.

I.2. La SNS présente une forte cohérence de contenu avec les plans de santé supranationaux et nationaux, mais leurs modalités respectives de mise en œuvre et de suivi n'ont pas été articulées ; le lien est plus fort avec les projets régionaux de santé (PRS)

L'un des enjeux de l'évaluation a été d'apprécier la cohérence de la SNS avec les documents clés de la politique de santé, à tous les échelons. Ainsi, a été étudiée la cohérence de la SNS avec :

- les objectifs de développement durables de l'OMS (niveau supranational) ;
- les plans nationaux de santé (niveau national) - quatre exemples étudiés ;
- les projets régionaux de santé (niveau régional) - deux exemples étudiés, dont l'un en France métropolitaine et l'autre dans les Outre-mer.



I.2.1 Une inscription de la SNS dans les objectifs de développement durable de l'OMS

La SNS s'inscrit tout d'abord dans le mouvement One Health et Health in All Policies de l'OMS, visant à promouvoir une approche multidisciplinaire et globale des enjeux sanitaires et de la santé, notamment en agissant sur les déterminants de la santé. La SNS souligne dans son introduction le principe selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde.

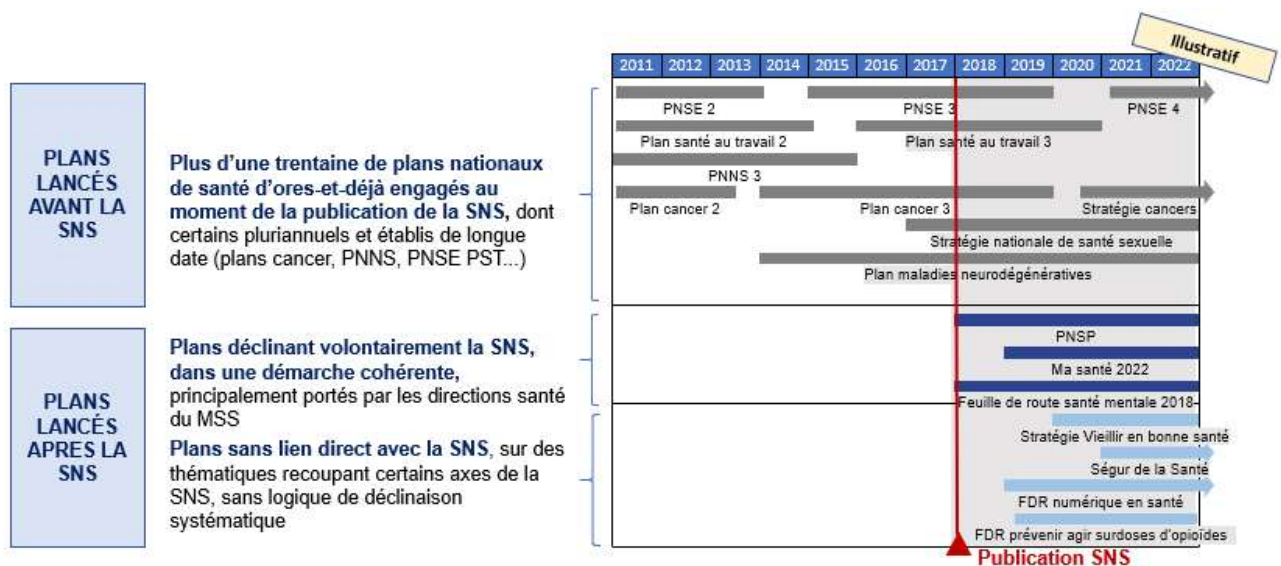
De plus, la SNS s'inscrit en cohérence avec les 17 objectifs de développement durables (ODD) de l'OMS, adoptés en septembre 2015 à l'ONU par 193 pays. Les enjeux de la SNS reprennent notamment ceux portés dans l'objectif 3 consacré à la santé « Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien être à tous les âges ». Plus largement, les enjeux de la SNS entrent en résonance avec les objectifs de développement durable portant sur la sécurité alimentaire (ODD 2), l'alimentation en eau (ODD 6) et les particules fines (ODD 11)¹⁰.

¹⁰ Analyse de la pertinence et la cohérence des objectifs du plan national de santé publique, HCSP, mars 2019.

I.2.2 Des plans nationaux contribuant globalement aux différents axes de la SNS, mais la SNS ne s'est pas imposée comme un cadre d'ensemble

L'introduction de la SNS, conformément au décret du 28 novembre 2016, prévoit que cette dernière est « mise en œuvre par les plans et programmes nationaux ». Toutefois **elle ne s'est pas imposée comme un « cadre » des plans nationaux**. En effet, elle est apparue dans un paysage de plans nationaux pluriannuels déjà bien engagés antérieurement (certains de longue date, tels que les plans cancer, le programme national nutrition santé [PNNS], le plan national santé-environnement [PNSE], etc.), et de nombreux plans nouveaux sont apparus depuis, sans entraîner une démarche systématique de rationalisation et de mise en cohérence d'ensemble.

Il peut d'ailleurs être intéressant de mettre en perspective cette multiplication de plans nationaux thématiques, avec le pilotage régional qui ne repose que sur un seul document, le PRS, intégrant ces différentes thématiques dans un objectif opérationnel de cinq ans sans pour autant les additionner ni les juxtaposer.



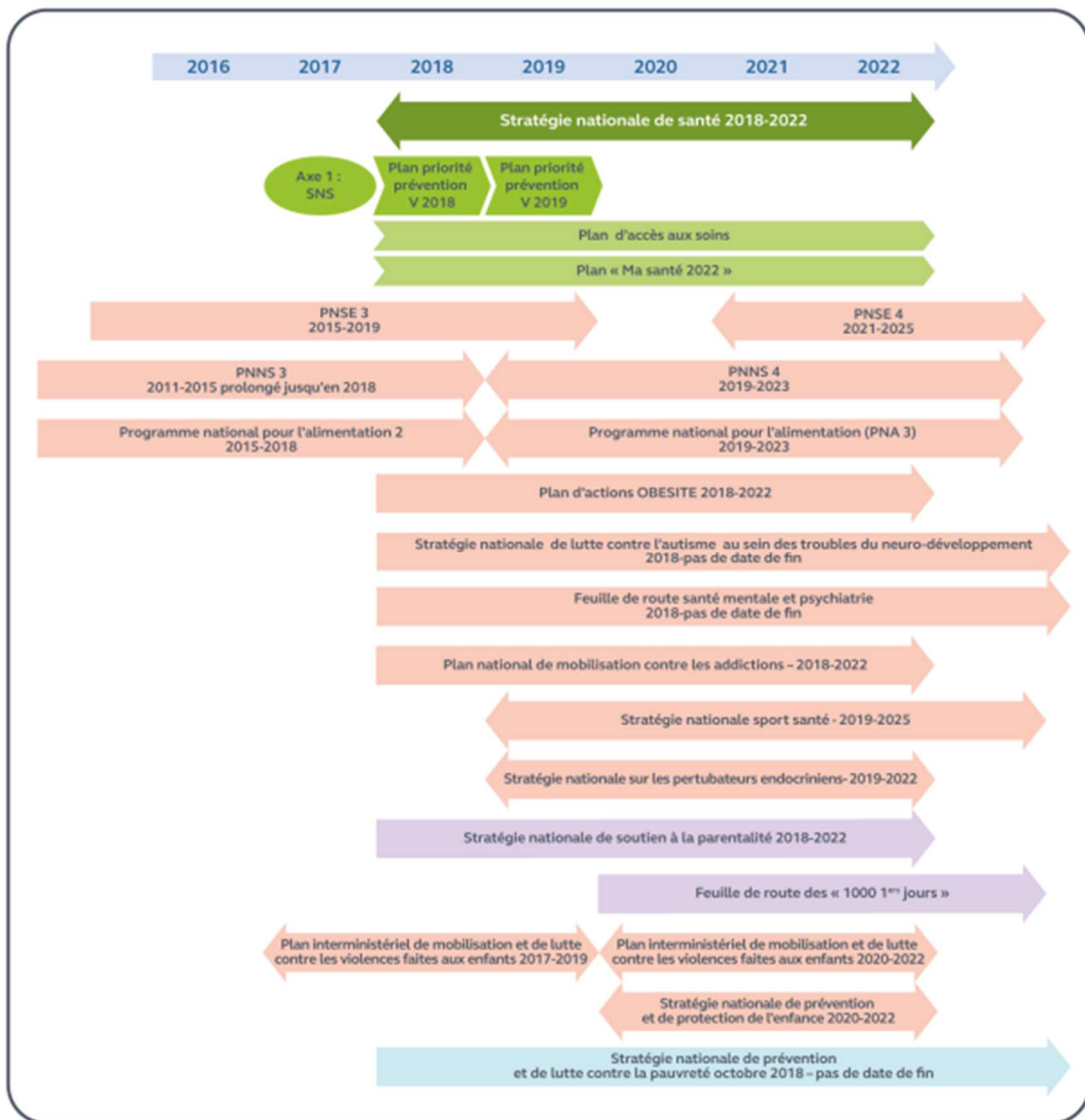
MSS : ministère des Solidarités et de la Santé ; PNSE : plan national santé-environnement ; PST : plan santé au travail ; PNSP : programme national de santé publique ; FDR : feuille de route ; PNNS : Programme national nutrition santé

Si la plupart des plans nationaux de santé semblent contribuer aux axes de la SNS, **de nombreux chevauchements apparaissent et rendent l'ensemble peu lisible aux yeux des acteurs interrogés**. Ces chevauchements peuvent s'expliquer par le fait que la SNS et les plans ont été construits selon une grande diversité d'approches, de formats et de calendriers. Les axes de la SNS combinent ainsi différentes approches (géographique, thématique, populationnelle, etc.), tout comme les plans nationaux (par déterminant de santé, par pathologie, par population, par géographie...) qui recoupent donc souvent plusieurs axes de la SNS à la fois. De plus, certains plans sont très larges, avec une vocation « stratégique » (par exemple, PNSP, Ma santé 2022 sont des déclinaisons explicites de la SNS), d'autres sont focalisés sur des thématiques précises (par exemple, plan obésité 2019-2022). **La diversité des dénominations de ces plans** (plan, programme, stratégie, feuille de route, etc.) **contribue à la faible lisibilité de l'ensemble et à de nombreuses confusions**.

Une illustration de cet éclatement est apportée par le rapport de la Cour des comptes sur la santé des enfants (décembre 2021) : « les plans thématiques nationaux comportant des

mesures en faveur des enfants sont nombreux, non synchronisés, alors qu'ils abordent des sujets très intriqués, et pilotés par des acteurs institutionnels différents ».

Schéma n° 1 : stratégie nationale de santé et plans nationaux thématiques



Source : Cour des comptes

La cohérence détaillée entre la SNS et les plans nationaux de santé a été illustrée à travers quatre exemples :

- le **PNSP**, porté par la DGS avec une volonté de décliner la SNS, et en particulier l'Axe 1, à partir de 2018, en s'appuyant sur l'évaluation du PNSP conduite par le HCSP ;
- le **plan Ma santé 2022**, porté par la DGOS déclinant notamment les Axes 2 et 3 de la SNS sur la thématique de la transformation du système de santé, pour la période 2018-2022 ;
- la **stratégie décennale de lutte contre les cancers**, portée par la DGS et l'Institut national du cancer (INCa) pour la période 2020-2030 et faisant suite à trois plans cancer pluriannuels déjà engagés en amont de la SNS ;
- la **stratégie Vieillir en bonne santé 2020-2022**, élaborée après la publication de la SNS sans objectif explicite de la décliner, portée par la DGCS.

Les contenus de ces différents plans apparaissent globalement cohérents avec la SNS. Cette cohérence peut s'expliquer, pour certains plans, par les modalités d'élaboration mises en œuvre (par exemple, implication d'acteurs ayant déjà élaboré la SNS dans la conception du PNSP et de Ma santé 2022, engendrant une certaine continuité). Dans le cas de la stratégie Vieillir en bonne santé, la cohérence prend plutôt la forme d'une absence de contradiction, les enjeux du « bien vieillir » étant relativement peu développés dans la SNS selon les acteurs interrogés.

Au-delà du contenu des plans, leur cohérence avec la SNS est plus limitée. Les horizons temporels diffèrent (par exemple, un horizon de dix ans pour la stratégie de lutte contre les cancers contre cinq ans pour la SNS). Les modalités de mise en œuvre et de suivi ne sont pas articulées, le suivi individuel de chaque plan n'alimentant pas un suivi global de la SNS. Les modalités de portage ne sont pas toujours cohérentes. La SNS est ainsi portée par le ministère des Solidarités et de la Santé tandis que le PNSP, qui en est une déclinaison, est porté par les services du Premier ministre voire la présidence de la République. Les liens entre les différents plans étudiés et la SNS ont aussi globalement été peu mis en avant (par exemple, les documents de présentation des plans n'explicitent pas dans quels axes de la SNS ces derniers s'inscrivent). Certains plans ont même « dépassé » la SNS en termes de notoriété, notamment Ma santé 2022, parfois considéré comme le cadre de référence par certains acteurs interrogés (qui, parfois, ne connaissent pas la SNS).

Au final beaucoup de plans et programmes se sont dotés d'éléments fondant une stratégie spécifique ou sectorielle. Il convient d'essayer de garantir au minimum une articulation et dans l'idéal d'assurer une cohérence et une intégration, entre ces stratégies sectorielles et la SNS.

I.2.3 Une cohérence de contenu entre les PRS des régions étudiées et la SNS, mais limitée dans leur mise en œuvre

La loi de modernisation du système de santé de 2016 impose que les PRS s'inscrivent en cohérence avec la SNS¹¹, et l'introduction de la SNS stipule que cette dernière est « mise en œuvre par [...] les différents outils régionaux, et notamment les projets régionaux de santé ».

Le contenu des PRS étudiés apparaît cohérent avec la SNS, avec des thématiques qui correspondent aux grands axes de la SNS. Cette cohérence peut s'expliquer notamment par la formulation large des objectifs de la SNS, cette dernière ayant été, pour rappel, construite dans une démarche de consensus et dans la continuité des précédents grands plans et stratégies de santé. Cela s'explique aussi par le calendrier retenu qui a amené à différer de plusieurs mois la publication des PRS de deuxième génération, dans l'attente de la publication du texte réglementaire définissant le contenu de la SNS 2018-2022.

En revanche, cette cohérence n'apparaît pas comme le résultat d'une articulation fine des modalités d'élaboration et de mise en œuvre de la SNS et des PRS. En effet :

- **les modalités d'élaboration de la SNS et des PRS n'ont pas été bien articulées,** mais certaines régions les ont recherchées. L'élaboration des PRS 2 a été lancée dès 2016 alors que celle de la SNS 2018-2022 n'a débuté qu'à l'été 2017 (en lien avec le calendrier électoral). Mais lors de la publication de la SNS fin 2017, les PRS étant déjà bien aboutis, des travaux d'alignement ont été conduits par certaines ARS pour répondre à l'impératif de cohérence (ce décalage de calendriers apparaissant illogique

¹¹ « Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. » (art. L. 1434-1 CSP).

aux yeux des acteurs interrogés). Par ailleurs les ARS n'ont pas été formellement impliquées dans l'élaboration de la SNS ;

- **les niveaux de granularité et les temporalités n'ont pas été articulés.** Contrairement au document unique qui constitue la SNS, les PRS sont composés de trois documents de nature différente : un cadre d'orientation stratégique (COS) d'un horizon de dix ans, un schéma régional de santé (SRS) et un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) d'un horizon de cinq ans. Au niveau régional, le PRS intègre un champ de travaux large, avec un diagnostic de l'état de santé régional et la définition d'orientations structurantes (COS) puis une feuille de route de mise en œuvre (SRS et PRAPS). Au niveau national, la SNS se focalise, elle, sur la définition des orientations stratégiques et n'intègre pas directement de feuille de route ou de volet opérationnel. De plus, la SNS a été conçue pour un horizon de cinq ans tandis que son pendant au niveau régional, le COS, présente un horizon de dix ans, **posant la question de l'articulation temporelle entre ces documents ;**
- **enfin, si les PRS ont été mis en œuvre sans liens évidents avec la SNS, des cohérences ont été recherchées.** Les indicateurs de suivi de la SNS n'ont pas été repris formellement pour le suivi des PRS et, inversement, les indicateurs de suivi des PRS n'ont pas alimenté la réflexion sur les indicateurs de la SNS. Mais les indicateurs de suivi des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) des ARS sont organisés selon les axes de la SNS. Enfin, un travail récent de définition d'un socle d'indicateurs d'évaluation des PRS actuels, commun à l'ensemble des ARS, a été mené selon les axes de la SNS. Dans les deux types de travaux, des indicateurs qui leur sont communs sont identifiés.

II. ANALYSE DES RÉSULTATS ET IMPACTS DE LA SNS

II.1 Les impacts globaux de la SNS sont difficiles à appréhender

II.1.1 La SNS n'a pas fait l'objet d'actions de suivi spécifiques

Lors de l'élaboration de la SNS 2018-2022, des réflexions avaient été conduites sur la mise en place d'un rendez-vous de suivi annuel associant les parties prenantes, sous le pilotage du SGMCAS. Ce rendez-vous n'a finalement pas été mis en place et, de manière générale, **la SNS 2018-2022 n'a pas fait l'objet d'une démarche de suivi spécifique** (contrairement à de nombreux plans de santé : par exemple, mise en place du conseil du numérique en santé pour suivre la feuille de route dédiée à cette thématique ; pilotage de l'avancement du PNSP porté par la DGS ; les différents plans cancer, etc.). La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a concouru, dès le début 2020, à faire passer le suivi de la SNS au second plan des priorités de pilotage du système de santé. Des actions concernant les domaines d'actions et les objectifs listés dans la SNS ont été menées, et un suivi de ces actions a été réalisé par le ministère des Solidarités et de la Santé ou d'autres ministères depuis 2018, mais **il n'existe pas de suivi consolidé permettant d'avoir une vision globale et interministérielle des actions entreprises à l'aune de la SNS**. Ainsi, par exemple, la mise en place du « 100 % santé » et la réforme de la complémentaire santé solidaire ont des comités de suivi dédiés, avec des indicateurs identifiés. De même, l'INCa et la DGS ont un suivi étroit des plans cancers successifs. Mais, **il n'existe pas de document consolidé recensant de façon exhaustive les différents plans et programmes nationaux portés par le ministère des Solidarités et de la Santé**.

Par ailleurs, l'équipe projet chargée de l'élaboration de la SNS n'a pas été maintenue. Ainsi, **si la phase d'élaboration avait engagé une dynamique collective marquante pour les acteurs impliqués, celle-ci s'est rapidement étiolée**. Le manque d'actions de suivi, les mobilités professionnelles de certaines personnes très impliquées dans la SNS, la faible mobilisation d'acteurs non impliqués initialement qui n'ont donc pas « pris le relais », ont conduit à un essoufflement général de la dynamique autour de la SNS, et notamment au **retour d'un fonctionnement en « silos »** des directions et ministères sur les questions de santé (voir Annexe 2).

II.1.2 Le choix d'un suivi par un nombre limité d'indicateurs de résultats et d'impacts pour une stratégie aussi englobante s'apparente à la quadrature du cercle

Afin d'évaluer l'impact concret de la SNS et de ses dispositions, la DREES et les directions ministérielles associées à la construction de la SNS ont élaboré un tableau de bord comprenant 20 indicateurs permettant de mesurer des résultats et impacts sur la santé de la population pour les 4 axes et 11 domaines d'action prioritaires de la SNS, ainsi que pour 2 volets spécifiques.

Le groupe de travail, instauré dès 2017, a ainsi retenu le principe d'un nombre restreint d'indicateurs pour le suivi pluriannuel des résultats et impacts de la SNS sur la santé, notamment à la lumière des nombreux indicateurs qui avaient été identifiés pour le suivi des 100 objectifs de la loi de santé publique de 2004, et de la difficulté d'établir un tableau de bord pour le suivi de la SNS 2013-2017. Outre la question encore débattue du nombre pertinent d'indicateurs pour piloter efficacement un système de santé (les expériences des pays en la matière sont assez variables, d'une dizaine d'indicateurs jusqu'à une centaine), le souhait du groupe de travail, salué par la CNS lors de la présentation du projet de tableau de bord, était que cette démarche d'élaboration, de mise à jour et de partage d'indicateurs soit réalisée dans

des délais raisonnables et effectivement menée à son terme (une amorce de tableau de bord plus ambitieux avait été réalisée au lancement de la précédente stratégie mais n'avait pas abouti).

Pour chaque objectif listé dans la SNS, un travail de recensement des indicateurs nécessaires au suivi des résultats et impacts sur la santé a donc été réalisé par la DREES et présenté au groupe de travail. Parmi tous ces indicateurs, le groupe de travail a sélectionné ceux qui étaient disponibles – notamment *via* la disponibilité des sources de données nécessaires, et en privilégiant ceux déclinables territorialement ou selon des caractéristiques sociodémographiques, soit moins d'une trentaine d'indicateurs. Enfin, il a été demandé au groupe de travail de réduire encore la liste pour ne retenir que 20 indicateurs clés. Ces derniers ont fait l'objet d'une concertation avec les directions d'administration centrale du ministère, et ont été soumis pour avis à la CNS et au HCSP. Les retours convergents de ces deux institutions sur le fait que l'indicateur initialement retenu de taux de chirurgie ambulatoire n'était pas un indicateur de résultat ou d'impact ont conduit à sa suppression, et un indicateur relatif à la santé mentale a été ajouté.

Le suivi de ces indicateurs produits par différents organismes – Insee, Santé publique France, Eurostat, ministère de la Transition écologique, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, DREES – est rendu public *via* une application web dédiée (<https://drees.shinyapps.io/suivi-sns/>), où chaque indicateur est référencé et fait l'objet d'une fiche descriptive.

Liste des 20 indicateurs sélectionnés

Indicateurs de long terme : espérance de vie

- 1) Espérance de vie à la naissance
- 2) Espérance de vie sans incapacité

Axe 1 « Promotion-Prévention »

- 3) Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte
- 4) Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes
- 5) Limitation de longue durée perçue dans les activités usuelles du fait d'un problème de santé
- 6) Concentration annuelle des quatre principaux polluants en zone urbaine (niveaux moyens d'exposition)
- 7) Taux de couverture vaccinale grippe
- 8) Taux de couverture du dépistage de cancer colorectal

Axe 2 « Inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé »

- 9) Taux de renoncement aux soins (traitements ou soins médicaux ou dentaires)
- 10) Part du reste à charge des ménages pour les dépenses dentaires et optiques
- 11) Pourcentage de la population résidant dans une zone dans laquelle l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes est inférieure à un certain seuil

Axe 3 « Qualité, sécurité, pertinence des prises en charges »

- 12) Taux d'hospitalisations potentiellement évitables
- 13) Part d'hospitalisation par les urgences pour troubles mentaux sévères
- 14) Taux de polymédication chez les personnes âgées
- 15) Taux de réhospitalisation à 30 jours

Axe 4 « Innover en réaffirmant la place des usagers »

- 16) Proportion de la population satisfaite de la qualité des soins selon le type de professionnel

Disposition spécifique aux enfants

- 17) Couverture vaccinale à 24 mois pour les 11 vaccins obligatoires
- 18) Proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur 6ème anniversaire

Disposition spécifique à l'Outre-mer

- 19) Taux de mortalité périnatale
- 20) Prévalence du diabète traité pharmacologiquement

Cependant, les travaux d'évaluation ont permis d'identifier les limites d'un suivi des résultats et impacts de la SNS via cette liste restreinte d'indicateurs de santé :

- le choix d'une évaluation en 2022, soit la dernière année de la SNS actuelle, afin de préparer la suivante, impose que les indicateurs soient mesurés sur seulement les trois premières années de la SNS. Lorsque les données sont recueillies en temps décalé, par exemple en $n-2$, on peut considérer que seule l'évolution de la première année de la SNS est mesurée, ce qui rend l'exercice inopérant pour ce type d'indicateurs (la dernière estimation disponible pour 4 indicateurs est celle de l'année 2019 et pour 12 indicateurs, celle de l'année 2020) ;
- **les indicateurs ne permettent qu'un suivi parcellaire de la SNS**, toutes les dimensions de la SNS n'y sont pas rattachées, **avec un effet « lampadaire »** sur certains objectifs, pour des raisons de disponibilité des données plus que de volonté de priorisation politique ;
- **l'absence de spécificité des indicateurs sélectionnés pose des difficultés dans le processus d'évaluation de la SNS**. En effet, les indicateurs forment un ensemble censé faire référence, mais **le lien de cause à effet entre la SNS et les indicateurs retenus n'est pas toujours démontrable** (des indicateurs pouvant évoluer sous l'effet de facteurs sans liens avec la SNS, et inversement des effets de la SNS échappant aux indicateurs), ce qui conduit à **une incapacité à corrélérer l'évolution des indicateurs à la mise en œuvre de la SNS**. L'ajout de certains indicateurs de moyens permettrait de mettre en regard les actions avec les résultats ;
- **plusieurs indicateurs sélectionnés n'évoluent généralement que sur le long terme, témoignant d'une cohérence faible entre les grands objectifs de la SNS et son horizon temporel**. C'est par exemple le cas des mesures visant à améliorer l'espérance de vie à la naissance (réduction de l'exposition à la pollution extérieure, promotion des comportements favorables à la santé, etc.), qui ne produiront leurs potentiels effets qu'après plusieurs dizaines d'années ; il paraît nécessaire de distinguer des indicateurs de court, moyen et long termes ;
- **aucun indicateur n'a été envisagé ni mis en œuvre pour suivre des résultats et des impacts qui ne soient pas liés à l'état de santé de la population**. Aucun indicateur n'a ainsi été prévu pour évaluer l'ancrage de la SNS comme document de référence pour les acteurs de la politique de la santé, ou pour rendre compte de ses éventuels impacts sur les pratiques des professionnels de santé et l'expérience des usagers.

Plus largement, il ressort de ces analyses que **le suivi par indicateur quantitatif de résultats et d'impact d'une stratégie aussi englobante s'apparente à la quadrature du cercle, car s'il est important de pouvoir suivre les résultats et impacts sur la santé de chaque axe, domaine d'action, objectif, via la mobilisation d'indicateurs permettant de mesurer les évolutions par rapport à la situation de départ, il faut pouvoir aussi :**

- **disposer d'une information synthétique**, notamment pour le pilotage stratégique, ce qui conduit mécaniquement à prioriser et faire des choix dans les indicateurs ;
- **se doter d'outils de suivi nouveaux** lorsqu'ils manquent, qui fatalement ne permettront pas de contribuer, ou qu'en partie, à l'évaluation de la stratégie en cours mais pourront être mobilisés pour l'évaluation suivante, au risque sinon de constater périodiquement les mêmes manques ;
- **articuler les indicateurs de moyens et processus avec les indicateurs de résultats et d'impact**, en distinguant vraisemblablement trois types d'indicateurs : les indicateurs témoignant de l'action des acteurs publics (*input*), les indicateurs rendant compte de l'atteinte d'objectifs de moyens (*output*) et ceux rendant compte de l'impact sur la santé (*outcome*). Cette articulation permet de répondre à la critique relative à l'absence de spécificité des indicateurs de résultats et d'impact, en considérant que l'impact sur la santé résulte de l'ensemble des actions mises en œuvre, sans pouvoir toujours identifier toutes les causalités sous-jacentes, mais en cherchant cependant à

mettre en regard actions et résultats. Cette articulation permet aussi de s'accommoder des différents niveaux de granularité de la SNS, tout en étant aussi valable dans le cas d'un document uniquement stratégique décliné ensuite par des plans opérationnels.

Ainsi, **l'objectif initial d'un suivi quantitatif des impacts de la SNS sur l'état de santé de la population s'est heurté à plusieurs écueils, dans un contexte où il ne semble pas exister de « bonne pratique » évidente.** L'étude de parangonnage international permet quand même d'apporter un autre éclairage, en révélant que **les indicateurs de la SNS sont peu nombreux comparativement à des modèles d'évaluation des politiques de santé à l'international.** En Angleterre, environ 70 indicateurs et 160 sous-indicateurs de résultats ou d'impact mis à jour annuellement ont été sélectionnés pour suivre le Public Health Outcomes Framework, un cadre posant une vision pour la santé publique et les objectifs à atteindre, sans horizon fini, mais avec une logique de revue tous les trois ans (voir Annexe 4). Par ailleurs, un autre jeu d'indicateurs, de moyens et de résultats, permet de suivre le NHS Outcomes Framework, centré sur l'action du système de santé. Le modèle de la stratégie Santé2020 suisse, considéré comme étant le plus proche du modèle français en termes d'axes couverts et de niveau de granularité (36 mesures répondant à 12 objectifs, répartis en 4 domaines d'action), comporte par exemple 52 indicateurs, de processus moyen mais aussi de résultats et d'impact, présentés par axe et accessibles au grand public *via* un tableau de bord régionalisé et filtrable par genre et par tranche d'âge (voir Annexe 4). Pour deux des douze objectifs, aucun indicateur quantitatif n'a été retenu, pour privilégier une appréciation fondée sur des programmes d'évaluation.

II.1.3 Des évaluations d'impact par nature ciblées

Au-delà du suivi d'indicateurs, il peut être nécessaire, pour correctement évaluer les résultats d'une mesure destinée à atteindre un objectif, de mettre en œuvre une évaluation d'impact tenant compte des biais potentiels pouvant fausser la comparaison simple d'indicateurs descriptifs. Un exemple d'évaluation d'impact d'une mesure encouragée par la SNS est celle que **la DREES a menée sur la pratique des médecins généralistes exerçant au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), et les impacts associés** (voir Annexe 6). La SNS consacre un sous-objectif à ce sujet, au sein de l'Axe 3 et de l'objectif : « Structurer les soins primaires pour assurer la qualité et la continuité des parcours », et pour cela elle propose de « soutenir le développement de tous les modes d'exercice coordonné afin qu'ils deviennent majoritaires au sein du système de santé : équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles, pour lesquelles l'objectif est un doublement d'ici cinq ans ».

Créées sur une base expérimentale par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2007¹², et généralisées par la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les MSP sont des « lieux de regroupement des professionnels de santé assurant des activités de soins sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales ». Un lien avec la SNS de 2013 est explicitement mentionné dans la description du contexte institutionnel de l'exercice en MSP intégré à l'évaluation. Une comparaison simple de l'activité des professionnels exerçant ou pas en MSP ne permet pas d'évaluer les effets de ce type d'exercice regroupé, car les profils de ces deux groupes de professionnels ne sont pas comparables. Il a donc été nécessaire de construire un groupe de professionnels n'exerçant pas en MSP « comparable » au groupe de professionnels y exerçant. **La recherche menée a permis de montrer que ce mode d'exercice regroupé a produit des effets sur l'amélioration des revenus des médecins généralistes comparativement aux praticiens n'exerçant pas en MSP, s'expliquant notamment par une hausse de la patientèle non corrélée à une hausse du nombre d'actes dispensés.** De plus, les médecins exerçant en MSP déclarent **une plus grande satisfaction quant à leur équilibre**

¹² Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008 (article 44).

vie personnelle/vie professionnelle. Ces observations démontrent donc une **forme d'efficacité du modèle des MSP.**

Une telle évaluation d'impact est par nature ciblée sur une mesure particulière, et demande ensuite à être poursuivie par l'analyse des effets sur la prise en charge des patients et *in fine* leur état de santé.

II.2 Une dynamique variable de mise en œuvre des priorités de la SNS

II.2.1 Une dynamique forte de déclinaison de l'Axe 1 au travers du plan national de santé publique (PNSP)

Le PNSP a été conçu par la DGS comme une déclinaison opérationnelle de l'Axe 1 de la SNS d'après les acteurs interrogés (au sein de la DGS notamment avec un calendrier proche et cohérent entre SNS et PNSP). De plus, le HCSP a conçu l'évaluation du PNSP en tant que déclinaison de l'Axe 1 de la SNS¹³ :

« Le HCSP a considéré que la SNS et le plan national de santé publique formaient un ensemble. La SNS énonce des objectifs stratégiques et des objectifs spécifiques mais ne propose pas de mesures permettant leur mise en œuvre. Le PNSP reprend des objectifs spécifiques souvent plus ciblés et propose des objectifs opérationnels liés à la mise en place de mesures proposées dans le plan. »

En outre, le HCSP souligne **une bonne cohérence du PNSP avec la SNS** : « Le dispositif total apparaît cohérent et ne montre pas d'objectif soit dans la SNS soit dans le PNSP qui ne serait décliné par un plan d'action. » En règle générale, **l'ensemble des objectifs du premier axe de la SNS sont déclinés en objectifs opérationnels**, voire font l'objet d'un plan d'action ou d'une feuille de route dans le PNSP. Les Axes 2, 3, 4 et les volets spécifiques de la SNS sont également abordés mais de manière moins détaillée.

Au-delà de la cohérence de contenu, **le PNSP, lancé en 2018 à la suite de la SNS**, n'affiche pas d'horizon temporel précis (contrairement à la SNS qui s'inscrit dans un cadre de cinq ans). Il a été conçu dans une logique « dynamique, permettant d'introduire ou de retirer des mesures en cours de déroulement du plan ».

Cette dynamique de déclinaison de l'Axe 1 de la SNS à travers le PNSP peut notamment s'expliquer par le fait que l'élaboration de la SNS et celle du PNSP ont mobilisé des équipes communes de la DGS sur des périodes resserrées (SNS : juin-décembre 2017, PNSP : novembre-décembre 2017). De plus, au-delà du rôle de la DGS, les méthodes d'élaboration utilisées ont été comparables (implication des directions ministérielles, consultation de la CNS...) et la SNS s'est imposée comme un cadre naturel de l'ensemble des travaux concernant la prévention.

Pourtant, les actions de communication autour du PNSP, importantes notamment en raison du portage par le Premier ministre en lien avec le comité interministériel de la santé, n'ont pas mis en avant le lien avec la SNS dont les quelques communications ont été portées par la ministre des Solidarités et de la Santé. Le PNSP a fait l'objet d'un suivi interministériel important, avec des mises à jour régulières et des priorisations annuelles, contrairement à la SNS qui n'avait pas vocation à être un plan d'action. Ainsi, **à l'issue de la conception et du lancement du PNSP, aucun lien durable n'a été établi avec la SNS.**

¹³ Analyse de la pertinence et la cohérence des objectifs du plan national de santé publique, HCSP, mars 2019.

II.2.2 De nombreuses thématiques citées dans la SNS n'ont pas fait l'objet de mesures de déclinaison spécifiques

Les axes et les volets spécifiques de la SNS ont fait l'objet d'une déclinaison inégale dans les plans nationaux, et certains sujets n'ont pas fait l'objet d'actions spécifiques. La publication de la SNS n'a, par exemple, pas été suivie de mesures spécifiques en termes de démocratie en santé, ni d'initiative ou de plan spécifique de coordination répondant à l'objectif de l'Axe 4 de promouvoir une action européenne et internationale de santé. De nouveau, le contexte international depuis le déclenchement de la pandémie n'a pas facilité l'investissement dans de telles actions qui auraient été pourtant opportunes dans ce contexte, et en a renforcé l'exigence.

Le HCSP décrit également des faiblesses relatives à la déclinaison concrète du volet complémentaire portant sur la politique de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes dans le PNSP : « les objectifs de la SNS sont nombreux et seuls quelques-uns font l'objet d'objectifs opérationnels dans le PNSP »¹⁴. Le volet de la SNS dédié aux priorités spécifiques à la politique de santé des enfants, des adolescents et des jeunes prévoit, au travers de plusieurs objectifs, un renforcement des politiques de prévention (santé, violences, etc.), une adaptation de l'offre de soins dédiés aux plus jeunes et un accompagnement à l'insertion des enfants en situation de handicap. Quelques-uns de ces objectifs ont été déclinés de façon opérationnelle dans le PNSP et d'autres plans nationaux contribuent également à ce volet (PNNS, plans nationaux santé-environnement, plans contribuant à l'école inclusive tels que la stratégie nationale pour l'autisme, etc.), mais tous ne comportent pas de mesures spécifiques concernant les enfants, les adolescents et les jeunes. Le HCSP recommande ainsi de compléter le PNSP par des mesures spécifiques à ces classes d'âge.

Enfin, la crise sanitaire a souligné l'importance de certaines thématiques portées par la SNS mais a montré que le système sanitaire n'était pas suffisamment préparé pour faire face à cette situation exceptionnelle, invitant ainsi à engager aujourd'hui des réflexions plus concrètes. La SNS mentionne notamment une orientation relative à l'adaptation du « système de veille et de vigilance aux "signaux faibles" ou aux risques émergents » et au renforcement de « la résilience du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles » (Axe 3). L'étude de cas sur l'utilisation des données pour le pilotage de la gestion de la crise sanitaire (Annexe 7) a permis d'identifier plusieurs pistes de réflexion liées à la question des données, notamment concernant la nécessité de renforcer la fonction de prospective des besoins en données nécessaires au pilotage des crises sanitaires, d'intégrer la question des données dans la gouvernance de crise et de réduire les obstacles à la collecte et à l'utilisation des données pouvant être anticipés en amont.

II.3 Un faible impact de la SNS sur les pratiques des acteurs du système de santé

Les travaux d'évaluation ont montré que la SNS n'a pas constitué de cadre de référence, ni eu d'impact direct sur la pratique concrète des acteurs de l'écosystème de la santé, tant au niveau national qu'au niveau régional et « terrain ».

Au niveau national, la phase d'élaboration de la SNS a représenté un exercice de collaboration marquant entre les acteurs et a permis une meilleure connaissance de leurs problématiques mutuelles, à la fois au sein du champ du ministère des Solidarités et de la Santé et en interministériel. Ces travaux, suivis par la publication de la SNS, ont

¹⁴ Analyse de la pertinence et la cohérence des objectifs du plan national de santé publique, HCSP, mars 2019.

enclenché une dynamique favorable au lancement de quelques projets et plans de santé novateurs. Le PNSP ou Ma santé 2022 ont ainsi été lancés par les acteurs impliqués dans la SNS avec pour ambition de la décliner. D'autres plans, plus spécifiques, découlent également de la SNS d'après les acteurs les ayant portés ; c'est notamment le cas de la démarche École promotrice de santé portée par le ministère de l'Éducation nationale. Néanmoins, cette dynamique s'est étiolée avec le temps et n'a pas permis de maintenir la logique transverse établie par la SNS. Le manque de suivi de la SNS et l'absence d'actions visant à embarquer des acteurs nouveaux dans la démarche ont conduit à un essoufflement de la dynamique, expliquant un retour à un fonctionnement « en silos » autour des sujets de santé (hors gestion de la crise sanitaire ayant conduit à un rapprochement fort de l'ensemble des acteurs).

Au niveau local, les liens avec la SNS se sont aussi distendus. La SNS s'avère peu connue par les acteurs de terrain, qu'ils fassent partie de l'écosystème en charge de conduire la politique de santé (ARS et leurs partenaires régionaux) ou bien des professionnels de santé. Une connaissance très sommaire, voire une méconnaissance totale a été constatée chez les deux tiers des acteurs interrogés, s'expliquant notamment par une communication très faible autour de la SNS, sans actions directes vers les acteurs de terrain, et par l'absence de présentation de la SNS et notamment de ses grands axes dans les parcours de formation des professionnels. **De plus, les professionnels n'ont pas de raison d'utiliser le document SNS au quotidien**, celle-ci étant jugée très conceptuelle et présentant des priorités se traduisant difficilement directement dans les pratiques quotidiennes. **La SNS n'a donc pas représenté un cadre d'action pour ces acteurs de terrain, contrairement aux PRS qui, dans une moindre mesure et dans les régions étudiées, ont semblé mieux connus et faire l'objet d'une meilleure appropriation ne serait-ce qu'à travers leur caractère opposable à l'égard de certains acteurs de l'écosystème.** Cette appropriation est notamment liée à deux facteurs :

- les acteurs de terrain ont été, dans les régions étudiées, largement associés à la phase de concertation ayant précédé la publication de PRS souvent dans le cadre d'une approche par thématique ou filière de prise en charge, ayant impliqué la participation d'une large partie de l'écosystème de santé des territoires concernés. Ces mêmes acteurs n'ont pas été associés directement à l'élaboration de la SNS (les acteurs interrogés n'ont pas été particulièrement atteints par les actions de communication ou la consultation publique lancées dans le cadre de la construction de la SNS) ;
- les PRS ont été explicitement déclinés, *via* les SRS, en feuilles de route opérationnelles (parfois opposables, pour les établissements notamment) et les actions qui en ont découlé ont elles-mêmes fait l'objet d'un suivi dans la durée. Ces actions conduites au niveau régional n'ont en revanche pas fait l'objet d'une articulation avec la SNS, comme expliqué précédemment.

III. RECOMMANDATIONS

III.1 Contexte d'élaboration des recommandations

L'ensemble des travaux d'évaluation de la SNS 2018-2022 ont conduit à l'élaboration de recommandations, pistes de réflexion sur les objectifs, modalités d'élaboration et de mise en œuvre de la prochaine SNS, **normalement prévue dès 2023**¹⁵. En termes de méthode, la DREES a constitué un groupe de travail *ad hoc* au sein du comité de pilotage de l'évaluation de la SNS 2018-2022, suite à la réunion de juin 2021 au cours de laquelle ont été partagés les premiers résultats de l'évaluation.

Différents ateliers ont permis d'aboutir à la construction d'un document (voir Annexe 1) qui fournit, sur chacun des grands axes de l'élaboration et de la mise en œuvre de la SNS :

- un bilan des enseignements de l'évaluation ;
- les grandes questions à prendre en compte pour préparer la prochaine SNS ;
- des éléments de réponse, sous forme de clés méthodologiques.

Ces réflexions sont le fruit des travaux d'évaluation de la SNS 2018-2022 et s'inscrivent dans le cadre législatif et réglementaire actuel.

III.2 Synthèse des recommandations

Si les acteurs interrogés dans le cadre de l'évaluation de cohérence et d'impact de la SNS 2018-2022 **s'accordent tous sur l'intérêt d'un cadre national de politique de santé publique**, les échanges ont montré qu'ils avaient des **visions diverses de ce que la SNS « aurait dû être » ou « devrait être »** dans le détail. À titre d'illustration :

- certains acteurs jugent le niveau de détail de la SNS trop élevé pour un cadre général, alors que d'autres l'estiment insuffisant ;
- l'horizon de cinq ans, aligné sur un mandat présidentiel, est jugé adapté pour certains acteurs, trop court pour d'autres ;
- la couverture exhaustive des champs de la santé par la SNS représente la force d'une stratégie d'ensemble pour certains acteurs, alors que d'autres privilégieraient un champ plus restreint avec quelques grandes orientations stratégiques clés ;
- certains acteurs regrettent que la SNS n'ait pas été accompagnée de financements pour faciliter sa mise en œuvre alors que d'autres estiment que la SNS demeure un cadre général et de long terme, qui ne doit pas nécessairement intégrer d'éléments relatifs aux moyens financiers mobilisés ;
- enfin, la SNS s'engage parfois sur des dimensions trop opérationnelles pour certains acteurs interrogés alors que d'autres souhaiteraient justement que la SNS descende systématiquement jusqu'au niveau de la mise en œuvre opérationnelle.

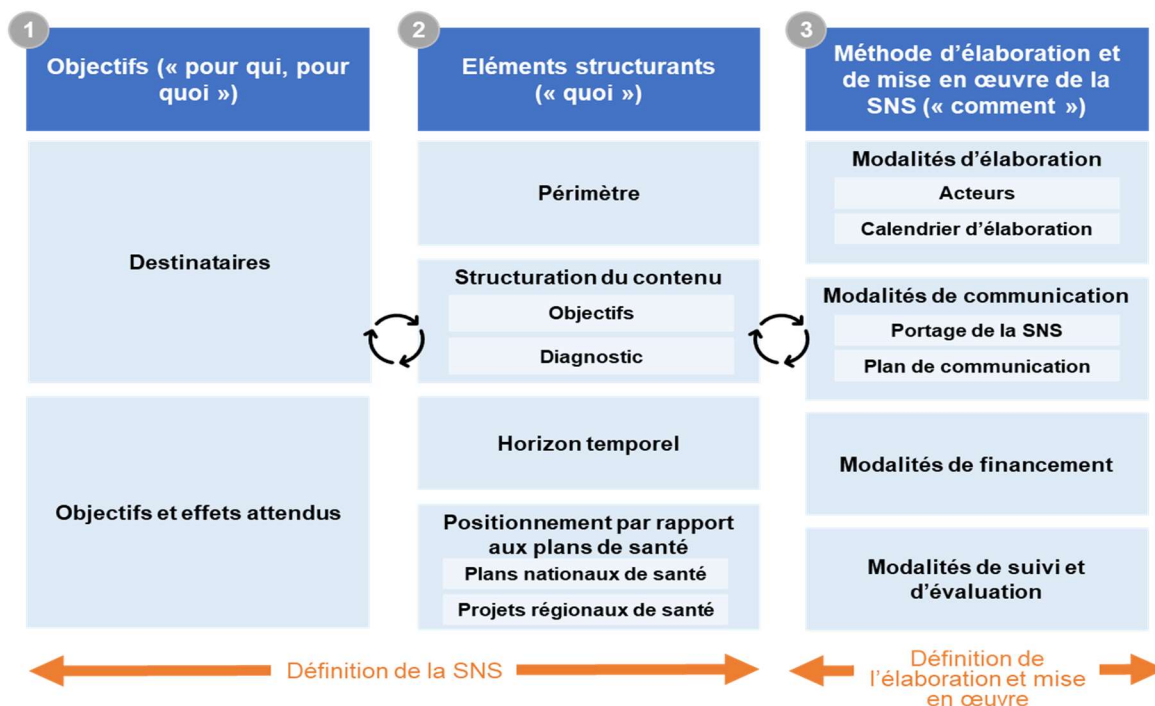
Ces échanges ont permis de mettre en évidence la **coexistence de différentes visions de la SNS parmi les acteurs de l'écosystème, pas toujours consensuelles, qui invitent à définir de façon cohérente et partagée la prochaine SNS** pour :

- garantir une vision claire et partagée des objectifs de la SNS et de son rôle par rapport à l'ensemble des plans et projets de santé nationaux et régionaux ;
- mettre en œuvre la SNS selon des modalités permettant l'atteinte des résultats attendus.

Les réflexions du groupe de travail ont permis d'identifier les grands paramètres structurants d'une SNS, et de les répartir en trois grandes catégories :

¹⁵ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (art. L. 1411-1-1).

Le jalon posé par la loi de 2016 impose l'existence d'une SNS et implique son renouvellement à la fin de la période couverte par la SNS en cours, c'est-à-dire à la fin de l'année 2022.



Dans le cadre de l'élaboration de la prochaine SNS, **il est proposé que chacun de ces paramètres soit défini en veillant à assurer une cohérence d'ensemble, depuis la définition des objectifs et des éléments structurants du document jusqu'à la méthode d'élaboration et de mise en œuvre de la SNS**, dans une logique itérative (par exemple, la détermination de l'horizon temporel de la SNS peut amener à faire évoluer et préciser ses objectifs et effets attendus).

Il est à noter que certains paramètres sont aujourd'hui contraints par le cadre réglementaire existant. Ainsi, en complément des éléments législatifs rappelés en introduction du rapport, le CSP prévoit que :

- la SNS est définie pour une **durée qui ne peut excéder dix années** ; elle est mise en œuvre par **des plans et des programmes opérationnels à portée nationale**, définis ou révisés **par arrêté** ainsi que par les projets régionaux de santé (article R. 1411-1) ;
- **des plans, programmes nationaux et les projets régionaux de santé** concourent à la mise en œuvre de la SNS (article R. 1411-2) ;
- l'élaboration de la SNS intègre une **phase de consultation publique**, ouverte à tous les acteurs intéressés par le sujet ; la CNS et le HCSP sont consultés sur le projet de SNS (article R. 1411-3) ;
- la SNS et les plans et programmes nationaux donnent lieu à un **suivi annuel et à des évaluations pluriannuelles** permettant d'apprécier les résultats obtenus au regard des ressources mobilisées. Les **résultats du suivi annuel et des évaluations pluriannuelles seront soumis pour avis à la CNS et au HCSP et seront rendus publics**, afin d'en tirer les enseignements nécessaires à l'adaptation des politiques publiques (article R. 1411-4).

Au-delà de ces différentes visions et des options qui seront retenues sur chacun des paramètres, les travaux d'évaluation ont permis d'identifier **neuf conditions de réussite** pour l'élaboration de la prochaine SNS, à cadre juridique constant :

1. **Un portage de la SNS de haut niveau (cabinet du ministre) imposant un caractère interministériel du fait des liens avec les politiques de nombreux autres ministères** (Premier ministre voire présidence de la République) pour :

- asseoir la légitimité de la SNS au sein du ministère et en interministériel, et favoriser ainsi le respect de l'ambition initiale de la SNS et l'obtention des arbitrages nécessaires ;
 - favoriser sa diffusion auprès des acteurs de l'écosystème de la santé et des autres ministères impliqués, des représentants des usagers et du grand public.
2. **Une équipe transversale au ministère des Solidarités et de la Santé dédiée à la conception, la mise en œuvre et au suivi de la SNS** pour :
- assurer une meilleure dynamique dans la durée et une meilleure continuité entre la conception, la mise en œuvre et le suivi ;
 - « incarner » la SNS dans la durée et favoriser son appropriation.

Elle devrait intégrer différents profils et compétences incluant la gestion de projet, la connaissance des sujets de santé, la connaissance de l'écosystème d'acteurs, à la fois internes à l'administration et externes (professionnels de santé, établissements, usagers...). Placée dans une position transversale au sein du ministère des Solidarités et de la Santé, elle devrait garantir le portage interministériel des objectifs One Health et de la santé dans toutes les politiques.

3. **Un processus d'élaboration**, dont les modalités dépendront du « modèle » de SNS retenu, mais **assurant une participation des acteurs de santé destinataires de la SNS, notamment ceux qui seront amenés à la mettre en œuvre et à la déployer sur le terrain – et ce dès la phase de diagnostic**, pour que la stratégie repose sur des bases partagées afin de favoriser son appropriation. La SNS doit être emblématique de la mise en œuvre de la démocratie en santé ; la CNS doit d'ailleurs être associée à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation de la SNS¹⁶. Quel que soit le modèle de SNS retenu, **les élus, les usagers et leurs représentants devront également être associés à son élaboration**, et leurs contributions devront être prises en compte, avec communication sur les options retenues et leur motivation. L'organisation de la consultation publique, prévue par la loi de modernisation du système de santé de 2016, pourra prendre des formes différentes selon le modèle de SNS retenu, et pourrait aller jusqu'à l'organisation de débats publics sur les grands axes de la SNS. Ce nécessaire processus participatif aura un impact sur le calendrier, qui dépendra fortement du type de SNS retenu (depuis un cadre stratégique jusqu'à un document opérationnel approfondi).
4. **Une hiérarchisation des objectifs, pour éviter l'effet « catalogue » de la SNS 2018-2022**. La SNS pourrait comporter deux parties : des actions à poursuivre et des actions prioritaires à mener. Pour réaliser cette hiérarchisation, des priorités seraient demandées aux parties prenantes interrogées, puis une hiérarchisation politique serait ensuite réalisée. De même, des délais de réalisation différents des actions pourraient être fixés.
5. **Une stratégie bâtie sur un diagnostic partagé, nourri à la fois de travaux existants** (statistiques sur l'état de santé de la population, exploitation des bases de données existantes et travaux qui en sont issus, travaux du HCSP, travaux du HCAAM, travaux de la CNS, etc.), **de travaux académiques, et d'études de comparaisons internationales** (études de parangonnage). Il est en effet nécessaire d'investir massivement dans la connaissance pour que les arbitrages soient les plus étayés possibles et d'avancer en parallèle dans l'élaboration de la programmation (*i.e.* de ne pas attendre d'avoir toutes les informations pour élaborer une trajectoire du système de santé, mais lier les calendriers des travaux). Il est de même important d'investir dans des **travaux de prospective** (par exemple, sur les grands défis de santé à long terme, l'évolution des moyens, des ressources humaines, les innovations technologiques, l'impact du numérique, la gestion de crise, etc.), appuyés sur des productions existantes en France et à l'étranger.

¹⁶ Dispositions de l'article D. 1411-40 du CSP.

Établir un diagnostic partagé est un projet en soi, qui nécessite un pilotage dédié afin de consacrer le temps et les ressources nécessaires. Il s'agira d'associer un cercle d'acteurs à définir (par exemple, professionnels de santé, acteurs de l'État aux niveaux national, régional et infrarégional, experts, patients, instances de démocratie en santé et sociale, ainsi que des acteurs interministériels dans le cadre de One Health, etc.) et de mobiliser dès la phase de diagnostic les destinataires clés de la SNS afin de garantir une pluralité de points de vue et l'appropriation du diagnostic par les parties prenantes.

6. Un positionnement clair de la SNS par rapport aux autres documents liés à la mise en œuvre de la politique de santé, notamment :

- les plans et projets de santé nationaux afin de garantir une bonne lisibilité des objectifs et périmètres de chacun et une cohérence d'ensemble. Les plans de santé nationaux doivent être beaucoup mieux articulés avec la SNS, y compris leur évaluation de moyens et de résultats.

Les PRS des ARS, dont la nouvelle génération de SRS est en cours d'élaboration pour novembre 2023. La nouvelle SNS devant débuter début 2023, les calendriers pourraient être compatibles. Cette articulation serait idéalement traduite par l'appropriation dans les PRS des objectifs fixés à la SNS, intégrant les spécificités territoriales dans une logique d'implémentation ; l'élaboration de la SNS étant nourrie par les travaux en cours. De même, les évaluations SNS et PRS devront être rendus cohérentes. Enfin, puisque les PRS contribuent à la mise en œuvre de la SNS, c'est à leur niveau que pourraient se préciser les objectifs opérationnels et les éléments calendaires et budgétaires, la SNS pouvant alors être focalisée sur un nombre limité d'objectifs stratégiques ;

- en termes de calendrier, l'horizon temporel de la SNS ne peut excéder dix années d'après le cadre réglementaire¹⁷. Son choix doit être lié aux objectifs que l'on souhaite fixer à cette SNS, et à la nature des orientations que l'on souhaite lui faire porter. Plusieurs options apparaissent :
 - option 1 : un horizon de cinq ans. Cette hypothèse paraît pertinente dans le cadre d'orientations présentant une teneur politique marquée (notamment en cas d'alignement de l'horizon de la SNS avec le mandat présidentiel), une description suffisamment précise et concrète et une mise en œuvre possible à court ou moyen terme (par exemple, réforme portant sur un aspect du fonctionnement du système de soins). Cette option sur l'articulation entre la SNS et les mandats politiques interroge cependant. En cas d'articulation avec les mandats présidentiels, il existe un risque de voir un temps d'élaboration très réduit (pour produire une SNS de 5 ans dans un mandat de même durée), ne permettant pas la bonne association des acteurs. En cas de non-articulation, il existe un risque sur la continuité du suivi de la SNS au moment du changement d'équipe, à moins que son contenu ne soit que très général, ce qui plaiderait alors pour un horizon de plus long terme ;
 - option 2 : dix ans. Cette hypothèse apparaît pertinente dans le cadre d'orientations moins marquées politiquement, présentant des horizons de mise en œuvre plus longs et porteuses d'impacts ne pouvant être mesurés qu'à long terme (par exemple, impacts d'une mesure visant à faire évoluer l'état de santé de la population dans un domaine donné). Des évaluations *in itinere* peuvent être prévues pour vérifier l'atteinte des objectifs au fil du temps et permettre leur actualisation en fonction des éventuelles évolutions du contexte et des enjeux de santé (par exemple, survenue d'une crise sanitaire majeure) ;
 - option 3 : dix ans avec une étape intermédiaire à cinq ans (exemple des PRS, ou de la récente stratégie décennale de lutte contre les cancers). Cette hypothèse permet

¹⁷ Décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé (art. R. 1411-1).

de combiner des orientations de long terme liés aux résultats des travaux de prospective, avec les orientations entrant dans le cadre d'une mandature. L'étape fixée à cinq ans doit permettre de vérifier la bonne atteinte des objectifs de court terme, mais également de revoir et d'actualiser les orientations et mesures de plus long terme. Cette option a aussi l'avantage de disposer d'orientations au bout des cinq ans, sans qu'il soit nécessaire d'attendre une nouvelle programmation.

Le choix de l'option à retenir est lié à la nature des objectifs et effets attendus de la SNS, mais aussi à l'articulation souhaitée entre la SNS et les plans et projets nationaux et régionaux de santé. En effet, il conviendra de trouver une articulation entre la SNS et les cadres d'orientations stratégiques à dix ans et les schémas régionaux de santé à cinq ans des projets régionaux de santé.

Le comité de pilotage se positionne favorablement sur un cadre stratégique de la SNS à dix ans, avec des objectifs de déploiement à cinq ans, et des conditions de revoyure régulières et programmées, notamment afin de tenir compte des changements de contexte (par exemple, en cas de crise sanitaire d'ampleur).

7. Une cohérence entre les priorités de la SNS et les moyens de sa mise en œuvre dans le cadre de la LFSS, à travers notamment :

- le **financement de la politique de santé** et de politiques non sanitaires ayant un impact positif sur la santé, afin de garantir une cohérence dans les actions menées par l'ensemble de tous les acteurs autour des priorités de la SNS, donner une plus forte crédibilité à la démarche et donner de la visibilité en interne et en externe aux moyens consacrés aux priorités définies par la SNS. Proposer différents scénarios pour le système de santé en fonction des financements qu'on envisage de lui allouer permettrait un véritable débat démocratique. En particulier, en montrant l'impact de tel ou tel niveau d'Ondam sur la situation financière des acteurs, et ce que les dépenses supplémentaires permettent de financer.
On pourrait imaginer au printemps de chaque année un bilan d'étape de la SNS, suivi en juin par la préparation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) de l'année suivante ;
- **les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie**, en termes notamment de démographie, formation et pratiques des professionnels de la prévention, des professionnels de santé et médico-sociaux ;
- le développement et la consolidation des **systèmes d'information** interopérables et les **capacités d'exploitation nécessaires pour appuyer les décisions sur l'analyse critique des données**.

8. Un suivi régulier des déclinaisons de la SNS et adapté avec notamment :

- **la mise en place de modalités de suivi cohérentes avec la nature de la SNS** (document stratégique *versus* opérationnel) **et avec son horizon temporel, qu'il s'agisse du choix d'indicateurs de moyens ou d'impacts, ou des modalités de sa gouvernance**. La loi de modernisation du système de santé de 2016 impose un suivi annuel, mais celui-ci peut prendre différentes formes, telles que l'organisation de présentations régulières du Gouvernement devant le Parlement. Ces actions pourraient prendre la forme de réunions annuelles des parties prenantes pour partager un bilan intermédiaire, échanger autour des axes de la SNS au regard de l'actualité, afin de faire dialoguer déploiement de la SNS et mise en œuvre des PRS, faire un lien avec les calendriers de financement (voir point 7), etc. Ce suivi serait l'occasion de **rendre plus cohérents les futurs plans nationaux avec la SNS et les PRS, et maintiendrait une dynamique interministérielle indispensable**. Ce suivi devrait permettre de renforcer le socle **de la démocratie en santé**, associer l'ensemble de ces représentants et notamment les élus, les usagers et leurs représentants. Ceci impose une

- implication plus forte de la CNS dans le suivi du déploiement et de l'exécution de la SNS ;
- le suivi doit pouvoir **répondre aux besoins de pilotage stratégique**, avec quelques indicateurs resserrés quantitatifs et qualitatifs et nécessairement partiels, d'où la nécessité de retenir les indicateurs sur les domaines d'action les plus prioritaires. Pour éviter « l'effet lampadaire » des seuls indicateurs disponibles, il est nécessaire de se donner les moyens de développer ceux manquants.
 - Mais le suivi doit **aussi couvrir l'ensemble** des axes/domaines/objectifs de la SNS. De plus, le lien de cause à effet entre la SNS et les indicateurs retenus n'est pas toujours démontrable. Dans ce cadre, **les indicateurs de moyens et les processus doivent être articulés autant que faire se peut aux indicateurs de résultats et d'impact**, afin de pouvoir mettre en perspective les actions menées et les résultats obtenus ; enfin, certains indicateurs n'évoluant que sur le long terme (comme l'espérance de vie), il est nécessaire par avance de les catégoriser en fonction de leur évolution à court/moyen et long terme ;
 - **le suivi par indicateur n'est pas toujours possible ou pertinent** pour tous les domaines d'action identifiés, et il n'est **jamais suffisant**. Il est donc important de pouvoir le compléter par des **analyses qualitatives**, mais aussi parfois de mener des **programmes d'évaluation** dédiés à des domaines ou des objectifs spécifiques ; sur ce dernier point il serait possible de recourir à nouveau aux dispositions permettant à l'administration de recruter sur la base de contrats des chercheurs réalisant des travaux de doctorat ou de postdoctorat ;
 - plus largement, **la construction de modalités d'évaluation *in itinere*** permettrait de donner du sens à la SNS, d'établir un lien avec les plans et projets en cours et ceux en préparation, de pouvoir éventuellement corriger, amender, reconfigurer les actions en cours. Le but recherché est de permettre de garantir l'adaptation permanente de la stratégie aux changements de contextes et de priorités (par exemple, émergence d'une crise sanitaire de grande ampleur). Cette démarche devrait aussi, comme en 2017, prévoir une **évaluation *a posteriori*** des modalités de sa construction, de son suivi, de son impact sur les acteurs. À noter : une anticipation des besoins d'évaluation permettrait de garantir un bon alignement des parties prenantes autour des axes d'évaluation, en cohérence avec les objectifs retenus, et de **sécuriser comme en 2017 les moyens qui doivent y être consacrés**¹⁸ ;
 - Il paraîtrait enfin utile, en suivant l'avis de la Cour des comptes, que les pouvoirs publics se dotent au niveau national d'un document consolidé et mis à jour régulièrement, recensant de façon exhaustive les différents plans nationaux, leurs liens avec la SNS, et à même de garantir un pilotage et un suivi efficace de leur exécution.

9. Une communication forte et régulière autour de la SNS à toutes les phases du projet, avec des modalités qui dépendront du « modèle » de SNS mis en œuvre, mais permettant dans tous les cas :

- de garantir le caractère interministériel de la SNS et de permettre au Parlement d'exercer sa fonction de contrôle au regard des actions déployées par le Gouvernement dans ce domaine ;
- de donner de la visibilité aux parties prenantes sur ce qu'est la SNS, sur ses objectifs et sur son articulation avec les plans et cadres existants, dans une logique de lisibilité ;
- d'informer régulièrement sur les actions de suivi et les réflexions en cours, dans une logique de transparence, de manière également à « rythmer » le suivi de la SNS.

¹⁸ Arrêté du 1^{er} février 2018 relatif au suivi et à l'évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

Dans le document dédié (voir Annexe 1), chaque élément structurant de la SNS fait l'objet d'une section spécifique rappelant les éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022 et apportant un éclairage méthodologique pour l'élaboration de la prochaine SNS.

Annexe 1

Juin 2022

Évaluation de la stratégie nationale
de santé 2018-2022

Recommandations pour l'élaboration et le suivi d'une prochaine stratégie nationale de santé

Table des matières

I. RAPPEL DU CONTEXTE ET DES ENJEUX DE L'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS.....	2
II. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS	3
III. APPORTS MÉTHODOLOGIQUES DÉTAILLÉS POUR APPUYER LA CONSTRUCTION DE LA SNS 2022 DANS TOUTES SES DIMENSIONS	9
III.1. OBJECTIFS.....	9
• Destinataires, objectifs et effets attendus.....	9
III.2. ÉLÉMENTS STRUCTURANTS (« QUOI »).....	11
• Périmètre.....	11
• Structuration du contenu	12
○ Objectifs	12
○ Diagnostic	13
• Horizon temporel.....	15
• Positionnement par rapport aux plans de santé	16
○ Positionnement par rapport aux plans nationaux	16
○ Positionnement par rapport aux projets régionaux de santé (PRS).....	17
III.3. MÉTHODE D'ÉLABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DE LA SNS (« COMMENT »)	18
• Modalités d'élaboration	18
○ Acteurs	18
○ Calendrier d'élaboration.....	20
• Modalités de communication	21
○ Portage de la SNS.....	21
○ Plan de communication	21
• Modalités de financement	22
• Modalités de suivi et d'évaluation	23

I. RAPPEL DU CONTEXTE ET DES ENJEUX DE L'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

Le travail d'évaluation de la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 a conduit à l'élaboration de recommandations et de pistes de réflexion sur les objectifs, les modalités d'élaboration et de mise en œuvre de la prochaine SNS¹. En termes de méthode, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a constitué un groupe de travail au sein du comité de pilotage de l'évaluation de la SNS 2018-2022, suite à sa réunion de juin 2021. Il a réuni :

- Pierre Blaise, directeur du projet régional de santé (PRS) au sein de l'agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire ;
- Nathalie Fourcade, secrétaire générale du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ;
- Philippe Guilbert, chef de la mission stratégie et recherche à la Direction générale de la santé (DGS) au ministère des Solidarités et de la Santé ;
- Philippe Marin, directeur d'hôpital en détachement à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) ;
- Béatrice Tran, chargée de mission santé publique au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS).

Différents ateliers ont permis d'aboutir à la construction du présent document, qui fournit, sur chacun des grands axes de l'élaboration et de la mise en œuvre de la SNS :

- un bilan de la SNS 2018-2022 ;
- les grandes questions à prendre en compte pour préparer la prochaine SNS ;
- des éléments de réponse, sous forme de clés méthodologiques.

Ces réflexions s'appuient sur le travail d'évaluation de la SNS 2018-2022 et ses enseignements, et s'inscrivent dans le cadre actuel de la législation et de la réglementation.

Ce document a vocation à nourrir le travail de l'équipe qui sera en charge de l'élaboration de la prochaine SNS.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (art. L. 1411-1-1 du Code de la santé publique [CSP]).

Le jalon posé par la loi de 2016 impose l'existence d'une SNS et implique son renouvellement à la fin de la période couverte par la SNS en cours, c'est-à-dire à la fin de l'année 2022.

II. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

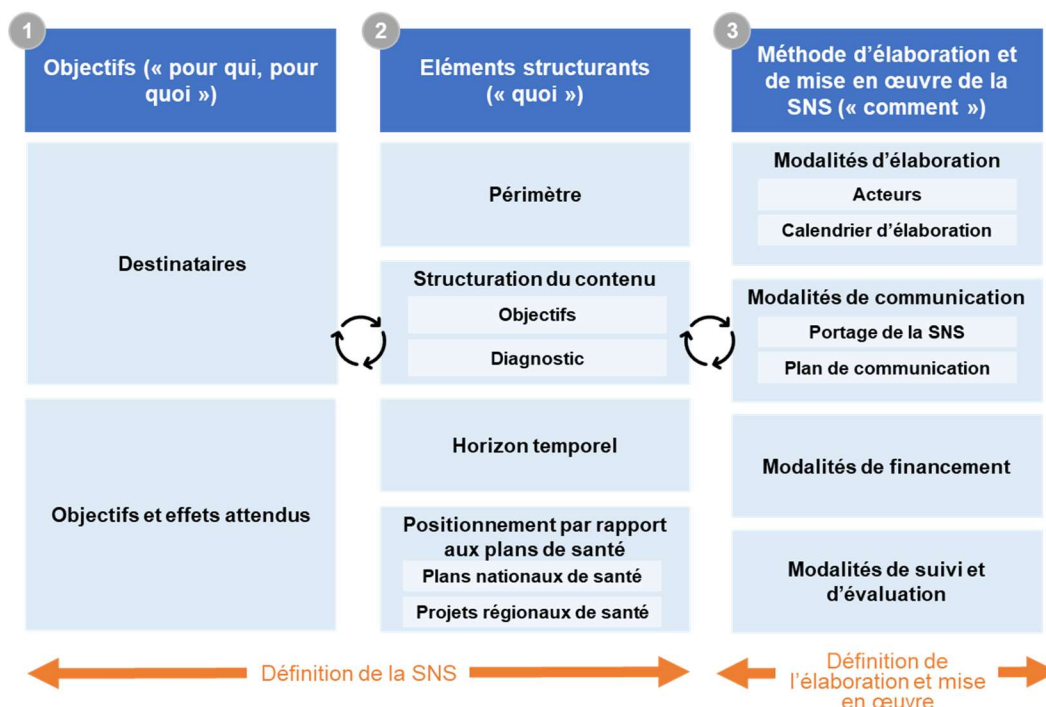
Si les acteurs interrogés dans le cadre de l'évaluation de cohérence et d'impact de la SNS 2018-2022 s'accordent tous sur l'intérêt d'un cadre national de politique de santé publique, les échanges ont montré qu'ils avaient des **visions diverses de ce que la SNS « aurait dû être » ou « devrait être »** dans le détail. À titre d'illustration :

- certains acteurs jugent le niveau de détail de la SNS trop élevé pour un cadre général, alors que d'autres l'estiment insuffisant ;
- l'horizon de cinq ans, aligné sur un mandat présidentiel, est jugé adapté pour certains acteurs, trop court pour d'autres ;
- la couverture exhaustive des champs de la santé par la SNS représente la force d'une stratégie d'ensemble pour certains acteurs, alors que d'autres privilégieraient un champ plus restreint avec quelques grandes orientations stratégiques clés ;
- certains acteurs regrettent que la SNS n'ait pas été accompagnée de financements *ad hoc* pour faciliter sa mise en œuvre, alors que d'autres estiment que la SNS demeure un cadre macro et de long terme, qui ne doit pas nécessairement intégrer d'éléments relatifs aux moyens financiers mobilisés ;
- enfin la SNS comporte trop d'éléments opérationnels pour certains acteurs interrogés, alors que d'autres regrettent le faible niveau d'informations relatives à la mise en œuvre de la stratégie ou de son suivi.

Ces échanges ont permis de mettre en évidence la coexistence de différentes visions de la SNS parmi les acteurs de l'écosystème, pas nécessairement contradictoires, mais qui invitent à définir de façon cohérente et partagée la prochaine SNS pour :

- garantir une vision claire et partagée des objectifs de la SNS et de son rôle par rapport à l'ensemble des plans et projets de santé nationaux et régionaux ;
- mettre en œuvre la SNS selon des modalités permettant l'atteinte des résultats attendus.

Les réflexions du groupe de travail ont permis d'identifier les grands paramètres structurants d'une SNS, et de les répartir en trois grandes catégories :



Dans le cadre de l'élaboration de la prochaine SNS, chacun des paramètres devra être défini en veillant à assurer une cohérence d'ensemble, depuis la définition des objectifs et des éléments structurants du document jusqu'à la méthode d'élaboration et de mise en œuvre de la SNS, dans une logique itérative (par exemple, la réflexion sur l'horizon temporel de la SNS peut amener à faire évoluer et préciser les objectifs et les effets attendus de la SNS). Il est à noter que certains paramètres sont aujourd'hui contraints par le cadre réglementaire existant. Ainsi, en complément des éléments législatifs rappelés en introduction du rapport, le Code de santé publique (CSP) prévoit que :

- la SNS est **définie pour une durée qui ne peut excéder dix années** ; elle est mise en œuvre par des plans et des programmes opérationnels à portée nationale, définis ou révisés par arrêté ainsi que par les projets régionaux de santé (article R. 1411-1) ;
- **des plans, programmes et projets concourent à la mise en œuvre de la SNS²** (article R. 1411-2) ;
- l'élaboration de la SNS intègre une phase de **consultation publique**, ouverte à tous les acteurs intéressés par le sujet (article R. 1411-3) ;
- la SNS et les plans et programmes nationaux donnent lieu à un **suivi annuel et à une évaluation pluriannuelle** permettant d'apprécier les résultats obtenus au regard des ressources mobilisées, dont les **résultats seront rendus publics**, et d'en tirer les enseignements nécessaires à l'adaptation des politiques publiques (article R. 1411-4).

Au-delà de ces différentes visions et des options qui seront retenues sur chacun des paramètres, les travaux d'évaluation ont permis d'identifier **neuf conditions de réussite** pour l'élaboration de la prochaine SNS, à cadre juridique et législatif constant.

1. **Un portage de la SNS de haut niveau (cabinet du ministre) imposant un caractère interministériel du fait des liens avec les politiques de nombreux autres ministères** (Premier ministre voire présidence de la République) pour :
 - asseoir la légitimité de la SNS au sein du ministère et en interministériel, et favoriser ainsi le respect de l'ambition initiale de la SNS et l'obtention des arbitrages nécessaires ;
 - favoriser sa diffusion auprès des acteurs de l'écosystème de la santé et des autres ministères impliqués, des représentants des usagers et du grand public.

² Des plans et des programmes opérationnels à portée nationale, ainsi que les projets régionaux de santé.

En outre, les plans, programmes et projets suivants concourent à la mise en œuvre de la SNS : 1/ le plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement mentionné à l'article [L. 1311-6](#) ; 2/ les programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités mentionnés à l'article [L. 1411-6](#) ; 3/ le pacte territoire-santé mentionné à l'article [L. 1434-14](#) ; 4/ les projets territoriaux de santé mentale mentionnés à l'article [L. 3221-2](#) ; 5/ le programme national relatif à la nutrition et à la santé mentionné à l'article [L. 3231-1](#) ; 6/ les programmes et actions de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé mentionnés à l'article [R. 1413-1](#) ; 7/ le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins et les programmes nationaux de gestion du risque mentionnés à l'article [L. 182-2-1-1](#) du Code de la Sécurité sociale ; 8/ les plans pluriannuels régionaux de gestion du risque et d'efficience du système de soins mentionnés à l'article R. 1434-21 du présent code et les plans d'action pluriannuels régionaux d'amélioration de la pertinence des soins mentionnés à l'article L. 162-30-4 du Code de la Sécurité sociale ; 9/ les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie mentionnés à l'article [L. 312-5-1](#) du Code de l'action sociale et des familles.

Les programmes d'action définis par les organismes gestionnaires de régime d'assurance maladie, notamment 1/ les programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques mentionnés à l'article [L. 162-1-11](#) du Code de la Sécurité sociale et 2/ les programmes d'aide au sevrage tabagique mentionnés à l'article L. 162-1-11 du même code.

2. **Une équipe transversale au ministère des Solidarités et de la Santé dédiée à la conception, la mise en œuvre et au suivi de la SNS** pour :
 - assurer une meilleure dynamique dans la durée et une meilleure continuité entre la conception, la mise en œuvre et le suivi ;
 - « incarner » la SNS dans la durée et favoriser son appropriation.

Elle devrait intégrer différents profils et compétences incluant la gestion de projet, la connaissance des sujets de santé, la connaissance de l'écosystème d'acteurs, à la fois internes à l'administration et externes (professionnels de santé, établissements, usagers...).

Placée dans une position transversale au sein du ministère des Solidarités et de la Santé, elle devrait garantir le portage interministériel des objectifs One Health et de la santé dans toutes les politiques.

3. **Un processus d'élaboration**, dont les modalités dépendront du « modèle » de SNS retenu, mais **assurant une participation des destinataires de la SNS, notamment ceux qui seront amenés à la mettre en œuvre et à la déployer, et ce, dès la phase de diagnostic**, pour que la stratégie repose sur des bases partagées et pour favoriser son appropriation. La SNS doit être emblématique de la mise en œuvre de la démocratie en santé ; la conférence nationale de santé (CNS) doit d'ailleurs être associée à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation de la SNS³. Quel que soit le modèle de SNS retenu, **les élus, les usagers et leurs représentants devront également être associés à son élaboration**, et leurs contributions devront être prises en compte, avec communication sur les options retenues et leur motivation. L'organisation de la consultation publique, prévue par la loi de modernisation du système de santé de 2016, pourra prendre des formes différentes selon le modèle de SNS retenu, et aller jusqu'à l'organisation de débats publics sur les grands axes de la SNS. Ce nécessaire processus participatif aura un impact sur le calendrier, qui dépendra fortement du type de SNS retenu (depuis un cadre stratégique jusqu'à un document opérationnel approfondi).
4. **Une hiérarchisation des objectifs, pour éviter l'effet « catalogue » de la SNS 2018-2022**. La SNS pourrait comporter deux parties : des actions à poursuivre et des actions prioritaires à mener. Pour réaliser cette hiérarchisation, des priorités seraient demandées aux parties prenantes interrogées, puis une hiérarchisation politique serait ensuite réalisée. De même, des délais de réalisation différents des actions pourraient être fixés.
5. **Une stratégie bâtie sur un diagnostic partagé, nourrie à la fois de travaux existants** (statistiques sur l'état de santé de la population, exploitation des bases de données existantes et des travaux qui en sont issus, travaux du Haut Conseil de la santé publique [HCSP], travaux du HCAAM, travaux de la CNS, ressources humaines (DREES, Observatoire national de la démographie des professions de santé [ONDPS]...), travaux 2022 d'élaboration des prochains PRS dans l'ensemble des régions et d'évaluation des PRS actuels, etc., de **travaux académiques, d'études de comparaisons internationales** (études de parangonnage). Il est en effet nécessaire d'investir massivement dans la connaissance pour que les arbitrages soient les plus étayés possible et d'avancer en parallèle dans l'élaboration de la programmation (*i.e.* de ne pas attendre d'avoir toutes les informations pour élaborer une trajectoire du système de santé, mais lier les calendriers des travaux). Il est de même important d'investir dans des **travaux de prospective** (par exemple, sur les grands défis de santé à long terme, l'évolution des moyens, des ressources humaines, les innovations technologiques, l'impact du numérique, la gestion de crise, etc.), appuyés sur des productions existantes en France et à l'étranger.

Établir un diagnostic partagé est un projet en soi, qui nécessite un pilotage dédié afin de consacrer le temps et les ressources nécessaires. Il s'agira d'associer un cercle d'acteurs

³ Dispositions de l'article D. 1411-40 du CSP.

à définir (par exemple, professionnels de santé, acteurs de l'État aux niveaux national et régional, experts, patients, instances de démocratie en santé et sociale, ainsi que des acteurs interministériels dans le cadre de One Health, etc.) et de mobiliser dès la phase de diagnostic les destinataires clés de la SNS afin de garantir une pluralité de points de vue et l'appropriation du diagnostic par les parties prenantes.

6. **Un positionnement clair de la SNS par rapport aux autres documents liés à la mise en œuvre de la politique de santé, notamment :**

- **les plans et projets de santé nationaux** afin de garantir une bonne lisibilité des objectifs et des périmètres de chacun et une cohérence d'ensemble. Les plans de santé nationaux doivent être beaucoup mieux articulés avec la SNS, y compris leur évaluation de moyens et de résultats.

Les PRS des ARS, dont la nouvelle génération de schémas régionaux de santé (SRS) est en cours d'élaboration pour novembre 2023. La nouvelle SNS devant débuter début 2023, les calendriers pourraient être compatibles. Cette articulation serait idéalement traduite par l'appropriation dans les PRS des objectifs fixés à la SNS, intégrant les spécificités territoriales dans une logique d'implémentation ; l'élaboration de la SNS étant nourrie par les travaux de leur élaboration en cours. De même les évaluations de la SNS et des PRS devront être rendues cohérentes. Enfin, si les PRS sont conçus comme la déclinaison opérationnelle de la SNS, c'est à leur niveau que pourraient être précisés les objectifs opérationnels et les éléments calendaires et budgétaires, la SNS pouvant alors être focalisée sur un nombre limité d'objectifs stratégiques ;

- en termes de calendrier, l'horizon temporel de la SNS ne peut excéder dix années d'après le cadre législatif⁴. Son choix doit être lié aux objectifs que l'on souhaite fixer à cette SNS, et à la nature des orientations que l'on souhaite lui faire porter. Plusieurs options apparaissent :
 - option 1 : un horizon de cinq ans. Cette hypothèse paraît pertinente dans le cadre d'orientations présentant une teneur politique marquée (notamment en cas d'alignement de l'horizon de la SNS avec le mandat présidentiel), une description suffisamment précise et concrète et une mise en œuvre possible à court ou moyen terme (par exemple, réforme portant sur un aspect du fonctionnement du système de soins). Cette option sur l'articulation entre la SNS et les mandats politiques interroge cependant. En cas d'articulation avec les mandats présidentiels, il existe un risque de voir un temps d'élaboration très réduit (pour produire une SNS de cinq ans dans un mandat de même durée), ne permettant pas la bonne association des acteurs. En cas de non-articulation, il existe un risque sur la continuité du suivi de la SNS au moment du changement d'équipe, à moins que son contenu ne soit que très général, ce qui plaiderait alors pour un horizon de plus long terme ;
 - option 2 : dix ans. Cette hypothèse apparaît pertinente dans le cadre d'orientations moins marquées politiquement, présentant des horizons de mise en œuvre plus longs et porteuses d'impacts ne pouvant être mesurés qu'à long terme (par exemple, impacts d'une mesure visant à faire évoluer l'état de santé de la population dans un domaine donné). Des « clauses de revoyure » peuvent être prévues pour vérifier l'atteinte des objectifs au fil du temps et permettre leur actualisation en fonction des éventuelles évolutions du contexte et des enjeux de santé (par exemple, survenue d'une crise sanitaire majeure) ;
 - option 3 : dix ans avec une étape intermédiaire à cinq ans (exemple des PRS, ou de la récente stratégie décennale de lutte contre les cancers). Cette option permet de combiner des orientations de long terme liées aux résultats des travaux de

⁴ Décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé (art. R. 1411-1).

prospective, avec les orientations entrant dans le cadre d'une mandature. L'étape fixée à cinq ans doit permettre de vérifier la bonne atteinte des objectifs de court terme, mais également de revoir et d'actualiser les orientations et les mesures de plus long terme. Cette option a aussi l'avantage de disposer d'orientations au bout des cinq ans, sans qu'il soit nécessaire d'attendre une nouvelle programmation.

Le choix de l'option à retenir est lié à la nature des objectifs et des effets attendus de la SNS, mais aussi à l'articulation souhaitée entre la SNS et les plans et projets nationaux et régionaux de santé. En effet, il conviendra de trouver une articulation entre la SNS et les cadres d'orientations stratégiques (COS) à dix ans et les SRS à cinq ans des PRS.

Le comité de pilotage se positionne favorablement sur un cadre stratégique de la SNS à dix ans, avec des objectifs de déploiement à cinq ans, et des conditions de revoyure régulières et programmées, notamment afin de tenir compte des changements de contexte (par exemple, en cas de crise sanitaire d'ampleur).

7. Une cohérence entre les priorités de la SNS et les moyens de sa mise en œuvre dans le cadre de la LFSS, à travers notamment :

- le **financement de la politique de santé** et de politiques **non sanitaires ayant un impact positif sur la santé**, afin de garantir une cohérence dans les actions menées par l'ensemble de tous les acteurs autour des priorités de la SNS, donner une plus forte crédibilité à la démarche et donner de la visibilité en interne et en externe aux moyens consacrés aux priorités définies par la SNS. Proposer différents scénarios pour le système de santé en fonction des financements qu'on envisage de lui allouer permettrait un véritable débat démocratique. En particulier, en montrant l'impact de tel ou tel niveau d'Ondam sur la situation financière des acteurs, et ce que les dépenses supplémentaires permettent de financer.
On pourrait imaginer au printemps de chaque année un bilan d'étape de la SNS, suivi en juin par la préparation du PLFSS de l'année suivante ;
- **les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie**, en termes notamment de démographie, de formation et de pratiques des professionnels de la prévention, des professionnels de santé et médico-sociaux ;
- le développement et la consolidation des **systèmes d'information** interopérables et les **capacités d'exploitation nécessaires pour appuyer les décisions sur l'analyse critique des données**.

8. Un suivi régulier des déclinaisons de la SNS et adapté avec notamment :

- **la mise en place de modalités de suivi cohérentes avec la nature de la SNS** (document stratégique *versus* opérationnel) **et avec son horizon temporel, qu'il s'agisse du choix d'indicateurs de moyens ou d'impact, ou des modalités de sa gouvernance**. La loi de modernisation du système de santé de 2016 impose un **suivi annuel**, mais celui-ci peut prendre différentes formes, telles que l'organisation de présentations régulières du Gouvernement devant le Parlement. Ces actions pourraient prendre la forme de réunions annuelles des parties prenantes pour partager un bilan intermédiaire, échanger autour des axes de la SNS au regard de l'actualité, afin de faire dialoguer déploiement de la SNS et mise en œuvre des PRS, faire un lien avec les calendriers de financement (voir point 7), etc. Ce suivi serait l'occasion de **rendre plus cohérents les futurs plans nationaux avec la SNS, et maintiendrait une dynamique interministérielle indispensable**. Ce suivi devrait permettre de renforcer le socle **de la démocratie en santé**, en associant l'ensemble de ses représentants, notamment les élus, les usagers et leurs représentants. Ceci impose une implication plus forte de la CNS dans le suivi du déploiement et de l'exécution de la SNS ;

- le suivi doit pouvoir **répondre aux besoins de pilotage stratégique**, avec quelques indicateurs resserrés quantitatifs et qualitatifs et nécessairement partiels, d'où la nécessité de retenir les indicateurs sur les domaines d'action prioritaires. Pour éviter « l'effet lampadaire » des seuls indicateurs disponibles, il est nécessaire de se donner les moyens de développer ceux manquants.
- Mais le suivi doit **aussi couvrir l'ensemble** des axes/domaines/objectifs de la SNS. De plus, le lien de cause à effet entre la SNS et les indicateurs retenus n'est pas toujours démontrable. Dans ce cadre, **les indicateurs de moyens et de processus doivent être articulés autant que faire se peut aux indicateurs de résultats et d'impact**, afin de pouvoir mettre en perspective les actions menées et les résultats obtenus ; enfin, certains indicateurs n'évoluant que sur le long terme (comme l'espérance de vie), il est nécessaire par avance de les catégoriser en fonction de leur évolution à court/moyen et long termes ;
- **le suivi par indicateur n'est pas toujours possible ou pertinent** pour tous les domaines d'action identifiés, et il n'est **jamais suffisant**. Il est donc important de pouvoir le compléter par des **analyses qualitatives**, mais aussi parfois de mener des **programmes d'évaluation** dédiés à des domaines ou des objectifs spécifiques. Sur ce dernier point, il serait possible de recourir à nouveau aux dispositions permettant à l'administration de recruter, sur la base de contrats, des chercheurs réalisant des travaux de doctorat ou de postdoctorat ;
- plus largement, **la construction de modalités d'évaluation *in itinere*** permettrait de donner du sens à la SNS, d'établir un lien avec les plans et les projets en cours et ceux en préparation, de pouvoir éventuellement corriger, amender, reconfigurer les actions en cours. Le but recherché est de permettre de garantir l'adaptation permanente de la stratégie aux changements de contexte et de priorités (par exemple, émergence d'une crise sanitaire de grande ampleur). Cette démarche devrait aussi, comme en 2017, prévoir une **évaluation *a posteriori*** des modalités de sa construction, de son suivi, de son impact sur les acteurs. À noter : une anticipation des besoins d'évaluation permettrait de garantir un bon alignement des parties prenantes autour des axes d'évaluation, en cohérence avec les objectifs retenus et de **sécuriser, comme en 2017, les moyens qui doivent y être consacrés**⁵ ;
- Il paraîtrait enfin utile, en suivant l'avis de la Cour des comptes, que les pouvoirs publics se dotent au niveau national d'un document consolidé et mis à jour régulièrement, recensant de façon exhaustive les différents plans nationaux, leurs liens avec la SNS, et à même de garantir un pilotage et un suivi efficace de leur exécution.

9. Une communication forte et régulière autour de la SNS à toutes les phases du projet, avec des modalités qui dépendront du « modèle » de SNS mis en œuvre, mais permettant dans tous les cas :

- de garantir le caractère interministériel de la SNS et de permettre au Parlement d'exercer sa fonction de contrôle au regard des actions déployées par le Gouvernement dans ce domaine ;
- de donner de la visibilité aux parties prenantes sur ce qu'est la SNS, sur ses objectifs et sur son articulation avec les plans et les cadres existants, dans une logique de lisibilité ;
- d'informer régulièrement sur les actions de suivi et les réflexions en cours, dans une logique de transparence, de manière également à « rythmer » le suivi de la SNS.

⁵ Arrêté du 1^{er} février 2018 relatif au suivi et à l'évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

Dans la suite de ce document, chaque paramètre fera l'objet d'une section spécifique rappelant les éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022 et apportant un éclairage méthodologique pour l'élaboration de la prochaine SNS.

III. APPORTS MÉTHODOLOGIQUES DÉTAILLÉS POUR APPUYER LA CONSTRUCTION DE LA SNS 2022 DANS TOUTES SES DIMENSIONS

III.1. OBJECTIFS

- **Destinataires, objectifs et effets attendus**

À qui ce document est-il destiné et quels sont les objectifs et les effets attendus pour chacun des destinataires ?

Rappel des éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022

Les objectifs affichés pour la SNS 2018-2022, et tels que décrits sur la page internet du ministère des Solidarités et de la Santé dédiée à la SNS 2018-2022, sont formulés de manière macro, sans mention des catégories d'acteurs de l'écosystème de la santé spécifiquement ciblées :

« Elle [la SNS] permet de **définir une vision partagée** par l'ensemble des acteurs et de **piloter l'avancement** des chantiers prioritaires. Elle a vocation à **donner un cap**, qui guidera la mise en place des politiques de santé et l'élaboration de mesures concrètes. »

L'évaluation de la cohérence et de l'impact de la SNS 2018-2022 a montré que les acteurs de l'écosystème s'étaient inégalement sentis concernés par la SNS, et avaient eu des interprétations divergentes de ses objectifs. Ainsi :

- les acteurs interrogés ayant une connaissance de la SNS en ont fait des interprétations différentes :
 - un cadre d'orientation stratégique pour plus de la moitié des acteurs interrogés, donnant un cap en matière de santé autour des enjeux et défis clés, sans pour autant contraindre les acteurs à des actions spécifiques ;
 - un cadre d'orientation stratégique associé à un cadre d'action opérationnel pour environ un tiers des acteurs interrogés, qui devrait être décliné opérationnellement dans l'ensemble des plans et projet de santé ;
 - une feuille de route avec un caractère « politique » pour près de 20 % des acteurs interrogés visant à faire connaître largement, y compris au grand public, un nombre limité d'orientations, priorités et engagements clés, avec des impacts visibles pour la population ;
- de nombreux acteurs interrogés ne connaissent pas la SNS et se sentent, dans la plupart des cas, non concernés par sa mise en œuvre.

Éclairage méthodologique pour l'élaboration de la prochaine SNS

À qui ce document est-il destiné ?

Le travail de conception de la SNS doit identifier les acteurs à qui elle s'adresse, en distinguant, si besoin, les destinataires principaux et les destinataires secondaires.

Elle a vocation à s'adresser à un champ très large d'acteurs, tels que :

- les porteurs de la politique de santé au sein de l'État :

- au niveau national : directions du ministère des Solidarités et de la Santé, directions des autres ministères concernés par les questions de santé, notamment les directions membres du comité permanent restreint (CPR), du comité interministériel pour la santé (CIS), les opérateurs publics nationaux intervenant sur la politique de santé ;
- aux niveaux infranationaux : ARS, acteurs régionaux des autres ministères associés ;
- les porteurs de la politique de santé hors État (par exemple, élus locaux, collectivités territoriales avec, notamment, les départements pour ce qui concerne le secteur médico-social, le secteur associatif) ;
- les professionnels de la santé ;
- les usagers du système de santé :
 - les représentants des usagers du système de santé ;
 - le grand public.

Quels sont les objectifs et effets attendus de la SNS, notamment au regard de ses destinataires ?

Les objectifs de la SNS peuvent être divers et spécifiques en fonction des acteurs considérés :

- la mise en place, par ces acteurs, d'actions visant à répondre aux orientations de la SNS (par exemple, mettre en place un plan d'action sur une thématique donnée) ;
- la prise en compte des grands axes de la SNS dans la conception et la conduite des projets portés par ces acteurs, pour éviter les contradictions – la SNS représentant alors un cadre auquel se référer pour l'ensemble des choix portés par les acteurs de l'écosystème (par exemple, assurer une étape de prise en compte de la SNS au moment de l'élaboration de tout nouveau plan de santé) ;
- des changements de pratiques et de modes d'organisation et de fonctionnement des acteurs ;
- l'engagement d'une dynamique de collaboration entre les acteurs – notamment à travers la phase d'élaboration de la SNS et à travers les actions de suivi (par exemple, la mise en place de réunions régulières des acteurs contribuant à la mise en œuvre de la SNS à l'échelle interministérielle) ;
- une information des acteurs sur les grands axes stratégiques et sur les priorités en matière de santé, en réponse aux besoins posés par le diagnostic (il s'agit *a minima* de l'effet attendu sur le grand public).

Les travaux d'évaluation de la SNS 2018-2022 ont montré que la définition, dès la genèse de la SNS, des destinataires et des effets attendus sur chacun est une condition clé de son succès. Elle permet notamment d'assurer la bonne cohérence des autres « paramètres » de la SNS, en particulier pour ce qui concerne les modalités de mise en œuvre, en choisissant par exemple :

- des modalités de suivi cohérentes avec les effets attendus (si la SNS doit donner lieu à des actions identifiées de la part d'acteurs donnés, le dispositif de suivi veillera au bon lancement et au bon déroulement de ces actions par ces acteurs) ;
- des formulations et des modalités de communication adaptées à chaque destinataire (par exemple, veiller à rédiger un document simple et intelligible, et accompagner sa diffusion d'une campagne de communication grand public dans la mesure où la SNS aura vocation à toucher le grand public).

III.2. ÉLÉMENTS STRUCTURANTS (« QUOI »)

• Périmètre

Sur quel périmètre la SNS doit-elle porter ?

Rappel des éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022

- La SNS 2018-2022 s'inscrit dans le mouvement One Health et l'approche Health in All Policies de l'OMS, en réaffirmant le principe selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde. Ainsi, la SNS contient des orientations ayant trait à la santé environnement, à l'éducation en matière de santé, à la justice (santé des détenus, tutelles et curatelles de patients...), aux pratiques sportives, etc. et a vocation à guider les plans et actions conduits dans ce domaine y compris quand ces derniers sont portés par d'autres ministères ou avec d'autres ministères (par exemple, ministère de la Transition écologique avec la mise en œuvre du plan national santé environnement [PNSE]).
- La SNS 2018-2022 s'appuie sur une approche exhaustive en traitant la quasi-totalité des enjeux et priorités actuels en matière de santé. Les travaux d'évaluation ont ainsi montré que l'ensemble des acteurs interrogés, à la fois aux niveaux national et local, constatent une bonne transcription de leurs enjeux au sein de la SNS, et n'identifient pas d'« angles morts » significatifs.
- Si cette approche exhaustive témoigne d'une bonne cohérence de la SNS avec les enjeux de santé, elle traduit cependant selon certains acteurs une difficulté à opérer des choix et à faire émerger de réelles priorités.

Éclairage méthodologique pour répondre à la question

La définition du périmètre de la SNS implique de réaliser des choix.

- Le champ de la santé considéré : la SNS s'appuie-t-elle sur l'approche One Health ou Health in All Policies de l'OMS, ou bien en a-t-elle une vision plus restrictive ? Le choix d'une définition large de la santé, englobant notamment la prise en compte des déterminants de santé (liés par exemple aux conditions de vie et de travail), apparaît comme une option à privilégier pour les membres du groupe de travail car le constat est unanime sur le fait que les politiques de santé en France sont trop centrées sur la réparation et insuffisamment sur la prévention. Un autre exemple de l'intérêt de l'approche One Health est le fait qu'elle inclut la santé des animaux, ce qui est à mettre à la lumière de la zoonose qui s'impose depuis deux ans.
- La nature des orientations proposées : quel équilibre entre des orientations répondant aux grands enjeux identifiés dans le fonctionnement actuel du système de santé (par exemple, réponses aux enjeux de santé mentale) et des orientations portant des transformations structurantes du même système de santé et de son fonctionnement (ex : sortie de l'hospitalo-centrisme) ? sachant que les transformations éventuelles du système de santé à prévoir pour répondre aux orientations seront souvent des conséquences et non des orientations *a priori*.
- Le degré d'exhaustivité souhaité : la SNS vise-t-elle à proposer des orientations répondant à l'ensemble des enjeux identifiés (approche exhaustive), ou bien à se focaliser sur quelques objectifs portant sur une sélection de sujets clés (approche sélective) ? Dans le cas d'une approche exhaustive, une attention forte doit être portée à la lisibilité d'ensemble de la stratégie (afin d'éviter « l'effet catalogue »). Il apparaît aussi que ces

orientations doivent être transversales (telle la réduction des inégalités de santé), car un ciblage (par exemple, sur des pathologies) présenterait le risque de se transformer en une liste démesurément allongée par différentes interventions.

À noter : la SNS pourrait également prendre la forme d'un ensemble de documents « emboîtés », du plus stratégique vers le plus opérationnel.

- **Structuration du contenu**

- **Objectifs**

Comment doivent être formulés les objectifs portés par la SNS ?

Rappel des éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022 :

Les travaux d'évaluation de la SNS 2018-2022 ont permis de caractériser ses objectifs :

- des objectifs formulés de manière générale
 - traduisant des idées consensuelles ;
 - non chiffrés ;
 - peu étayés, et, notamment, pas mis au regard de travaux de recherche académique ou de politiques comparables conduites à l'international ;
- des objectifs non hiérarchisés
 - non accompagnés d'éléments temporels (pas d'horizon de mise en œuvre, etc.) ni budgétaires (pas de mention des moyens alloués/à allouer) ;
 - nombreux (43, hors Corse, Outre-mer et Priorité de santé de l'enfant) et tous présentés au même niveau, conduisant, selon certains acteurs, à un « effet catalogue » ;
- des objectifs portant sur des sujets tantôt précis (« Déployer le dossier médical partagé à l'ensemble de la population »), tantôt très larges (« Assurer l'accès des patients aux traitements les plus innovants tout en maintenant la soutenabilité des dépenses pour l'assurance maladie »).

Éclairage méthodologique pour l'élaboration de la prochaine SNS

Les travaux d'élaboration de la prochaine SNS devraient dans un premier temps permettre de définir la forme des objectifs de la SNS, en déterminant notamment :

- leur nombre (ordre de grandeur) : par exemple, un nombre d'objectifs large (plus de 30) ou un nombre restreint (moins de 10) ;
- leur degré de granularité (par exemple, objectifs stratégiques *versus* opérationnels, voire les deux, dans une logique de documents hiérarchisés et emboîtés), notamment sur certaines thématiques ou géographies qui pourraient faire l'objet de focus particuliers (par exemple, choix de formuler ou non des objectifs spécifiques sur la Corse ou des territoires d'outre-mer) ;
- leur formulation et la manière dont ils sont décrits : objectifs chiffrés ou non, inscrits dans un horizon temporel ou non, assortis de moyens ou non. Il est à noter que dans le cas d'objectifs chiffrés, il convient d'éviter que l'atteinte d'un certain chiffre devienne un objectif en soi (« politique du chiffre »), quels que soient les moyens mobilisés ;
- leurs modalités de hiérarchisation (arborescence d'objectifs en fonction des thématiques, hiérarchisation en fonction des éléments de temporalité ou de budget accompagnant les objectifs etc.), et les critères permettant de réaliser cette hiérarchisation (par exemple, en fonction de l'impact sur la santé publique).

Le choix de la forme de ces objectifs, de leur nombre, et des modalités de hiérarchisation éventuelles devra être fait en cohérence avec :

- les destinataires de la SNS et les effets attendus sur chacun. Ainsi, s'il est attendu de la SNS qu'elle entraîne des actions concrètes de la part des acteurs ciblés (par exemple, les administrations en charge de conduire la politique de santé), la formulation d'objectifs précis pouvant par la suite être déclinés en actions opérationnelles et accompagnés de précisions temporelles et budgétaires, pourra être pertinente *via* des plans nationaux ciblés sur un problème de santé publique ou de mise en œuvre de moyens (ressources humaines, investissement...);
- l'articulation souhaitée entre SNS et plans et projets de santé (nationaux et régionaux) : si ces derniers sont conçus comme la déclinaison opérationnelle de la SNS, c'est à leur niveau que pourront être précisés les objectifs opérationnels et les éléments calendaires et budgétaires, la SNS pouvant alors être focalisée sur un nombre limité d'objectifs stratégiques ;
- l'horizon temporel de la SNS : un horizon de long terme (par exemple, dix ans) impliquera la formulation d'objectifs larges, prospectifs et moins opérationnels, pour garantir la pertinence de la SNS dans la durée. En effet, des objectifs très détaillés, qui intégreraient des éléments opérationnels, apparaîtraient plus sensibles à la conjoncture et se prêteraient davantage à un horizon plus court (par exemple, cinq ans).

○ Diagnostic

Quels éléments de diagnostic le document doit-il inclure ? Sous quelle forme ?

Rappel des éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022

La préparation de la SNS 2018-2022 s'est largement appuyée sur une analyse du HCSP dans le rapport *L'état de santé de la population en France* publié par la DREES en 2017, décrivant l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que les stratégies d'action envisageables. Cette analyse et les propositions du HCSP sont cités dans les phrases introductives de la SNS 2018-2022.

Pourtant, les travaux d'évaluation ont mis en évidence que les acteurs interrogés ont des retours mitigés sur la mobilisation d'éléments de diagnostic, avec deux messages clés :

- globalement, des orientations accompagnées d'éléments de diagnostic très macros ne permettant pas toujours de bien ancrer les orientations dans la réalité. En particulier, la SNS ne s'appuie pas de manière visible sur des éléments issus d'études académiques ou de *benchmarking* (notamment international), qui permettraient pourtant de rendre les orientations plus concrètes et plus parlantes ;
- un diagnostic conduit selon une démarche peu partagée. En particulier, peu ou pas de liens affichés avec les travaux conduits parallèlement à l'échelle régionale, dans le cadre de l'élaboration des PRS, notamment des COS. Une meilleure prise en compte de ces travaux, portés par les ARS et les acteurs impliqués dans la conduite de la politique de santé à l'échelle régionale, aurait pu permettre de mieux associer les acteurs de terrain à la construction et à la mise en œuvre de la SNS.

Éclairage méthodologique pour l'élaboration de la prochaine SNS

Différentes sources pourront être mobilisées pour nourrir la prochaine SNS d'éléments de diagnostic :

- les différents travaux existants, tels que la présentation synthétique de l'état de santé de la population et des travaux sur les principaux déterminants de cet état de santé (facteurs de risque, etc.), produite par la DREES en 2021 à partir des données les plus récentes,

l'exploitation des bases de données existantes et des travaux qui en sont issus, les travaux du HCSP, du HCAAM et de la CNS, les ressources humaines (DREES, ONDPS...), un cadrage économique (par exemple, Direction de la Sécurité sociale [DSS] sur les questions de soutenabilité du système de protection sociale) ;

- les travaux 2022 d'élaboration des prochains PRS dans l'ensemble des régions, sous le pilotage des ARS, mais également les travaux issus de l'évaluation des PRS actuels ;
- une éventuelle démarche *ad hoc* conduite dans le cadre de l'élaboration de la SNS, et associant un cercle d'acteurs à définir (par exemple, acteurs de l'État, aux niveaux national et régional, experts, professionnels de santé, patients, instances de démocratie en santé et sociale, etc.) ;
- il est de même important d'investir dans des travaux de prospective (par exemple, sur les grands défis de santé à long terme, l'évolution des moyens, des ressources humaines, les innovations technologiques, l'impact du numérique, la pandémie de Covid-19, etc.), s'appuyant sur des productions existantes en France ou à l'étranger ou conduits de manière *ad hoc*, issus d'une structure nationale dont c'est la mission ou d'une comitologie dédiée.

Le choix de ces sources et, le cas échéant, de la démarche de diagnostic à mettre en œuvre, dépendent notamment :

- du choix des destinataires de la SNS et des effets attendus sur chacun. Ainsi, une SNS visant un effet d'entraînement fort sur l'écosystème, jusqu'aux usagers (par exemple, stratégie de santé de la région de Londres, voir détails dans le rapport d'évaluation de la SNS 2018-2022), bénéficierait fortement d'une démarche intégrant une phase de discussion et d'échanges sur les éléments du diagnostic qui permettrait de mesurer l'attente des acteurs (les citoyens, mais aussi les professionnels de santé), d'assurer leur participation et de garantir l'effet d'entraînement attendu. Une alternative peut être l'organisation d'états généraux avec l'ensemble des acteurs concernés ;
- de la nature des orientations portées au sein de la SNS. Ainsi, une SNS porteuse d'orientations en faveur de la transformation du système de santé et de son fonctionnement devra s'appuyer sur des travaux relatifs à l'état de santé de la population pour définir ses objectifs, mais également sur les évolutions du fonctionnement du système de santé qui en découlent et enfin sur d'éventuelles évolutions des modalités de financement qui paraîtront nécessaires.

De manière générale, la construction et le partage du diagnostic représentent un levier de mobilisation fort des acteurs que l'on souhaite associer ensuite à la conception et/ou à la mise en œuvre de la SNS. Établir un diagnostic partagé est un projet en soi, qui nécessite un pilotage dédié afin de consacrer le temps et les ressources nécessaires. Il s'agira d'associer un cercle d'acteurs à définir (par exemple, acteurs de l'État aux niveaux national et régional, experts, professionnels de santé, patients, instances de démocratie en santé et sociale, etc.) et de mobiliser dès la phase de diagnostic les destinataires clés de la SNS afin de garantir une pluralité de points de vue et l'appropriation du diagnostic par les parties prenantes.

- **Horizon temporel**

Quel doit être l'horizon temporel fixé à la SNS ?

Rappel des éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022

- La SNS 2018-2022 s'inscrit sur un horizon de cinq ans⁶, aligné sur le mandat présidentiel.
- En revanche, les orientations portées au sein de la SNS s'inscrivent dans le long terme et leur horizon de mise en œuvre n'a pas été articulé avec l'horizon de la SNS elle-même (« dans les prochaines années il sera nécessaire de »).
- À l'échelon régional, une distinction est établie entre les COS, sur dix ans, et les SRS, sur cinq ans.

Éclairage méthodologique pour l'élaboration de la prochaine SNS

L'horizon temporel de la SNS ne peut excéder dix années d'après le cadre législatif⁷ qui lui a été donné. Son choix doit être intimement lié aux objectifs que l'on souhaite fixer à cette SNS, et à la nature des orientations que l'on souhaite lui faire porter. Plusieurs options apparaissent :

- option 1 : un horizon de cinq ans. Cette hypothèse apparaît pertinente dans le cadre d'orientations présentant une teneur politique marquée (notamment en cas d'alignement de l'horizon de la SNS avec le mandat présidentiel), une description suffisamment précise et concrète et une mise en œuvre possible à court ou moyen terme (par exemple, réforme portant sur un aspect du fonctionnement du système de soins). Cette option interroge cependant sur l'articulation entre la SNS et les mandats gouvernementaux. En cas d'articulation avec les mandats présidentiels, il existe un risque de voir un temps d'élaboration très réduit (pour produire une SNS de cinq ans dans un mandat de même durée), ne permettant pas la bonne association des acteurs. En cas de non-articulation, il existe un risque de continuité du suivi de la SNS au moment du changement d'équipe, à moins que son contenu ne soit que très macro, ce qui plaiderait toutefois pour un horizon de plus long terme ;
- option 2 : dix ans. Cette hypothèse apparaît pertinente dans le cadre d'orientations moins marquées politiquement, présentant des horizons de mise en œuvre plus longs et porteuses d'impacts ne pouvant être mesurés qu'à long terme (par exemple, impacts d'une mesure visant à faire évoluer l'état de santé de la population dans un domaine donné). Des « clauses de revoyure » peuvent être prévues pour vérifier l'atteinte des objectifs au fil du temps et permettre leur actualisation en fonction des éventuelles évolutions du contexte et des enjeux de santé (par exemple, survenue d'une crise sanitaire majeure) ;
- option 3 : dix ans avec une étape intermédiaire à cinq ans (exemple des PRS, ou de la récente stratégie décennale de lutte contre les cancers). Cette option permet de combiner des orientations de long terme liés aux résultats des travaux de prospective, avec les orientations entrant dans le cadre d'une mandature. L'étape fixée à cinq ans doit permettre de vérifier la bonne atteinte des objectifs de court terme, mais également de revoir et d'actualiser les orientations et les mesures de plus long terme. Cette option a aussi l'avantage de disposer d'orientations au bout des cinq ans, sans qu'il soit nécessaire d'attendre une nouvelle programmation ;

Le choix de l'option à retenir est étroitement lié à la nature des objectifs et des effets attendus de la SNS, mais aussi à l'articulation souhaitée entre la SNS et les plans et projets nationaux

⁶ La loi de 2016 prévoyait pour la SNS une durée pouvant aller jusqu'à dix ans, ramenée à cinq ans dans le décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

⁷ Décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé (art. R. 1411-1).

et régionaux de santé. En effet, il conviendra de trouver une articulation avec les COS à dix ans et les schémas régionaux de santé à cinq ans des projets régionaux de santé (voir *infra*). Le comité de pilotage se positionne favorablement sur un échelonnement de la SNS à dix ans, avec des conditions de revoyure régulières et programmées, notamment afin de tenir compte des changements de contexte (par exemple, en cas de crise sanitaire d'ampleur).

- **Positionnement par rapport aux plans de santé**
 - **Positionnement par rapport aux plans nationaux**

Comment la SNS doit-elle s'articuler avec les plans nationaux de santé ?

Rappel des éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022

- L'introduction de la SNS stipule que cette dernière est « mise en œuvre par les plans et programmes nationaux ». Toutefois :
 - elle ne s'est pas imposée comme un « cadre » des plans nationaux :
 - elle est apparue dans un paysage de plans nationaux déjà bien engagés, sans entraîner une démarche systématique de rationalisation et de mise en cohérence de ces plans ni de ceux apparus après sa publication ;
 - la plupart des plans nationaux semble contribuer aux axes de la SNS, mais de nombreux chevauchements apparaissent et rendent l'ensemble peu lisible. Certains plans sont très larges, avec une vocation « stratégique » (par exemple, plan national de santé publique [PNSP], Ma santé 2022 – déclinaisons explicites de la SNS), d'autres sont focalisés sur des thématiques précises (par exemple, plan obésité 2019-2022). La diversité des dénominations de ces plans (plan, programme, stratégie, feuille de route, etc.) contribue à la faible lisibilité de l'ensemble. Ce résultat conduit à une confusion pour l'écosystème d'acteurs et une faible lisibilité d'ensemble ;
 - les modalités de diffusion, de déclinaison et de suivi de la SNS n'ont pas été articulées avec celles des plans nationaux de santé ;
- néanmoins, la SNS a pu dans certains cas donner une impulsion ayant permis la construction et la mise en œuvre de plans nationaux répondant à ses orientations. Par exemple, l'Axe 1 de la SNS a été intégralement décliné au sein du PNSP, porté par la DGS, et en partie décliné dans le champ de l'éducation par le plan École promotrice de santé porté par le ministère de l'Éducation nationale.

Éclairage méthodologique pour l'élaboration de la prochaine SNS

La SNS a vocation à jouer un rôle « surplombant » et à définir de grandes orientations, au sein desquelles les plans nationaux doivent s'inscrire. Ces modalités d'articulation, qui peuvent prendre différentes formes, représentent une condition à une bonne lisibilité d'ensemble :

- l'articulation avec les plans nationaux de santé existants suppose de prendre en compte les plans existants dans la construction des orientations de la SNS (sans pour autant que ceux-ci soient nécessairement cités ou explicitement repris dans la SNS), et de faire évoluer, voire de mettre fin aux plans dont les orientations sont jugées incohérentes avec celles retenues pour la SNS ;
- l'articulation avec les futurs plans nationaux de santé suppose de définir le niveau de cadrage que la SNS doit imposer aux futurs plans nationaux de santé, et les modalités de prise en compte de la SNS dans la construction et la mise en œuvre de ces plans. Afin de renforcer la lisibilité d'ensemble, les plans nationaux de santé pourraient par exemple

mentionner explicitement leur inscription dans la SNS en précisant le(s) priorité(s) à/aux laquelle(s) ils répondent. Il pourrait être imaginé de conditionner en partie le financement de ces plans à l'explicitation de leur lien avec la SNS. Cette exigence ne pourra s'appliquer que si le portage de la SNS est suffisamment visible.

○ **Positionnement par rapport aux projets régionaux de santé (PRS)**

Comment la SNS doit-elle s'articuler avec les PRS ?

Rappel des éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022

- La loi de modernisation du système de santé de 2016 impose que les PRS s'inscrivent en cohérence avec la SNS ⁸, et l'introduction de la SNS stipule que cette dernière est « mise en œuvre par [...] les différents outils régionaux, et notamment les projets régionaux de santé ».
- L'évaluation de la SNS 2018-2022 a néanmoins montré que les calendriers d'élaboration de la SNS et des PRS n'ont pas été articulés. L'élaboration des PRS 2 a en effet précédé celle de la SNS 2018-2022 : elle été engagée dès 2016 alors que le lancement des travaux d'élaboration de la SNS a débuté à l'été 2017. Lors de la publication de la SNS fin 2017, les PRS étant déjà bien aboutis, des travaux d'alignement ont dû être conduits par certaines ARS pour répondre à l'impératif de cohérence.
- Les documents constituant les PRS ne sont pas le strict reflet régional de la SNS. En effet, ceux-ci contiennent, d'une part, des éléments d'adaptation des politiques nationales au contexte régional et, d'autre part, des éléments de diagnostic et des feuilles de route opérationnelles, alors que la SNS demeure à un niveau très macro (correspondant au sein du PRS, au périmètre du COS).
- Enfin, si les contenus des PRS semblent cohérents avec celui de la SNS, leur mise en œuvre s'est faite sans lien évident avec la SNS. Les indicateurs de suivi définis pour la SNS n'ont d'ailleurs globalement pas été repris par les ARS pour le suivi de leurs PRS.

Éclairage méthodologique pour l'élaboration de la prochaine SNS

L'articulation de la SNS avec les PRS doit être précisée et pourra faire l'objet d'une communication auprès de l'écosystème régional de santé :

- quelles modalités d'articulation entre la SNS et les différents documents constituant les PRS, notamment le COS (horizon à dix ans) et le SRS (horizon à cinq ans) ?
- quel degré d'articulation entre les démarches d'élaboration de la SNS et celles des PRS ? En particulier, quelle prise en compte dans l'élaboration de la SNS des diagnostics et des projets conduits à l'échelle régionale ? À noter : si l'exercice d'élaboration de la SNS doit être participatif, afin d'engager les acteurs autour de grandes lignes directrices (voir Modalités d'élaboration de la SNS), il ne doit toutefois pas conduire à « vider de son sens » l'exercice régional de construction des PRS, fondé également sur une approche participative et territoriale, condition d'une bonne appropriation et d'une mise en œuvre des PRS sur le territoire. Une cohérence et une articulation sont nécessaires, et les deux démarches doivent être pensées dans une logique d'enrichissement mutuel ;
- quelle modalité d'association des acteurs régionaux aux travaux conduits sur la SNS au niveau national ?

⁸ « Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. » (art. L. 1434-1 du CSP).

- à l'avenir, comment assurer la cohérence des calendriers des travaux d'élaboration ? La nouvelle génération de SRS est en cours d'élaboration pour novembre 2023. La nouvelle SNS devant débuter début 2023, les calendriers pourraient être compatibles. Cette articulation serait idéalement traduite par l'appropriation dans les PRS des objectifs fixés à la SNS, intégrant les spécificités territoriales dans une logique d'implémentation ; l'élaboration de la SNS étant nourrie par les travaux de leur élaboration en cours. De même, les évaluations de la SNS et des PRS pourront être rendues cohérentes. Enfin, si les PRS sont conçus comme la déclinaison opérationnelle de la SNS, c'est à leur niveau que pourraient être précisés les objectifs opérationnels et les éléments calendaires et budgétaires, la SNS pouvant alors être focalisée sur un nombre limité d'objectifs stratégiques.

III.3. MÉTHODE D'ÉLABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DE LA SNS (« COMMENT »)

- **Modalités d'élaboration**
 - **Acteurs**

Quels acteurs faut-il impliquer dans l'élaboration de la SNS ?

Rappel des éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022

L'élaboration de la SNS 2018-2019, sous la direction du Secrétariat général, a été portée dans un premier temps par une équipe restreinte associant les directions métiers du ministère des Solidarités et de la Santé (DGS, DGOS, DGCS, DSS), la DREES, la CNAM, avec un appui de l'IGAS (un personnel détaché). Le cabinet a été mobilisé pour le pilotage des travaux et les arbitrages.

De nombreux acteurs ont par ailleurs été associés aux réflexions à travers une phase de consultation entre l'été 2017 et fin 2017. Ont par exemple été interrogés, ou sollicités pour apporter des contributions écrites :

- les autres ministères via le comité permanent restreint (CPR) du CIS [par exemple, ministère de la Transition écologique, ministère de l'Éducation nationale, ministère des Armées] ;
- divers acteurs contribuant à la conduite de la politique de santé et à la démocratie en santé (CNS⁹, conférences régionales de la santé et de l'autonomie [CRSA], France Assos Santé...) ;
- le HCSP ;
- les fédérations des professionnels de santé et des établissements.

Conformément à ce que prévoit la loi de modernisation du système de santé de 2016, l'élaboration de la SNS a intégré une phase de consultation publique, ouverte à tous les acteurs intéressés par le sujet. Cette consultation a été conduite en ligne entre le 7 et le 25 novembre 2017 et a recueilli près de 5000 retours.

Les travaux d'évaluation ont permis de mettre en évidence deux constats :

- la démarche de consultation a eu un impact limité, notamment parce qu'elle se fondait sur un document déjà très avancé, et dans des délais ne permettant pas une réflexion de fond

⁹ « La conférence nationale de santé, organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la Santé, a pour objet de permettre la concertation sur les questions de santé. Elle est consultée par le Gouvernement lors de l'élaboration de la stratégie nationale de santé. » (art. L. 1411-3 du CSP).

des acteurs. La logique retenue a donc été un enrichissement du document par les priorités des acteurs ainsi interrogés, mais pas d'une coconstruction des axes de fond ;

- les différents acteurs cités ont été mobilisés au fil de la construction de la SNS, mais pas dans le cadre de son suivi. En effet, les actions de suivi de la SNS prévues à l'origine n'ont pas été mises en œuvre, et aucun suivi structuré de la SNS n'a été établi.

Éclairage méthodologique pour l'élaboration de la prochaine SNS

L'élaboration de la SNS doit impliquer ses destinataires, ainsi que les acteurs qui auront à leur charge sa mise en œuvre et sa diffusion, en tenant compte du périmètre retenu pour la SNS. En effet, l'effet d'entraînement de la SNS sur les acteurs concernés sera d'autant plus fort que ces derniers auront été associés à la construction du document. Cela inclut notamment :

- les acteurs conduisant la politique de santé au niveau national : directions métiers du ministère des Solidarités et de la Santé, mais également, en cas d'approche One Health, les directions métiers des ministères impliqués dans certains champs de la santé (par exemple, ministère de l'Éducation nationale en ce qui concerne la prévention, ou encore ministère de la Transition écologique et ministère de l'Agriculture en ce qui concerne la santé environnement, ministères de l'Intérieur, de la Justice, des Transports, du Logement, etc.) ;
- les acteurs conduisant la politique de santé au niveau régional (ARS, directions régionales d'autres ministères le cas échéant, élus, collectivités territoriales, etc.) ;
- les offreurs de soins ;
- d'autres acteurs, en fonction des thématiques ciblées dans la construction de la SNS et des éléments de diagnostic à mobiliser, pour leur expertise (par exemple, HCSP, HCAAM, agences de santé, sociétés savantes, etc.).

Enfin, l'élaboration de la SNS doit être emblématique de la mise en œuvre de la démocratie en santé. À ce titre, du fait des dispositions de l'article D. 1411-40 du CSP, la CNS est impliquée dans le processus de démocratie sanitaire et ses prérogatives lui permettent de rendre un avis et de participer au suivi et à l'évaluation de la SNS. Notamment, les élus, les usagers et leurs représentants (associations de patients, etc.) devront être associés à son élaboration, et leurs contributions devront être prises en compte. L'organisation de la consultation publique est prévue par la loi de modernisation du système de santé de 2016 pour ouvrir à tous les acteurs et les citoyens qui le souhaitent la possibilité de participer à l'élaboration des objectifs et des priorités de la SNS, préalablement à son adoption ou à sa révision. Cette consultation pourra prendre des formes différentes selon le modèle de SNS retenu. À titre d'exemple, une SNS visant des effets sur l'ensemble des acteurs de l'écosystème, intégrant les professionnels et le grand public, devra être conçue et mise en œuvre en les associant largement (dès le diagnostic), par des démarches adaptées (par exemple, consultation publique de plusieurs semaines faisant appel à des méthodes d'intelligence collective, débats publics y compris à l'échelle régionale en association les CRSA, etc.). Le choix de la démarche à mettre en œuvre devra toutefois être réalisé en tenant compte des modalités et du calendrier d'élaboration des PRS, impliquant également une forte mobilisation des acteurs de terrain, afin d'assurer une cohérence d'ensemble.

Une attention particulière doit enfin être portée sur le choix des membres de « l'équipe projet » en charge de concevoir la SNS ; différents facteurs clés de succès émergent des travaux d'évaluation :

- l'intégration, au sein de l'équipe projet, de personnes en mesure de consacrer une part significative de leur temps aux travaux de conception de la SNS (effectifs dédiés) ;
- la construction d'une continuité entre l'équipe en charge de l'élaboration et l'équipe en charge de la mise en œuvre et du suivi (l'équipe projet ne doit pas « s'éteindre » au moment du lancement de la SNS) ;

- la constitution d'une équipe composée de différents profils et compétences, incluant la gestion de projet, la connaissance des sujets de santé et de l'écosystème d'acteurs, avec des profils à la fois internes à l'administration et externes (représentants des professionnels de santé, de patients, etc.).

Le positionnement de cette équipe projet doit par ailleurs faire l'objet d'une attention particulière : placée dans une position transversale au sein du ministère des Solidarités et de la Santé, elle devrait garantir le portage interministériel des objectifs One Health et de la santé dans toutes les politiques.

○ Calendrier d'élaboration

Quel calendrier pour élaborer la prochaine SNS ?

Rappel des éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022

La construction de la SNS 2018-2022 s'est faite sur un calendrier resserré. Elle a été initiée à l'été 2017, à l'arrivée de la nouvelle équipe gouvernementale suite aux élections présidentielles de 2017. L'élaboration d'un premier document au cours de l'été a été suivie d'une phase de consultation des acteurs de l'écosystème (entretiens individuels, sollicitations écrites, consultation collective) au cours de l'automne. La publication de la SNS 2018-2022 a eu lieu, par décret, le 29 décembre 2017. Les acteurs interrogés ayant participé à l'élaboration de la SNS retiennent de cette période un rythme de travail soutenu, n'ayant pas permis d'accorder suffisamment de temps à certains sujets, notamment la consultation des acteurs (ils auraient, pour beaucoup d'entre eux, trouvé pertinent d'accroître les « allers-retours » avec l'équipe de rédaction, pour approfondir les modalités de prise en compte de leurs avis dans la trame d'ensemble).

Par ailleurs, les travaux d'élaboration des PRS, sous le pilotage des ARS, ont été initiés plus tôt, à partir de 2016. Par conséquent, les PRS étaient déjà relativement aboutis au moment de la publication de la SNS 2018-2022, alors même qu'ils étaient supposés s'inscrire au sein de la SNS. Ce décalage des calendriers a été perçu par les acteurs interrogés comme une incohérence, ayant conduit certaines ARS à ajuster *a posteriori* leurs PRS afin d'assurer la plus grande cohérence possible avec la SNS récemment publiée.

Éclairage méthodologique pour l'élaboration de la prochaine SNS

Le calendrier d'élaboration de la SNS doit être articulé avec différents jalons et calendriers :

- le jalon posé par la loi de 2016 imposant l'existence d'une SNS et impliquant donc son renouvellement à la fin de la période couverte par la SNS en cours, c'est-à-dire à la fin de l'année 2022 ;
- le calendrier politique et l'arrivée de la nouvelle équipe gouvernementale, en mai-juin 2022 ;
- le calendrier parlementaire ;
- le calendrier d'élaboration des PRS devant s'inscrire au sein de la SNS, ce qui impliquerait en principe de construire les grandes orientations de la SNS en amont des travaux sur les PRS ;
- le calendrier d'élaboration et de mise en œuvre d'éventuelles autres initiatives, notamment nationales, avec lesquelles une articulation avec la SNS est considérée comme obligatoire ;
- le calendrier budgétaire, dans la mesure où il serait établi qu'un lien est nécessaire entre SNS et la construction budgétaire.

- **Modalités de communication**
 - **Portage de la SNS**

À quel niveau la SNS doit-elle être portée ?

Rappel des éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022

La loi de modernisation du système de santé de 2016 introduit une SNS définie par le Gouvernement. Un volet de la SNS détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant et un autre est propre aux besoins spécifiques de la défense. En revanche, le texte de la SNS 2018-2022 ne fait pas apparaître de porteur clairement identifié. En pratique :

- l'élaboration de la SNS a été largement copilotée par le SGMAS et par la DGS ;
- différentes actions de communication ont accompagné la publication de la SNS dont certaines portées par la ministre des Solidarités et de la Santé et d'autres au sein du CIS ;
- la mise en œuvre de la SNS n'a pas été portée. Son pilotage n'a pas été désigné.

Les échanges avec les acteurs ont permis de mettre en évidence une certaine incohérence entre le portage retenu pour la SNS (par exemple, communications par la ministre, validation par le CIS présidé par le Premier ministre) et celui mis en place pour des plans nationaux supposés représenter des « réponses » à la SNS (par exemple, Ma santé 2022 bénéficiant d'un fort portage du président de la République et d'une communication très soutenue, ayant permis une visibilité bien plus forte que celle donnée à la SNS, alors même que ce plan est supposé être une déclinaison de la SNS elle-même).

Éclairage méthodologique pour l'élaboration de la prochaine SNS

Le portage de la SNS doit permettre de répondre à ses enjeux et objectifs. Si ceux-ci intègrent la dimension interministérielle (vision Health in All Policies de l'OMS), et visent donc à s'adresser à l'ensemble des acteurs concernés, alors ce portage doit naturellement être interministériel, au niveau du Premier ministre (CIS) ou du président de la République, avec une délégation éventuelle de la coordination de la mise en œuvre au ministre des Solidarités et de la Santé.

Par ailleurs, si les plans nationaux sont désignés comme des leviers de déclinaison de la SNS, alors leur portage doit également être articulé avec celui de la SNS.

Cette cohérence est indispensable à la bonne visibilité de la SNS et à la bonne compréhension de son rôle.

- **Plan de communication**

Quelles cibles de communication et quelles actions mettre en place afin d'assurer une bonne diffusion de la SNS ?

Rappel des éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022

La phase d'élaboration de la SNS n'a pas été accompagnée d'actions de communication. Celles-ci ont été limitées à la phase de publication, avec quelques actions de communications portées par la ministre, ou au sein du CIS, mais avec globalement peu d'actions directes vers les acteurs de terrain. Par conséquent, la majorité des acteurs terrain n'ont pas connaissance de l'existence de la SNS (certains acteurs confondent la SNS avec des plans supposés la décliner – par exemple, Ma santé 2022). Certains acteurs en ont eu connaissance mais ne se sont pas appropriés le document.

Par ailleurs, au cours de l'élaboration de la SNS, la phase de concertation n'a pas représenté un levier fort de communication et d'engagement, s'étant limitée à des entretiens avec des acteurs ciblés, et à une consultation publique très limitée dans la durée (voir *supra*).

Éclairage méthodologique pour l'élaboration de la prochaine SNS

Le plan de communication de la SNS doit prévoir des actions spécifiques pour chaque cible de communication que sont les destinataires de la SNS. Par exemple :

- si la SNS s'adresse aux porteurs de la politique de santé, une communication détaillée sur le contenu de la SNS peut être envisagée vers tous les acteurs en charge de conduire la politique de santé, avec ses modalités d'application déclinées pour le secteur qu'ils pilotent ;
- si la SNS s'adresse aux professionnels de santé et du champ médico-social, la communication doit être claire et adaptée à leur pratique, éventuellement complétée par des ciblage sur des sujets spécifiques ;
- si la SNS s'adresse aux usagers et au grand public, certaines actions de communication pourront être adressées aux représentants des usagers (associations de patients, etc.) et d'autres directement au grand public, afin de faire connaître les grandes lignes de la stratégie. Elles devront alors être ciblées sur les résultats visibles pour la population.

L'effet des actions de communication sera d'autant plus fort que les acteurs en étant destinataires auront été associés en amont de la diffusion de la SNS, au moment de l'élaboration voire du diagnostic. De plus, les actions de communication doivent être échelonnées dans le temps, de manière à faire « vivre » la SNS : au moment de son lancement, puis régulièrement pendant sa mise en œuvre (colloque annuel, etc.), et à son terme (en lien avec l'évaluation, par exemple).

- **Modalités de financement**

Quelles doivent être les modalités de financement de la SNS ?

Rappel des éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022

- La SNS ne fait pas mention des moyens (qu'ils soient attachés à la SNS ou octroyés par ailleurs, par exemple aux plans nationaux).
- Il n'existe pas de lien établi entre la SNS et la trajectoire budgétaire.

Éclairage méthodologique pour répondre à la question

L'articulation entre la SNS et la trajectoire budgétaire devra être précisée notamment en définissant :

- l'articulation entre la SNS et l'Ondam, notamment si la SNS met en avant une priorisation des orientations, ce qui relèverait d'un débat parlementaire. Mais une articulation avec l'Ondam suppose de le décomposer en postes de dépenses liés à des objectifs de santé ;
- si la SNS doit faire l'objet de budgets dédiés ;
- la façon dont les questions de financement doivent être intégrées dans le texte de la SNS (par exemple, associées aux objectifs).

Ces réflexions pourront être nourries par les travaux conduits par le HCAAM sur les orientations du HCAAM pour un programme de santé pluriannuel.

- **Modalités de suivi et d'évaluation**

Quelles doivent être les modalités de suivi et d'évaluation de la SNS ?

Rappel des éléments clés de l'évaluation de la SNS 2018-2022

- La loi de modernisation du système de santé de 2016 prévoit que la mise en œuvre de la SNS doit faire l'objet d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle, dont les résultats seront rendus publics. La DREES a été désignée pour évaluer la SNS 2018-2022 par l'arrêté du 1^{er} février 2018. Ainsi, l'évaluation finale a été prévue *ex ante* et son pilote désigné.
- Lors de l'élaboration de la SNS 2018-2022, des réflexions avaient été conduites sur :
 - la mise en place d'un rendez-vous de suivi annuel associant les parties prenantes, sous le pilotage du Secrétariat général. Ce rendez-vous n'a finalement pas été mis en place et, de manière générale, la SNS 2018-2022 n'a pas fait l'objet d'une démarche de suivi (contrairement à quelques plans de santé – par exemple, mise en place du conseil du numérique en santé pour suivre la feuille de route dédiée à cette thématique ; pilotage de l'avancement du PNSP porté par la DGS, etc.) ;
 - l'identification d'un ensemble d'indicateurs, avec l'objectif de mesurer les effets de la SNS sur l'état de santé de la population.Les travaux d'évaluation ont permis d'identifier différentes difficultés :
 - le fait de ne retenir que des indicateurs préexistants n'a pas permis d'intégrer l'ensemble des dimensions de la SNS. Le suivi ne peut alors qu'être parcellaire ;
 - le lien de « cause à effet » entre la SNS et les indicateurs est difficilement démontrable (des indicateurs pouvant évoluer sous l'effet de facteurs sans liens avec la SNS, et inversement des effets de la SNS échappant aux indicateurs) ;
 - les indicateurs retenus présentent des valeurs qui n'évoluent que sur le long terme ; elles n'ont que très peu changé sur les cinq ans couverts par la SNS 2018-2022, témoignant d'une cohérence faible avec l'horizon temporel donné à la SNS ;
 - les indicateurs retenus avaient pour vocation de suivre les impacts de la SNS sur l'état de santé de la population, mais aucun dispositif n'a été prévu pour suivre l'atteinte d'autres effets attendus de la SNS :
 - la construction d'un cadre de référence pour les acteurs de l'écosystème (par exemple, la SNS s'est-elle bien imposée comme un cadre ?) ;
 - la mise en œuvre d'une dynamique pour lancer des actions répondant aux orientations de la SNS (la SNS a-t-elle bien suscité le lancement de plans nationaux et régionaux en ligne avec ses orientations ?). Le manque de description des effets attendus de la SNS s'est traduit par une difficulté à suivre ce type d'effets au fil du temps ;
 - les indicateurs retenus n'ont pas permis de faire le lien avec l'évaluation et le suivi des PRS, pourtant supposés décliner la SNS dans chaque région.
- Enfin, la SNS 2018-2022 n'a pas fait l'objet d'adaptation de sa forme ni de son contenu au cours de sa période d'application, y compris dans le contexte de crise sanitaire liée à la Covid-19.

Éclairage méthodologique pour répondre à la question

Les modalités de suivi et d'évaluation de la SNS devront être définies dès la phase d'élaboration, notamment en termes :

- d'objectifs attendus du suivi et de l'évaluation de la SNS : par exemple, dresser un bilan des effets de la SNS ; mesurer son impact (même indirect) sur l'état de santé de la population ; permettre de réorienter et d'adapter les orientations stratégiques en fonction du contexte, etc. ;
- de gouvernance : acteurs responsables du suivi et acteurs contributeurs ; comitologie ; modalités d'arbitrage, etc. ;
- de calendrier : fréquence des actions de suivi ; positionnement des actions d'évaluation, en fonction de l'horizon fixé à la SNS (un temps unique d'évaluation à la fin de la période couverte par la SNS ? Dans le cas d'une SNS s'échelonnant sur une période longue, de dix ans par exemple, deux temps, à mi-parcours puis à la fin ? Un suivi annuel au printemps, en mobilisant notamment, mais pas uniquement, les travaux parlementaires du printemps de l'évaluation, tel que préconisé par exemple par le HCAAM dans son rapport sur la régulation du système de santé publié en juin 2021 ?) ;
- d'outils mobilisés : utilisation d'indicateurs (existants/*ad hoc*...), mobilisation d'approches qualitatives ou quantitatives, etc. ;
- d'articulation de ces modalités de suivi et d'évaluation avec celles des plans nationaux et/ou des PRS, une conduite coordonnée de ces exercices permettant *a priori* un enrichissement mutuel et une meilleure cohérence d'ensemble ;
- d'organisation *ex ante* du processus d'évaluation (désignation de son pilote et budgétisation) ;
- modalités de communication des résultats du suivi et de l'évaluation.

Annexe 2

Juin 2022

Évaluation de la stratégie nationale
de santé 2018-2022

Évaluation de la cohérence de la SNS avec les enjeux prioritaires de santé publique et de son impact sur les acteurs

Table des matières

PARTIE 1 Présentation synthétique de l'étude de la cohérence et de l'impact de la stratégie nationale de santé (SNS) sur l'écosystème d'acteurs de la santé et leurs pratiques.....	2
I. INTRODUCTION ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	3
La SNS, un cadre de la politique de santé ayant vocation à être décliné dans les plans nationaux et les projets régionaux de santé	3
Une démarche de construction progressive	3
Deux grands objectifs poursuivis par la présente étude dont une démarche qualitative	5
Un référentiel d'évaluation a été construit pour étudier toutes les étapes de la conception et de la mise en œuvre de la SNS	6
II. ANALYSE DE LA COHÉRENCE DE LA SNS	7
II.1. UN DOCUMENT PRESENTANT UN BON NIVEAU DE COUVERTURE DES ENJEUX DE SANTÉ MAIS QUI NE FAIT PAS ÉMERGER DE GRANDES PRIORITÉS	7
Une cohérence forte de la SNS avec les enjeux de santé portés par les acteurs interrogés	7
Des enjeux et des orientations portés dans la SNS dont la pertinence a été soulignée par la crise sanitaire	7
Des enjeux traités de manière générale	7
Des orientations non hiérarchisées	8
Des constats liés à la méthode d'élaboration de la SNS	8
II.2. UNE AMBITION DE CONSTITUER LE CADRE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ DUQUEL SONT DECLINÉS LES PLANS NATIONAUX ET LES PROJETS RÉGIONAUX DE SANTÉ	8
Focus sur la cohérence entre la SNS et les documents cadres supranationaux : une cohérence avec le mouvement One Health et les objectifs de développement durable de l'OMS	9
Focus sur la cohérence entre la SNS et les plans nationaux de santé	9
Focus sur la cohérence entre la SNS et les projets régionaux de santé	12
III. ANALYSE QUALITATIVE DES IMPACTS DE LA SNS SUR LES ACTEURS DE L'ÉCOSYSTÈME	14
Au niveau national, une dynamique marquante pour les acteurs impliqués, mais qui n'a pas perduré	14
Dans les régions étudiées, une faible connaissance de la SNS par les acteurs de l'écosystème de santé mais une meilleure connaissance du PRS qui a entraîné un certain nombre d'effets	15
Au niveau du « terrain », pas d'impact notable de la SNS sur la pratique des professionnels, faute de moyens pour les toucher directement	166
PARTIE 2 Pistes de réflexion	17
Un bilan de la SNS contrasté	18
Trois grands modèles possibles pour la SNS au-delà du <i>statu quo</i>	18
Des conditions de réussite transverses	19
Prochaines étapes	20

Cette annexe a été réalisée avec l'appui des cabinets Accenture et McKinsey.

PARTIE 1

Présentation synthétique de l'étude de la cohérence et de l'impact de la stratégie nationale de santé (SNS) sur l'écosystème d'acteurs de la santé et leurs pratiques

I. INTRODUCTION ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

La SNS, un cadre de la politique de santé ayant vocation à être décliné dans les plans nationaux et les projets régionaux de santé

La stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 a été adoptée par décret le 29 décembre 2017 dans le but de **donner de la cohérence à l'action collective dans le domaine de la santé**, à travers deux objectifs :

- **définir une vision partagée** par l'ensemble des acteurs et piloter les chantiers prioritaires ;
- **donner un cap** dans la mise en place des politiques de santé et l'élaboration de mesures concrètes, notamment *via* les projets régionaux de santé (PRS) et *via* « toutes les mesures et tous les plans et programmes à venir ».

Elle est structurée par **quatre axes et deux volets spécifiques** et des **dispositions complémentaires** :

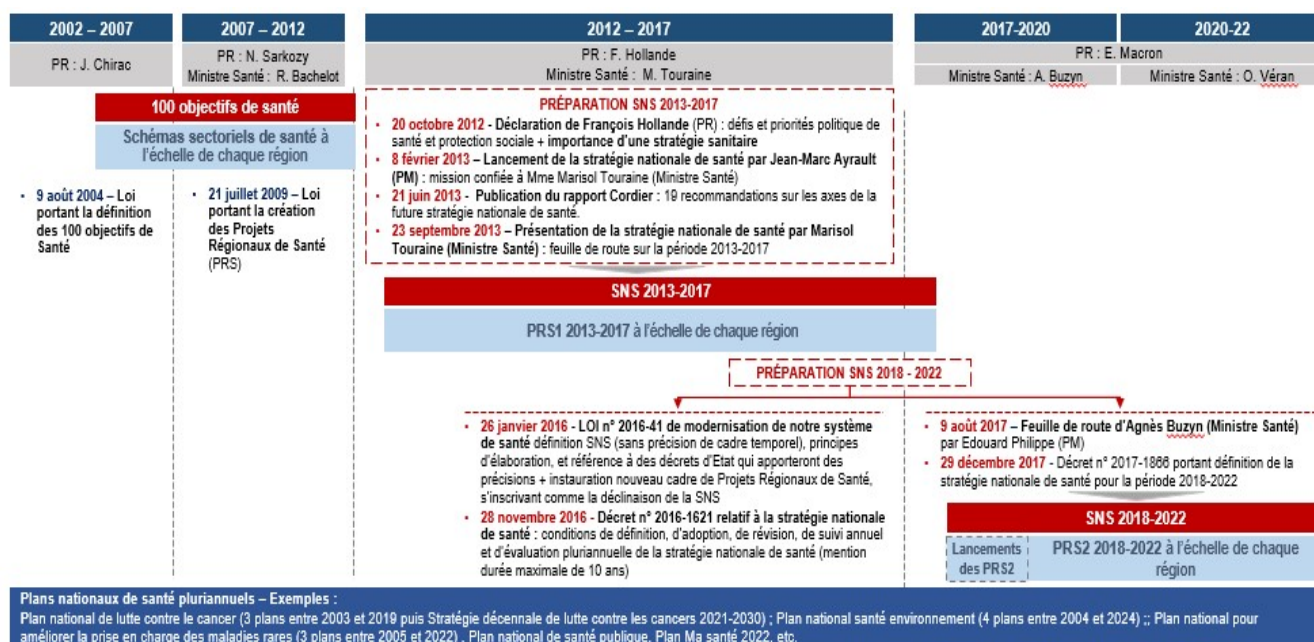
- Axe 1 « Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie » ;
- Axe 2 « Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé » ;
- Axe 3 « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé » ;
- Axe 4 « Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers » ;
- Volet « Priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune », prévu par la loi du 26 janvier 2016 ;
- Volet relatif au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides ;
- Dispositions spécifiques à la Corse ;
- Dispositions spécifiques à l'Outre-mer.

Depuis 2018, la SNS constitue donc le cadre de la politique de santé, et a vocation à être déclinée dans les plans nationaux et dans les projets régionaux de santé.

Une démarche de construction progressive

Le cadre et les grands principes de la SNS 2018-2022 ont été définis par la loi de modernisation du système de santé (loi Santé), du 26 janvier 2016. La SNS 2018-2022 fait elle-même suite à la SNS 2013-2017, feuille de route présentée par la ministre de la Santé Madame Marisol Touraine (voir détails dans la frise chronologique ci-dessous).

Illustration de la genèse de la SNS :



La SNS 2018-2022 a été élaborée dans un calendrier court par une équipe restreinte.

- **Mobilisation à l'été 2017 d'une équipe resserrée pour construire la SNS, avec une échéance fixée à fin 2017** (inscrite dans la feuille de route de la ministre, Madame Agnès Buzyn) :
 - **construction d'une équipe** composée des directions ministérielles métier du ministère des Solidarités et de la Santé (DGS, DGOS, DSS, DGCS), de la DREES, de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et d'un appui apporté par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS, détachement d'un personnel) ;
 - **mise en place d'un pilotage par le SGMAS** ;
 - **mobilisation du cabinet** dans le suivi des travaux tout au long de cette phase de conception.
- **Les travaux se sont appuyés sur :**
 - **l'analyse réalisée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en 2017** sur l'état de santé de la population et ses principaux déterminants et sur des échanges au sein de l'équipe projet pour bâtir un premier document ;
 - **un processus de concertation conduit avec les acteurs de la santé et les autres ministères sous la forme de rencontres et de contributions écrites** sur la base d'un premier document (ministères de l'Éducation nationale, de la Transition écologique, du Travail, conférence nationale de santé [CNS], conférences régionales de la santé et de l'autonomie [CRSA], associations...).

Suite à la publication de la SNS en décembre 2017, la stratégie n'a pas fait l'objet de communication ou de suivi dans la durée :

- **les actions de communication ont été concentrées sur la phase d'élaboration et de publication de la SNS** avec la présentation des grands axes de la SNS 2018-2022 par la ministre de la Santé lors d'une conférence de presse, dans un dossier de presse et par des relais sur le site internet du ministère des Solidarités et de la Santé. Ces actions n'ont ensuite pas été poursuivies dans la durée ;
- **la SNS n'a pas fait non plus l'objet de suivi dans la durée.** Si des indicateurs de suivi ont été identifiés et mis à jour régulièrement par la DREES afin d'en évaluer les

impacts sur l'état de santé de la population, sur un terme compatible avec l'horizon fixé par la SNS (cinq ans), des réunions régulières de suivi auraient dû démarrer en février 2018 et n'ont finalement pas eu lieu.

Deux grands objectifs poursuivis par la présente étude dont une démarche qualitative

L'étude poursuit deux grands objectifs :

- **évaluer la cohérence de la SNS avec les enjeux prioritaires de santé publique** aux niveaux national et régional, en analysant la manière dont elle a été élaborée, puis déclinée aux différents échelons, notamment au travers des PRS ;
- **évaluer qualitativement les impacts** de la SNS sur les acteurs de l'écosystème de la santé et leurs pratiques.

Les travaux se sont appuyés sur **une série d'entretiens individuels avec des acteurs** impliqués dans l'élaboration et/ou la déclinaison de la SNS et des acteurs de terrain :

- au niveau national (institutions, associations...) ;
- dans deux régions volontaires pour comprendre la dynamique enclenchée par la SNS sur ces territoires :
 - une région métropolitaine de taille moyenne ;
 - un territoire d'outre-mer.

Notes :

- *la sélection des régions a tenu compte de la très forte mobilisation des acteurs pendant la crise sanitaire, et s'est appuyée sur le volontariat ;*
- *une attention a été portée au choix d'un territoire d'outre-mer, visant à bien refléter la structure de la SNS, et à la sélection d'une région métropolitaine de taille moyenne.*

60 entretiens conduits avec plus de 90 acteurs de l'écosystème :

Au niveau national

Directions du ministère des Solidarités et de la Santé	DREES, SG, DGS, DGOS, DGCS, DSS, DNS
Structures impliquées sur les sujets de santé	HCSP, CNAM, CNS, SFSP, HCAAM, CNSA, France Assos Santé, SFSP, INCa, Unicancer, EHESP
Établissements sanitaires et médico-sociaux	FHF, FEHAP
Autres ministères et organes institutionnels	Éducation nationale, Transition écologique, Sénat (commission des affaires sociales)

Dans les régions

Acteurs clés de l'animation de la politique de santé régionale	ARS, conseils régionaux, conseils départementaux, CRSA, CTS, préfetures
Représentants des professionnels de santé	URPS, URML, dix professionnels de santé
Établissements de santé	cinq CH dont trois CHU, un établissement médico-social (MDPH)
Usagers	France Assos Santé

II. ANALYSE DE LA COHÉRENCE DE LA SNS

L'analyse de la cohérence de la SNS doit permettre de répondre à deux questions clés :

- cohérence de la SNS avec les enjeux de santé publique - **Dans quelle mesure la SNS a-t-elle pris en compte les enjeux de santé publique, de manière cohérente et partagée par l'ensemble des acteurs ?**
- cohérence de la SNS avec les plans nationaux et les projets régionaux de santé - **Dans quelle mesure la SNS représente-t-elle un cadre guidant les politiques de santé et les plans nationaux et régionaux ?**

II.1. Un document présentant un bon niveau de couverture des enjeux de santé mais qui ne fait pas émerger de grandes priorités

Une cohérence forte de la SNS avec les enjeux de santé portés par les acteurs interrogés

Les acteurs interrogés mettent globalement en avant le **caractère exhaustif de la SNS**, l'**absence d'« angles morts »** et soulignent un texte d'une grande qualité. En effet, la quasi-totalité des acteurs interrogés déclarent retrouver au sein de la SNS les enjeux et les priorités qu'ils portent, que ce soit au niveau national ou régional.

Seuls **quelques sujets auraient pu, selon eux, être mieux développés**, tels que la mise à plat du reste à charge, la santé mentale, le vieillissement et le handicap et, de manière générale, le champ du social en lien avec celui de la santé.

Des enjeux et des orientations portés dans la SNS dont la pertinence a été soulignée par la crise sanitaire

La crise sanitaire a confirmé le **caractère stratégique et prioritaire de certaines orientations de la SNS**, par exemple autour de la gestion des disparités sociales en matière d'accès à l'offre de soins ou du renforcement de la politique de santé mentale.

Elle a également **accélééré les réponses à certaines orientations stratégiques** inscrites dans la SNS, notamment :

- la généralisation des usages du numérique en santé tels que la télémédecine ;
- la promotion d'une action européenne et internationale de santé ;
- le renforcement de la résilience du système de santé face aux situations exceptionnelles.

Certains acteurs soulignent que **la gestion de la crise sanitaire a en revanche marqué un éloignement par rapport à certains objectifs de la SNS** qui sont pourtant des priorités, en particulier la démocratie en santé (« Réaffirmer le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et les associer à la gouvernance du système de santé » [Axe 4]).

Des enjeux traités de manière générale

La SNS 2018-2022 ne marque pas de rupture avec les précédents cadres de santé et notamment avec la SNS 2013-2017 (feuille de route autour de trois axes clés : prévention, organisation des soins et égalité d'accès, déconcentration et démocratie sanitaire).

Les acteurs interrogés considèrent en outre que **les enjeux et les orientations sont formulés de manière très « générale »** :

- une **formulation large** des grandes orientations de la SNS 2018-2022, permettant d'obtenir un consensus « naturel » avec des titres d'axes ou d'actions prioritaires jugés parfois génériques ;
- **des orientations qui sont non chiffrées et non étayées** par des éléments concrets :
 - **des orientations tirées d'un diagnostic** qui, aux yeux des acteurs interrogés, n'est **pas suffisamment développé dans le document**, et **qui n'a pas été suffisamment partagé** (peu d'acteurs ont conscience du lien avec le diagnostic de l'état de santé de la population produit en 2017 par le HCSP, et beaucoup expriment qu'ils auraient apprécié être sollicités dans cette phase de diagnostic) ;
 - des orientations stratégiques **non chiffrées, non étayées**, par exemple par des travaux de recherche académique et non mises en perspective avec d'autres études et stratégies conduites à l'international.

Des orientations non hiérarchisées

La SNS 2018-2022 présente **43 objectifs au même niveau**, sans priorisation, créant pour certains acteurs interrogés un « effet catalogue ». Ces objectifs portent tantôt sur des sujets précis (par exemple, « Déployer le dossier médical partagé à l'ensemble de la population »), tantôt très larges (par exemple, « Assurer l'accès des patients aux traitements les plus innovants tout en maintenant la soutenabilité des dépenses pour l'assurance maladie »).

La SNS n'affiche pas non plus de priorisation temporelle ou budgétaire. Les objectifs ne présentent pas d'horizon de temps précis ni de moyens associés, qu'ils soient attachés à la SNS ou octroyés par ailleurs, par exemple en lien avec des plans nationaux. En effet, la SNS ne présente **pas d'articulation visible avec la stratégie financière.**

Des constats liés à la méthode d'élaboration de la SNS

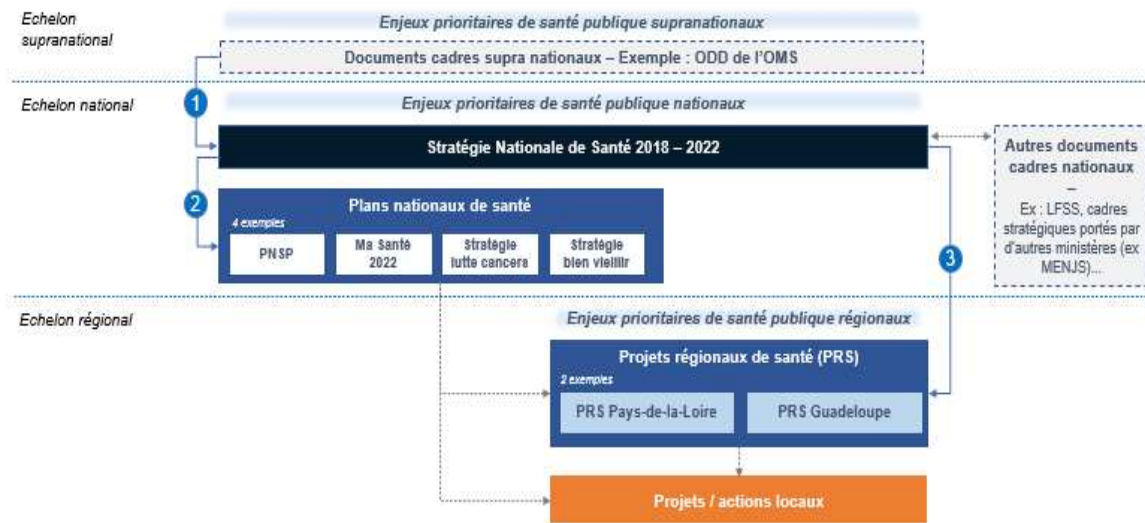
Les acteurs interrogés associent ces constats à la méthode d'élaboration de la SNS fondée sur :

- **une logique de consolidation des priorités existantes** par chaque acteur dans chaque domaine, et une démarche d'enrichissement progressif du document ;
- **une concertation dont l'impact a été limité** : une consultation publique courte n'ayant pas eu beaucoup d'impact sur le projet de SNS, et la sollicitation d'acteurs phares de l'écosystème mais sur la base d'un document déjà très avancé, dans des délais très courts ;
- **des arbitrages limités au départage de propositions incompatibles ou contradictoires.**

II.2. Une ambition de constituer le cadre de la politique de santé duquel sont déclinés les plans nationaux et les projets régionaux de santé

La SNS a pour ambition de constituer le cadre de la politique de santé en France, cadre duquel sont déclinés les plans nationaux et les projets régionaux de santé.

Illustration - Articulation de la SNS avec les plans et projets de santé à tous les échelons :



Focus sur la cohérence entre la SNS et les documents cadres supranationaux : une cohérence avec le mouvement One Health et les objectifs de développement durable de l'OMS

La SNS 2018-2022 s'inscrit dans le mouvement One Health et l'approche Health in All Policies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui visent à promouvoir une approche pluridisciplinaire et globale des enjeux de santé, notamment en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé :

- l'introduction de la SNS réaffirme le principe porté par l'OMS, selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde, tout comme certains plans nationaux (le plan national santé-environnement [PNSE] ou le plan national de santé publique [PNSP]) ;
- le rapport de l'état de santé de la population élaboré par le HCSP en 2017 et sur lequel s'appuie la SNS consacre d'ailleurs lui-même le premier des quatre principes d'action identifiés à « La santé comme objectif dans toutes les politiques ».

La SNS s'inscrit également en cohérence avec les objectifs de développement durable (ODD) de l'OMS adoptés à l'ONU en 2015 et qui doivent être atteints d'ici 2030 :

- les enjeux de la SNS reprennent les principaux objectifs de l'ODD 3 consacré plus particulièrement aux enjeux de santé (« Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges » : augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, élimination des décès évitables et réduction des inégalités) ;
- les enjeux de la SNS s'inscrivent en résonance avec d'autres ODD : « Sécurité alimentaire » (ODD 2), « Alimentation en eau » (ODD 6), « Niveau annuel de particules fines dans les villes » (ODD 11).

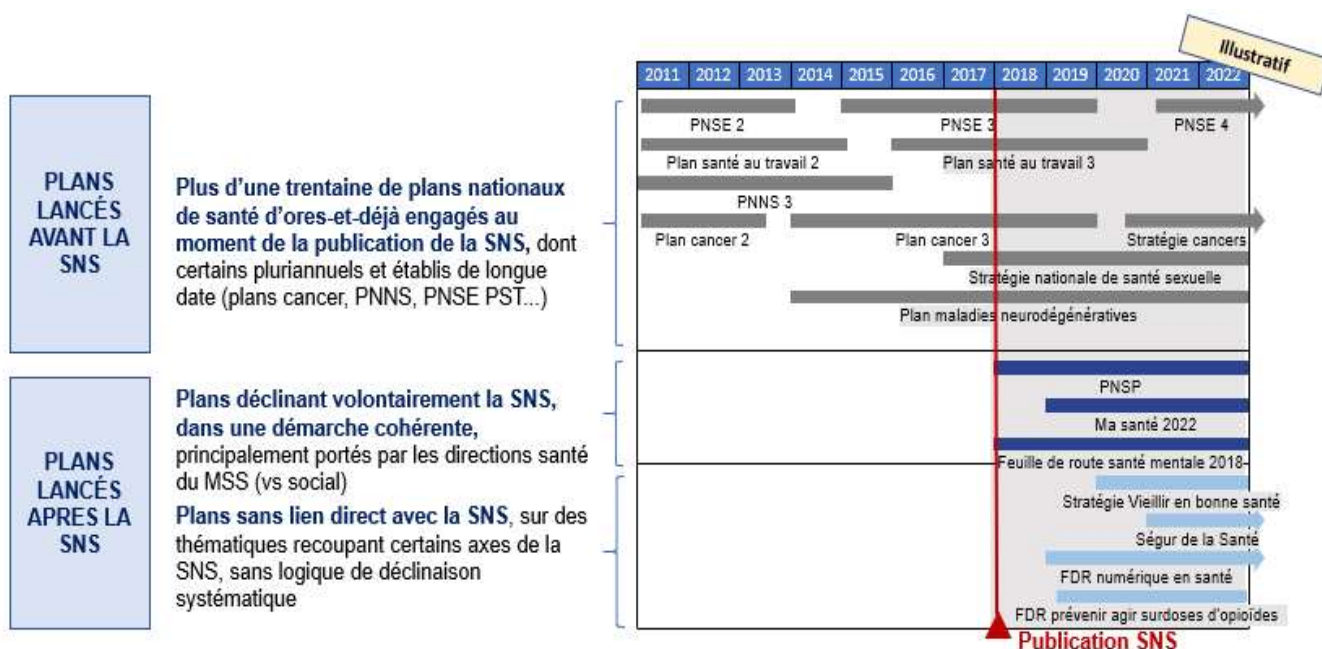
Focus sur la cohérence entre la SNS et les plans nationaux de santé

Pas de logique de rationalisation des plans nationaux

Plus d'une trentaine de plans nationaux de santé étaient d'ores et déjà engagés au moment de la publication de la SNS, dont certains pluriannuels et établis de longue date (plans cancer, programme national nutrition santé [PNNS], PNSE, plan santé au travail [PST]).

À la suite de la publication de la SNS, de nouveaux plans ont été lancés sans démarche systématique de rationalisation et de mise en cohérence.

En 2020, la DGS a recensé une cinquantaine de plans de santé publique, soit une vingtaine de plus qu'en 2017, **alors que la SNS visait, selon les acteurs interrogés, une optimisation du nombre de ces plans.**



Des plans nationaux qui contribuent aux axes de la SNS, en se chevauchant

La plupart des plans nationaux de santé semble contribuer aux axes de la SNS, mais **de nombreux chevauchements** apparaissent et rendent l'ensemble peu lisible aux yeux des acteurs interrogés.

En effet, si certains plans s'inscrivent dans un axe spécifique de la SNS, avec ou sans volonté de déclinaison (par exemple, le PNSP décline volontairement l'Axe 1, alors que le PNNS s'inscrit dans l'Axe 1 sans volonté de déclinaison affichée). La plupart des autres plans sont transverses aux différents axes de la SNS.

Illustration - Plans nationaux de santé et axes de la SNS 2018-2022 :



Ces chevauchements peuvent s'expliquer par le fait que la SNS et les plans ont été construits selon **une grande diversité d'approches et de formats**. En effet :

- les axes de la SNS combinent différentes approches (par exemple, grands thèmes pour les axes, géographique pour le volet sur la Corse et l'Outre-mer, populationnelle pour le volet enfant) et ne sont pas exclusifs les uns des autres (par exemple, le thème de l'innovation de l'Axe 4 est transverse aux autres) ;
- les plans nationaux sont construits eux-mêmes suivant différentes approches (par déterminant de santé, par population, par géographie...) et recoupent donc souvent plusieurs axes de la SNS (par exemple, la stratégie décennale de lutte contre les cancers est totalement transverse aux axes de la SNS), et se recoupent entre eux (par exemple, les recouvrements PNSP/PNNS sur la thématique de l'alimentation) ;
- les plans nationaux répondent à des formats divers : des plans sont très larges et « systémiques » (par exemple, PNSP, Ma santé 2022, PNSE...) quand d'autres sont plus focalisés (par exemple, plan obésité 2019-2022) ; des dénominations sont variées (« stratégies », « plans », « feuilles de route »...) contribuant également au manque de lisibilité de l'ensemble.

Une étude de trois plans nationaux met en évidence une cohérence de contenu avec la SNS mais une absence d'articulation des modalités de diffusion, de déclinaison et de suivi

La cohérence détaillée entre la SNS et les plans nationaux de santé a été illustrée à travers l'étude de trois exemples :

- **le PNSP**, porté par la DGS avec une volonté de décliner la SNS, et en particulier l'Axe 1, à partir de 2018 ;
L'analyse s'est appuyée sur le rapport du HCSP sur l'évaluation de la pertinence et de la cohérence du PNSP (mars 2019) et des entretiens conduits avec la DGS et avec le HCSP
- **Ma santé 2022**, portée par la DGOS avec une volonté de décliner les Axes 2 et 3 de la SNS sur la thématique de la transformation du système de santé, pour la période 2018-2022 ;
L'analyse s'est principalement appuyée sur des entretiens conduits avec la DGOS
- **Stratégie décennale de lutte contre les cancers**, porté par la DGS et l'Institut national du cancer (INCa) suite à trois plans cancers pluriannuels déjà engagés en amont de la SNS, **pour la période 2020-2030**.
L'analyse s'est principalement appuyée sur des entretiens conduits avec la DGS, l'INCa et Unicancer

Les contenus de ces plans apparaissent globalement cohérents avec la SNS :

- dans l'ensemble, les trois plans étudiés présentent une **bonne cohérence avec la SNS en matière d'enjeux et de contenu**, à l'exception de la thématique du « bien vieillir » qui est insuffisamment couverte par la SNS d'après les acteurs interrogés ;
- cette cohérence peut s'expliquer au moins en partie par les modalités d'élaboration des plans :
 - le PNSP et Ma santé 2022 avaient pour ambition de décliner des axes de la SNS et ont donc été conçus par les mêmes acteurs que ceux impliqués dans l'élaboration de la SNS ;
 - la stratégie de lutte contre les cancers s'est appuyée sur la SNS qui avait elle-même pris en compte les éléments du précédent plan cancer, conduisant à une certaine « continuité » sur le sujet des cancers ;

- la stratégie Vieillir en bonne santé 2020-2022 n'a quant à elle pas établi de lien précis avec la SNS dans sa phase d'élaboration, notamment car les enjeux du vieillissement de la population étaient peu décrits dans la SNS et que les porteurs de projets étaient différents.

En revanche les modalités de diffusion, de déclinaison et de suivi n'ont pas été articulées avec la SNS :

- **les horizons temporels diffèrent**, avec, par exemple, un horizon de dix ans pour la stratégie de lutte contre les cancers ;
- **les modalités de suivi ne sont pas articulées**, le suivi individuel de chaque plan n'alimente pas un suivi global de la SNS ;
- **les modalités de portage ne sont pas toujours cohérentes** : portage ministère des Solidarités et de la Santé pour la SNS *versus* portage Premier ministre voire président de la République pour le PNSP et Ma santé 2022 (au moment des annonces notamment) ;
- **les liens entre les différents plans étudiés et la SNS ont globalement été peu affichés** et peu communiqués (liens peu ou pas visibles dans les communications réalisées autour des plans), et certains plans ont « dépassé » la SNS en termes de notoriété (par exemple, confusion SNS/Ma santé 2022, ce dernier plan étant parfois considéré comme la référence, notamment sous le nom de « stratégie de transformation du système de santé »).

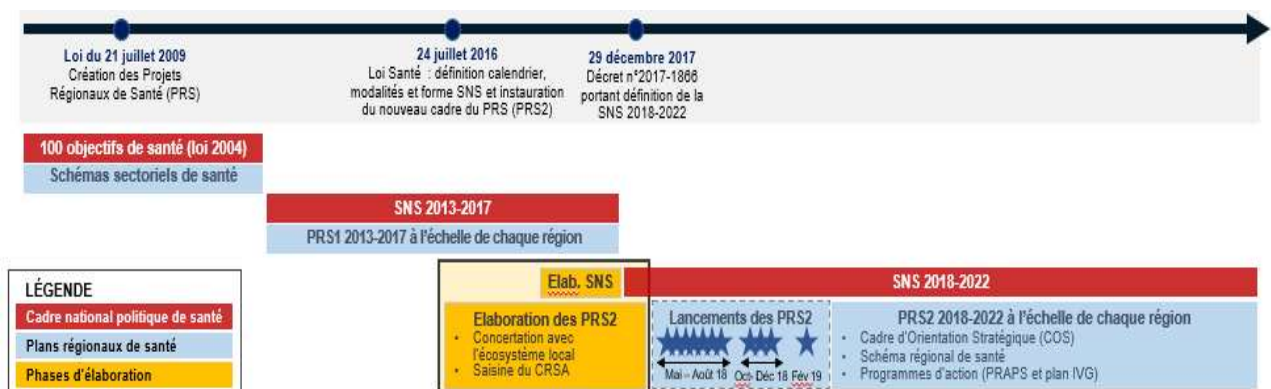
Focus sur la cohérence entre la SNS et les projets régionaux de santé

Des calendriers d'élaboration non coordonnés

Les PRS sont constitués de trois documents clés : le cadre d'orientation stratégique (COS), le schéma régional de santé et les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis.

La loi Santé de 2016 présente les PRS comme des déclinaisons de la SNS. Cependant **leur élaboration, lancée dès 2016, a précédé celle de la SNS (mi-fin 2017), comme en témoigne le calendrier ci-dessous.**

Illustration - Étapes clés de l'élaboration et de la mise en œuvre des cadres nationaux et des PRS :

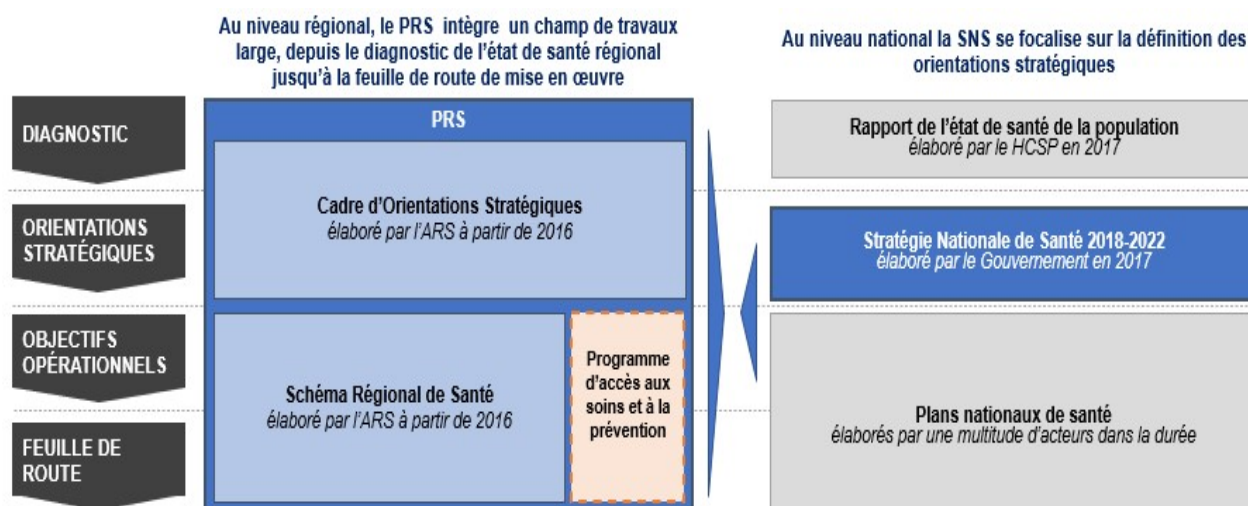


Ainsi, les PRS étaient déjà très aboutis au moment de la publication de la SNS à la fin de l'année 2017. La loi imposant une cohérence entre la SNS et les PRS, **des travaux d'alignement ont dû être conduits par les agences régionales de santé (ARS).** Dans les

deux régions étudiées, ces travaux n'ont consisté qu'en des ajustements de forme, les PRS et la SNS étant d'ores et déjà alignés sur le fond. Ce séquençement des travaux a été jugé illogique et peu efficient par les acteurs interrogés.

Une couverture d'un champ plus large par les PRS que la SNS

Les PRS intègrent des éléments supplémentaires par rapport à la SNS. Le COS comporte des éléments de diagnostic (diagnostic régional conduit suivant une démarche indépendante du diagnostic national) et le SRS constitue une feuille de route opérationnelle, alors que la SNS se focalise sur les orientations stratégiques. **Les PRS ne sont ainsi pas structurellement le reflet de la SNS au niveau régional** et couvrent un champ de travaux plus large.



Une cohérence de contenu entre les PRS des régions étudiées et la SNS, mais une mise en œuvre sans lien évident avec la SNS

L'articulation entre les PRS des deux régions étudiées et la SNS a été évaluée à travers :

- une **étude documentaire** - Comparaison de chacun des PRS avec la SNS ;
- des **entretiens conduits avec un échantillon d'acteurs de l'écosystème régional dont les ARS**.

Les travaux ont permis de mettre en évidence différents constats :

- le contenu des deux PRS est cohérent avec la SNS, avec des thématiques qui correspondent aux grands axes de la SNS :
 - cette cohérence peut s'expliquer principalement par la formulation large des objectifs de la SNS, dans une démarche de consensus, et dans la continuité des précédents grands plans et stratégies de santé ;
 - une nuance peut être apportée concernant la déclinaison du volet de la SNS spécifique à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune dont les priorités sont déclinées de façons inégales et plus ou moins transverses dans l'ensemble des deux PRS étudiés. Le rapport d'évaluation du PNSP produit par le HCSP souligne par ailleurs une faiblesse plus générale quant à la déclinaison de ce volet de la SNS, qui a été peu repris dans les plans nationaux, et en particulier dans le PNSP ;
- en revanche, cette cohérence n'est pas le résultat d'un processus commun d'élaboration de la SNS et des PRS par les acteurs nationaux et régionaux dans la mesure où les ARS n'ont pas été formellement impliquées dans l'élaboration de la SNS,

et où l'élaboration des PRS 2 est demeurée une démarche intrinsèquement régionale, indépendante des travaux conduits au niveau national.

La mise en œuvre des PRS étudiés s'est néanmoins faite sans lien évident avec la SNS :

- bien que les ARS des régions étudiées aient, au moment de la publication des PRS, communiqué sur la cohérence du PRS avec la SNS, ce lien s'est perdu au moment de la mise en œuvre des PRS. En effet, celle-ci a été conduite à l'échelle régionale, sans afficher de façon spécifique une inscription ou une réponse aux objectifs nationaux de la SNS ;
- les indicateurs de suivi des PRS des deux régions étudiées n'ont pas alimenté un suivi national de la SNS.

III. ANALYSE QUALITATIVE DES IMPACTS DE LA SNS SUR LES ACTEURS DE L'ECOSYSTÈME

Les entretiens conduits avec les acteurs nationaux et régionaux ont également visé à éclairer les effets de la SNS sur ces acteurs et leurs pratiques.

Exemples de thématiques couvertes lors de l'entretien :

- leur connaissance de l'existence de la SNS et de son contenu ;
- leur connaissance de documents liés à la SNS (plans nationaux et PRS) ;
- les éventuels effets et impacts de la SNS, notamment en matière de collaboration, lancement de projets, etc. ;
- les éventuels effets et impacts des plans nationaux et PRS, notamment dans une situation de connaissance limitée de la SNS ;
- les projets et collaborations avec d'autres acteurs de l'écosystème et leurs éventuels liens avec le PRS ou la SNS, en particulier dans une situation de connaissance limitée de ces documents.

Au niveau national, une dynamique marquante pour les acteurs impliqués, mais qui n'a pas perduré

Au niveau national, la phase d'élaboration de la SNS a représenté **un exercice intense de collaboration** entre les acteurs impliqués, et leur a permis une meilleure connaissance de leurs problématiques mutuelles :

- entre acteurs rattachés au ministère des Solidarités et de la Santé ;
- en interministériel (notamment ministère de l'Éducation nationale et ministère de la Transition écologique) autour de problématiques partagées (prévention/promotion de la santé, santé environnementale...).

Ces travaux, puis la publication de la SNS, ont enclenché **une dynamique favorable au lancement de projets et de plans de santé**. Le PNSP ou Ma santé 2022 ont ainsi été lancés par les acteurs impliqués dans la SNS avec l'ambition de la décliner. D'autres plans, plus spécifiques, sont également nés de la SNS, d'après les acteurs les ayant portés, comme, par exemple, la démarche École promotrice de santé portée par le ministère de l'Éducation nationale.

Néanmoins, cette dynamique s'est étiolée avec le temps et n'a pas permis de maintenir la logique transverse établie par la SNS. Le manque de suivi de la SNS, et l'absence d'actions visant à embarquer des acteurs nouveaux dans la démarche, ont conduit à un

essoufflement de la dynamique, expliquant un retour à un fonctionnement « en silos » autour des sujets de santé (hors gestion de la crise sanitaire ayant permis un rapprochement fort de l'ensemble des acteurs). Les liens entre la SNS et les plans l'ayant suivie, peu visibles à l'origine, se sont distendus (par exemple, méconnaissance par les acteurs interrogés du lien entre Ma santé 2022 et la SNS, renforcée depuis que le Ségur a pris le pas sur Ma santé 2022).

Dans les régions étudiées, une faible connaissance de la SNS par les acteurs de l'écosystème de santé mais une meilleure connaissance du PRS qui a entraîné un certain nombre d'effets

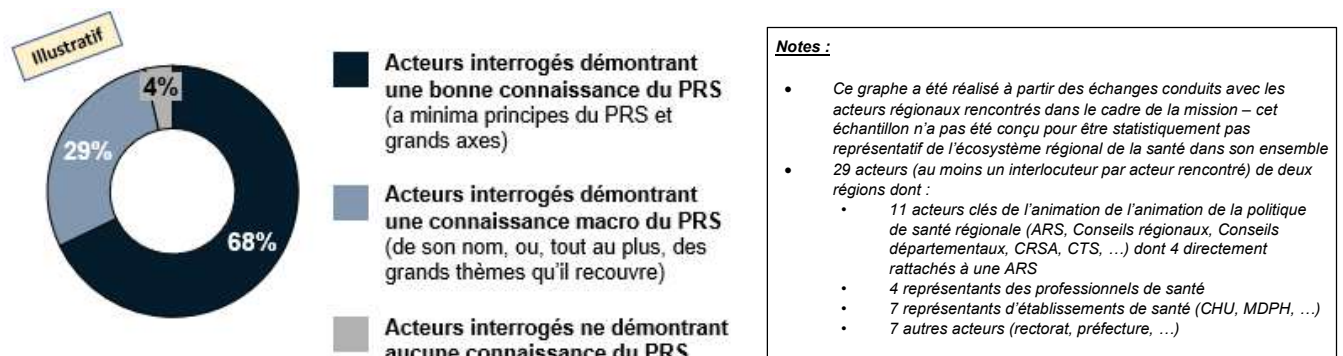
Une faible connaissance de la SNS

Dans les régions étudiées, la SNS est peu connue des acteurs de l'écosystème de santé. **Plus des deux tiers des acteurs interrogés ne connaissent pas l'existence de la SNS ou en ont seulement une connaissance très macro.** Les acteurs connaissant la SNS sont principalement ceux ayant été impliqués dans son élaboration (sollicitation dans le cadre de la concertation, participation à la consultation publique...) et les professionnels de santé publique. Pour autant, ces acteurs n'ont pas un usage quotidien de la SNS et n'expriment pas s'y **référer** dans la conduite de leurs projets régionaux.

Une meilleure connaissance du PRS par les acteurs de l'écosystème local

Dans les régions étudiées, le PRS est connu de la quasi-totalité des acteurs interrogés.

Illustration - Niveau de connaissance du PRS par les acteurs régionaux interrogés :



Les PRS étudiés ont eu trois grands effets au sein des régions :

- **une amélioration de la connaissance des priorités de santé du territoire**, via la concertation réalisée au moment de l'élaboration du PRS ; le COS est en particulier perçu par de nombreux acteurs comme un document de référence ;
- **une intensification du dialogue et des collaborations** entre les acteurs de l'écosystème régional, notamment dans le cadre de l'élaboration et du suivi du PRS, l'ARS jouant un rôle clé dans l'animation. Certaines collaborations ont pu être formalisées par la mise en place de conventions et le lancement de projets communs ;
- **une dynamique favorable au lancement de projets cohérents avec les priorités régionales :**
 - lancement de projets en lien avec les priorités régionales, notamment via les appels à manifestation d'intérêt lancés par l'ARS ;
 - octroi de nouveaux moyens par l'ARS pour des activités répondant aux priorités régionales ;

- adaptation des modalités de pilotage de certaines structures financées par l'ARS pour accroître la cohérence de leur action avec le PRS.

Au niveau du « terrain », pas d'impact notable de la SNS sur la pratique des professionnels, faute de moyens pour les toucher directement

Pas d'impact notable sur la pratique des professionnels de santé

Dans les régions étudiées, la majorité des professionnels de santé interrogés (médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes...) n'ont **pas connaissance de la SNS** ou une connaissance très macro du document, hormis les professionnels de santé publique. Beaucoup n'ont également qu'une connaissance macro du PRS, et ne se sentent pas spécifiquement impliqués dans sa mise en œuvre ou son suivi.

Par ailleurs, **de nombreux professionnels soulignent un décalage entre la SNS et leur réalité quotidienne**. Ils jugent par exemple les concepts utilisés dans la SNS peu clairs, pas ou peu intégrés aux parcours de formation et peu usités au quotidien (par exemple, « promotion » de la santé). Ils estiment également que les priorités de la SNS sont difficiles à traduire dans la pratique.

Certains professionnels évoquent néanmoins des évolutions dans certaines approches et de nouvelles collaborations conformes à l'esprit de la SNS, sans pour autant que ce lien ne soit très direct (par exemple, développement d'approches croisant les compétences, mise en place d'instances de collaboration telles que les communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS]).

Pas de moyens déployés pour toucher les professionnels de santé

Les actions de communication et de promotion autour de la SNS ont été limitées :

- **la SNS n'a pas été « incarnée »** et a été **portée politiquement de façon diffuse** à différents niveaux : SGMAS, DGS, ministre (*versus* la feuille de route du numérique en santé portée par la Direction ministérielle du numérique en santé) ;
- la concertation, lors de la phase d'élaboration, s'est limitée à des entretiens avec des acteurs clés et des représentants de certains secteurs, sans réelle démarche d'engagement (*versus* le « tour de France » effectué pour la feuille de route du numérique en santé, par exemple) ;
- **les actions de communication ont été limitées à la phase de publication de la SNS, avec peu d'actions directes vers les acteurs de terrain.**

De plus, **la SNS n'a pas été intégrée systématiquement aux parcours de formation**, même si certains acteurs interrogés et impliqués dans la formation mentionnent présenter la SNS de leur propre initiative dans leurs enseignements.

Enfin, **les professionnels de santé interrogés n'ont pas été incités à utiliser ou à se référer à la SNS**. En effet, la SNS ne fait pas l'objet d'un suivi et d'un pilotage, contrairement aux plans de santé (par exemple, conseil du numérique en santé pour suivre la feuille de route du numérique en santé), et aucune mesure incitative n'a encouragé les professionnels de santé à en tenir compte.

PARTIE 2

Pistes de réflexion

Un bilan de la SNS contrasté

En synthèse, la SNS 2018-2022 est un document de qualité, cohérent en termes d'enjeux de santé, qui répond à l'obligation d'une stratégie nationale de santé fixée par la loi Santé de 2016. Cependant, ce document n'a pas été animé et suivi dans la durée et donc ne s'est pas imposé comme un cadre national par rapport aux multiples plans nationaux et projets régionaux de santé déclinant ses axes.

Les impacts de la SNS ont été limités au niveau national et dans les régions. Au niveau national, une dynamique marquante de collaboration et de partage des enjeux de santé a été initiée lors de la phase d'élaboration pour les acteurs impliqués, mais s'est étiolée dans la durée faute d'animation et de suivi. Dans les régions, le document est peu connu des acteurs de l'écosystème de santé et des professionnels et n'a pas eu d'impact sur leur fonctionnement et leurs pratiques.

Les acteurs interrogés au niveau national et dans les régions étudiées soulignent pourtant l'intérêt d'un cadre national de politique de santé publique et expriment des attentes vis-à-vis d'une animation et d'un suivi de ce document dans la durée.

Trois grands modèles possibles pour la SNS au-delà du *statu quo*

Trois grands modèles

Les échanges avec les acteurs aux niveaux national et régional traduisent des **visions diverses de ce que la SNS « aurait dû être » ou « devrait être »** dans le détail pour les acteurs interrogés. À titre d'illustration :

- certains acteurs jugent le niveau de détail de la SNS trop élevé pour un cadre général, alors que d'autres l'estiment insuffisant ;
- l'horizon de cinq ans, aligné sur un mandat présidentiel, est jugé adapté pour certains acteurs, trop court pour d'autres ;
- la couverture exhaustive des champs de la santé par la SNS représente la force d'une stratégie d'ensemble pour certains acteurs, alors que d'autres privilégieraient un champ plus restreint avec quelques grandes orientations stratégiques clés ;
- certains acteurs regrettent que la SNS n'ait pas été accompagnée de financements pour faciliter sa mise en œuvre, alors que d'autres estiment que des financements supplémentaires n'étaient pas nécessaires mais qu'une simple articulation avec l'Ondam aurait été suffisante ;
- enfin, la SNS comporte trop d'éléments opérationnels pour certains acteurs interrogés, alors que d'autres regrettent le faible niveau d'informations relatives à la mise en œuvre de la stratégie ou de son suivi.

L'étude de ces différentes perceptions a permis d'identifier **trois grands modèles de SNS possibles**, au-delà du *statu quo*, et d'élaborer des **pistes de réflexion associées à chacun** dans la perspective de la prochaine SNS. Les trois modèles proposés représentent différentes approches de transformation d'un système de santé, et peuvent éventuellement se compléter.

Illustration - Présentation des trois modèles :

	STATU QUO	A FEUILLE DE ROUTE SUR UN NOMBRE LIMITÉ DE PRIORITÉS SPÉCIFIQUES ~15%	B CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE ~55%	C CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE + CADRE D'ACTION OPÉRATIONNEL ~30%
OBJECTIFS	Répondre à l'obligation légale d'élaboration d'un document	Mettre en lumière un nombre restreint de grandes priorités politiques en matière de santé	Donner un cap en matière de santé autour des enjeux et défis clés	Piloter la transformation de l'ensemble du système de santé autour d'objectifs partagés
DESCRIPTION	Maintien de la forme actuelle de la SNS et mise à jour a minima	Feuille de route opérationnelle sur un nombre limité de priorités spécifiques sans volonté de cadrage de l'ensemble de la politique de santé	Cadre de la politique de santé définissant les grands défis de santé à long terme et les orientations stratégiques pour y répondre	Modèle B + cadre détaillé et opérationnel de coordination sur l'ensemble des champs de la politique de santé
ARTICULATION AVEC L'EXISTANT	<ul style="list-style-type: none"> Articulation limitée avec les plans nationaux Utilisation pour orienter les axes des prochains PRS 	<ul style="list-style-type: none"> Superposition de la feuille de route à la politique existante Articulation avec le budget pour assurer le financement des mesures 	<ul style="list-style-type: none"> Cadre visant à orienter les plans nationaux et à leur donner de la cohérence, sans les contraindre Articulation à établir avec les COS des PRS 	<ul style="list-style-type: none"> A vocation à intégrer l'ensemble des plans nationaux, y c déjà engagés Coordination à établir avec le pilotage et le financement de la politique de santé dans son ensemble Articulation à établir avec COS + SRS
MODALITÉS À DÉFINIR	-	<ul style="list-style-type: none"> Degré d'implication de la société civile dans l'identification des priorités (consultation citoyenne...) Degré d'engagement politique dans la démarche Horizon de temps au sein d'un mandat (en fonction des mesures et du contexte) 	<ul style="list-style-type: none"> Périmètre et modalités des travaux préparatoires (notam. diagnostic) Degré d'implication de la société civile dans la phase d'élaboration Degré d'animation et de pilotage (indicateurs, ...) Modalités du lien entre la stratégie et les plans de santé nationaux et régionaux Horizon de temps (défini ou non) 	<ul style="list-style-type: none"> Périmètre et modalités des travaux préparatoires (notam. diagnostic) Degré d'implication de la société civile dans la phase d'élaboration Moyens pour embarquer les parties prenantes dans la transfo. et la piloter dans la durée Horizons de temps (du cadre strat. Et de la feuille de route)

% : proportion des acteurs interrogés en faveur de ou faisant référence à ce modèle.

Des conditions de réussite transverses

Au-delà de ces différentes visions, les acteurs s'accordent sur différentes conditions de réussite.

- **Un portage de haut niveau** (ministre de la Santé/Premier ministre/président de la République) pour :
 - asseoir la légitimité de la SNS, y compris en interministériel ;
 - garantir le respect de l'ambition initiale de la SNS et obtenir les arbitrages nécessaires ;
 - favoriser sa diffusion auprès des acteurs de l'écosystème de la santé, voire du grand public.
- **Une équipe dédiée à la conception et à la mise en œuvre de la SNS** pour :
 - une meilleure dynamique dans la durée, et une meilleure continuité entre la conception et la mise en œuvre de la SNS ;
 - « incarner » la SNS dans la durée et favoriser son appropriation.
- **Une association de profils et de compétences différents** incluant la gestion de projet, la connaissance des sujets de santé, la connaissance de l'écosystème d'acteurs, à la fois internes à l'administration et externes (praticiens, établissements, représentants des usagers...).
- **Un processus d'élaboration**, dont les modalités dépendront du « modèle » de SNS retenu, mais **assurant une participation des acteurs qui seront amenés à mettre en œuvre et utiliser la SNS dès la phase d'élaboration**, pour faciliter l'adhésion et l'appropriation de la stratégie.
- **Une articulation de la SNS avec le financement de la politique de santé** afin de :
 - garantir un alignement de tous les acteurs autour des priorités ;

- donner de la visibilité en interne et en externe aux moyens consacrés aux réponses aux priorités.
- **Un suivi régulier**, dont les modalités dépendront du « modèle » de SNS mis en œuvre, mais permettant dans tous les cas :
 - de donner du sens à la SNS ;
 - d'établir un lien avec les plans et projets en cours ;
 - de « rendre des comptes » ;
 - d'adapter la stratégie aux changements de contextes et de priorités (par exemple, induits par une crise sanitaire).
- **Une communication forte et régulière autour de la SNS à toutes les phases du projet**, avec des modalités qui dépendront du « modèle » de SNS mis en œuvre, mais permettant dans tous les cas :
 - de donner de la visibilité aux parties prenantes sur les résultats obtenus, dans une logique de transparence ;
 - de rythmer la mise en œuvre, avec l'enjeu de tenir les engagements pris publiquement et de rendre des comptes.

Prochaines étapes

Les réflexions sur les « modèles » de SNS devront être poursuivies dans le cadre de la préparation du rapport final d'évaluation de la SNS et associeront les membres du comité de pilotage s'étant portés volontaires. Une première réunion est fixée début juillet. Des réunions bilatérales avec certains acteurs du comité de pilotage conduisant des travaux pouvant nourrir les réflexions devront également être organisées (par exemple, les travaux de l'HCAAM sur les dépenses de santé).

L'objectif sera **d'élaborer des recommandations sur la prochaine SNS**, notamment sur :

- le périmètre à couvrir dans le champ de la santé ;
- l'ambition ou les différentes ambitions possibles (lien avec les scénarios présentés ci-dessus) et leurs implications (facteurs clés de succès, modalités d'articulation avec l'existant, etc.) ;
- les prochaines étapes pour l'élaboration de la prochaine SNS.

Ces travaux devront également intégrer les réflexions portées dans les autres chantiers d'évaluation de la SNS 2018-2022.

Annexe 3

Décembre 2021

Évaluation de la stratégie nationale
de santé 2018-2022

Évaluation de la démocratie en santé et de la lutte contre les inégalités de santé

Chloé Bérut, docteure en science politique

Table des matières

Liste des signes et acronymes.....	4
Liste des tableaux.....	6
Liste des figures	7
Liste des encadrés	8
Introduction et résumé.....	9
Axe 1. Place des usagers dans la démocratie en santé dans la formulation de la SNS 2018-2022	13
A. Méthode.....	13
1. Sélection des cas.....	13
2. Aperçu général des dispositifs de consultation liés aux stratégies nationales de santé en France, au Portugal et en Suisse.....	17
3. Matériaux mobilisés et grilles d'analyse	23
B. Principaux résultats.....	26
1. La temporalité et le retour sur les arbitrages : deux points faibles du processus de consultation de la formulation de la SNS 2018-2022	26
La problématique de la temporalité	27
L'absence de retours sur les arbitrages	31
2. Malgré tout, un avis globalement positif sur la SNS qui semble correspondre aux attentes des représentants des usagers	33
3. De la consultation à la structuration du contenu de la SNS : comment expliquer les niveaux de satisfaction différenciés des représentants des usagers ?	34
C. Conclusion : un usage essentiellement informationnel de la démocratie en santé dans la formulation de la SNS	38
Axe 2. Les inégalités de santé dans la SNS 2018-2022	42
A. Méthode.....	42
1. Sélection des cas.....	42
2. Matériaux mobilisés et grilles d'analyse	42
B. Principaux résultats.....	45
1. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans les stratégies nationales de santé en France, au Portugal et en Suisse	46
La réduction des inégalités de santé : un objectif qui irrigue les stratégies françaises et portugaises	46
La Suisse : un cas à part malgré quelques similarités avec la France et le Portugal	51
Les inégalités territoriales de santé : une thématique française ?	53
2. Le traitement différencié des inégalités de santé : quelques pistes explicatives..	54
La mise à l'agenda de la réduction des inégalités sociales de santé : contexte politico-institutionnel et communautés épistémiques	55

Le « pilotage stratégique » des inégalités : un objectif difficile à mettre en pratique ?	64
C. Conclusion : les inégalités de santé, un objectif bien présent au niveau stratégique mais peu incarné au niveau des instruments de politique publique.....	71
Références académiques.....	73
Annexes	75
1. Liste thématique et alphabétique des documents analysés	75
2. Liste anonymisée des entretiens réalisés.....	78
3. Les caractéristiques positives associées aux processus de démocratie en santé par les représentants d'usagers.....	80

Liste des signes et acronymes

AFH	Association française des hémophiles
ARS	Agence régionale de santé
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNS	Conférence nationale de santé
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSP	Catégorie socioprofessionnelle
DFI	Département fédéral de l'intérieur (Suisse)
DGH	Direction générale de la santé (Portugal)
DGS	Direction générale de la santé (France)
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
FAGE	Fédération des associations générales étudiantes
FAS	France Assos Santé
FFD	Fédération française des diabétiques
FNAR	Fédération nationale des associations de retraités
FNATH	Association des accidentés de la vie
GEF	Gradient Evaluation Framework
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPSS	Institution de solidarité sociale privée à but non lucratif (Portugal)
NHS	Service national de santé (Portugal)
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFSP	Office fédéral de la santé publique (Suisse)
OMS	Organisation mondiale de la santé

ONG	Organisation non gouvernementale
PIB	Produit intérieur brut
PNNS	Programme national nutrition santé
PNS	Plan national de santé (Portugal)
PRS	Plan régional de santé
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNS	Stratégie nationale de santé
UE	Union européenne
UMR	Unité mixte de recherche
UNAF	Union nationale des associations familiales
VHI	Assurance santé volontaire (Portugal)

Liste des tableaux

Tableau 1. Entretiens réalisés	24
Tableau 2. Composition des équipes de coordination des plans nationaux de santé portugais	60
Tableau 3. Les différentes conceptions du problème des inégalités de santé dans les entretiens réalisés	66
Tableau 4. Les caractéristiques positives associées aux processus de démocratie en santé	80

Liste des figures

Figure 1. La « chaîne de valeur » de l'action publique	9
Figure 2. Schéma d'intervention des différents acteurs dans la structuration de la SNS.....	29

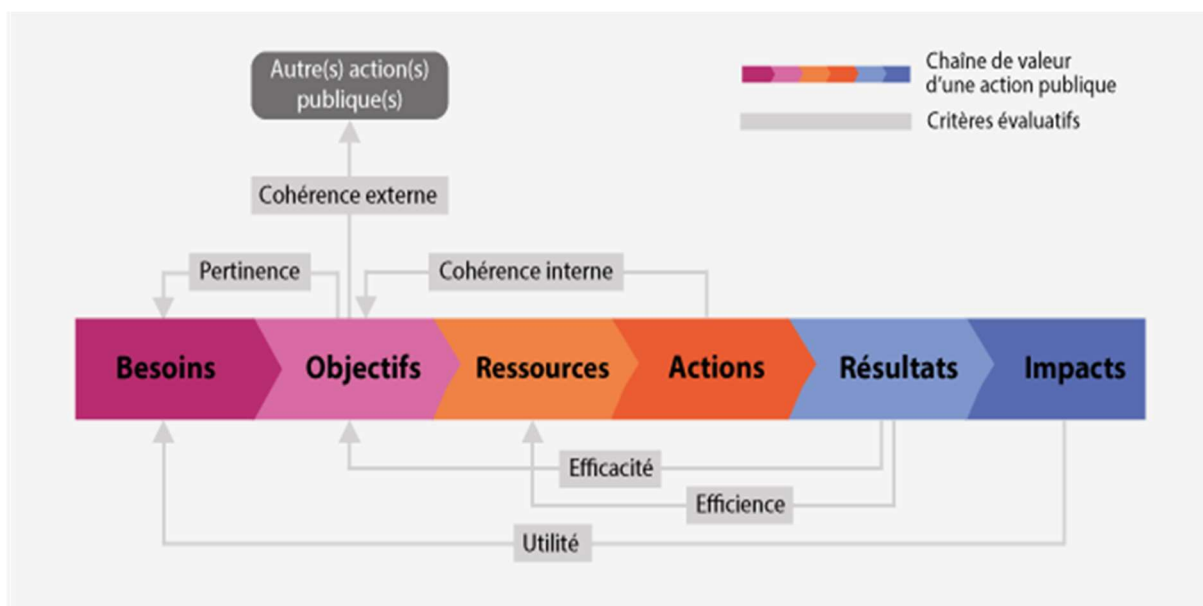
Liste des encadrés

Encadré 1. Questionnaire de la consultation publique sur la SNS 2018-2022	19
Encadré 2. Guides d'entretien générique – personnes ayant participé à la rédaction des stratégies nationales de santé (démocratie en santé).....	24
Encadré 3. Guides d'entretien générique – représentants d'usagers (démocratie en santé)	25
Encadré 4. Guide d'entretien (inégalités de santé)	44
Encadré 5. Quelques exemples du traitement des inégalités de santé « en creux » dans l'Axe 1 de la SNS	47
Encadré 6. Quelques exemples de références aux inégalités de santé dans l'Axe 2 de la SNS	48
Encadré 7. Quelques exemples de références aux inégalités (ou à l'équité) de santé dans l'Axe 2 du plan national de santé portugais	50
Encadré 8. Inégalités de santé et responsabilité individuelle dans la stratégie Santé2020 suisse	52

Introduction et résumé

Ce rapport présente les résultats d'un postdoctorat de douze mois à la DREES et au laboratoire Printemps UMR-8085 en 2021, dont l'objectif était de contribuer à l'évaluation de la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 en réalisant une analyse de certaines dimensions spécifiques de la formulation de cette stratégie. Dans le cadre de la « chaîne de valeur » de l'action publique, il s'agissait ainsi de s'intéresser aux relations entre les « besoins », les « objectifs » et les « actions » de la SNS. Autrement dit, cette recherche a essentiellement interrogé la « pertinence » et la « cohérence interne » de cette stratégie.

Figure 1. La « chaîne de valeur » de l'action publique



Dans le cadre de cette évaluation, deux thématiques d'intérêt ont été définies : la démocratie en santé et les inégalités de santé.

Axe 1 « La place des usagers dans la démocratie en santé ». La question de la « démocratie sanitaire », ou plus largement de la « démocratie en santé », est une thématique centrale des politiques de santé, en particulier depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (loi Kouchner). La loi du 4 mars 2002 intervient dans un paysage marqué par les années 1980 et l'épidémie du sida, durant laquelle les associations de patients (telles que Act Up et AIDES) se sont révélées être des acteurs centraux de la prise en charge des personnes séropositives (Biosse Duplan, 2017 ; Epstein, 1996). Depuis, les problématiques liées à la démocratie sanitaire apparaissent régulièrement sur l'agenda politique. Selon plusieurs chercheurs en science politique, la volonté de remettre les usagers au centre du système de santé est désormais omniprésente dans les discours politiques (Lascoumes, 2007 ; Pierru, 2007).

L'objectif de cette recherche n'est pas de faire un nouvel état des lieux général de la démocratie en santé, exercice qui a déjà fait l'objet de nombreux rapports et recommandations¹. Il s'agit davantage d'analyser le fonctionnement de la démocratie en santé

¹ Pour n'en citer que quelques-uns : Conférence nationale de santé (2021). La démocratie en santé en période de crise sanitaire. Avis adopté lors de la séance plénière du 20 janvier 2021 ; Compagnon, Claire (2014). Pour l'An II de la Démocratie sanitaire. Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_democratie_sanitaire.pdf ;

en action, au travers de l'étude de cas de la SNS 2018-2022. Bien que le terme « démocratie en santé » désigne en théorie l'ensemble des parties prenantes du système de santé (professionnels de santé, assurances, fournisseurs de soins, patients, etc.), cet axe se focalise sur la question de la prise en compte des usagers du système de santé et de leurs représentants au niveau national. Ainsi, l'objectif de cet axe est d'évaluer dans quelle mesure les préférences des usagers ont été prises en compte lors de la formulation de la SNS. Pour ce faire, cette recherche a porté une attention particulière à la nature des dispositifs de démocratie en santé mobilisés, à l'usage de ces dispositifs par les pouvoirs publics, et aux caractéristiques et récits des acteurs ayant investi ces dispositifs en 2017, lors de la phase de consultation de la SNS.

Axe 2 « Les inégalités de santé ». Le second axe de cette recherche s'intéresse à la question des inégalités sociales et territoriales de santé. Ces deux thématiques sont depuis quelques années très présentes dans l'agenda politique. Au regard des inégalités sociales de santé notamment, Thierry Lang et Gwenn Menvielle indiquent qu'à partir de 2010, rares sont les plans, les textes et les lois qui ne mentionnent pas, dans leurs préambules ou leurs objectifs, la réduction des inégalités sociales de santé². La SNS 2018-2022 ne fait pas exception et il est ainsi indiqué en introduction que « Chacun des objectifs de la stratégie nationale de santé contribue à la lutte contre l'ensemble des inégalités sociales et territoriales de santé. » (p. 8). L'objectif de cette recherche est d'analyser si cette thématique est effectivement présente tout au long de la stratégie. Il s'agit également de comprendre dans quelle mesure la manière dont sont abordées les inégalités de santé dans la SNS est à même de traiter les besoins identifiés dans ce domaine.³

Méthode générale. La méthode adoptée dans le cadre de cette recherche est qualitative et comparative. La méthode qualitative consiste en la récolte de données *via* la réalisation d'entretiens semi-directifs avec les acteurs jugés pertinents et *via* l'analyse de certains documents de politique publique (stratégies, document de support à la formulation, correspondance interne, rapports, etc.). Pour l'analyse, un logiciel d'aide à l'analyse qualitative a été utilisé (QDA Miner Lite). Le tri et le croisement des différentes données (processus de « triangulation ») est à la source des différents résultats présentés tout au long de ce rapport. Ensuite, afin de mettre en lumière le cas français, une approche comparative et internationale a été adoptée. En se basant sur les résultats du *benchmark* réalisé par la DREES en 2019, deux pays ont été sélectionnés comme pertinents dans le cadre d'une comparaison : le Portugal et la Suisse. L'approche comparée est particulièrement utile dans l'identification de facteurs ou de pistes explicatives (Blatter, Haverland, 2012).

Présentation générale des trois cas. La France, le Portugal et la Suisse sont trois pays qui ont adopté des stratégies nationales de santé depuis 2010. En France, la SNS 2018-2022 a vocation à piloter les politiques de santé internes et externes au système de santé. La SNS 2018-2022 est structurée en quatre axes : Axe 1 « Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie » ; Axe 2

Ceretti, Alain-Michel et Laure Albertini (2011). Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002. Rapport remis à M. le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

² HCSP (2021). *Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution*. Actualité et dossier en santé publique. Paris : publications du HCSP, p. 19.

³ Il faut cependant noter que l'analyse se limite à la SNS, qui est par définition établie à un niveau macro et, justement, stratégique. On ne retrouve pas toujours dans ces stratégies un reflet exact des instruments de lutte contre les inégalités tels qu'ils sont mobilisés plus concrètement par les acteurs. En ce sens, les résultats observés témoignent des différentes formes de volontés stratégiques des acteurs, plus que de l'évaluation *stricto sensu* de la politique de lutte contre les inégalités de santé d'un pays qui nécessiterait que l'ensemble des instruments mis en place dans ce domaine soient analysés.

« Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé » ; Axe 3 « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé » et Axe 4 « Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers ». Ces axes sont déclinés dans 11 domaines d'action prioritaires et 43 objectifs nationaux. Ils sont complétés par deux volets additionnels : « Politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune » et « Objectifs propres à la Corse et à l'Outre-mer ».

Au Portugal, le plan national de santé (PNS) a été adopté pour couvrir la période 2012-2016, et a été par la suite étendu jusqu'en 2020. Il a été développé sous la responsabilité de la Direction générale de la santé.⁴ Tout comme la SNS, ce PNS vise à piloter les politiques de santé nationales, mais également régionales et/ou locales. Il comporte 4 axes (Axe 1 « Citoyenneté en santé » ; Axe 2 « Équité et accès aux soins de santé » ; Axe 3 « Qualité en santé 4 » ; Axe 4 « Politiques favorables à la santé » [Healthy Policies]), eux-mêmes déclinés en 63 objectifs.

En Suisse, le Conseil fédéral a approuvé la stratégie Santé2020 le 23 janvier 2013. Cette stratégie se décline en 4 domaines d'actions (« Garantir la qualité de vie » ; « Renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle » ; « Garantir et renforcer la qualité des soins » ; « Garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination »), 12 objectifs et 36 mesures (3 par objectif). Si les grands objectifs sont définis sur l'horizon 2020, il y a tous les ans un nombre limité de priorités qui sont abordées et traduites en mesures concrètes. Ces mesures sont annoncées par le Conseil fédéral, puis font l'objet d'une évaluation d'avancement. En parallèle, des rapports sur un ensemble d'indicateurs liés à la stratégie Santé2020 sont publiés tous les ans par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).⁵ En 2019, le Conseil fédéral a publié une version « actualisée et affinée »⁶ de Santé2020 intitulée Santé2030.

Principaux résultats (Axe 1). Un usage essentiellement informationnel de la démocratie en santé dans la formulation de la SNS. La recherche montre que les représentants des usagers ayant participé au processus de formulation de la SNS 2018-2022 sont globalement satisfaits du contenu de la SNS, bien qu'ils déplorent parfois vivement la forme prise par le processus de consultation. En effet, la temporalité et l'absence de retours sur les arbitrages sont présentés comme deux points faibles du processus de consultation. Cet apparent hiatus s'explique par plusieurs facteurs. Ainsi, le temps de rédaction très court de la SNS n'a pas laissé la possibilité aux pouvoirs publics d'engager un réel processus de coconstruction avec les acteurs de la démocratie en santé. La mise en place de nombreux canaux de consultation a néanmoins permis à l'équipe en charge de la rédaction de la SNS de recueillir un grand nombre d'avis, qui ont pour la plupart pu être intégrés, au moins « thématiquement » (usage « informationnel »). Cette intégration thématique a été possible du fait du choix politique lié au format de la SNS. Celle-ci a en effet été pensée comme un document très macro, dont l'objectif était de couvrir la globalité des thématiques liées au système de santé. Le fait qu'aucune disposition réglementaire ou budgétaire n'ait été directement liée à la SNS a facilité l'intégration de nombreuses thématiques au document final.

Principaux résultats (Axe 2). Les inégalités de santé, un objectif bien présent au niveau stratégique mais peu incarné au niveau des instruments de politique publique, en particulier en ce qui concerne les inégalités sociales de santé. En France comme au Portugal, on observe que la thématique des inégalités sociales de santé (ISS) est très présente

⁴ Le premier PNS portugais couvrait la période 2004-2010.

⁵ L'ensemble des priorités et indicateurs annuels est disponible sur : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020/prioritaeten-gesundheit2020.html>

⁶ Conseil fédéral (2019). *Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020-2030*. Publication du Conseil fédéral, p. 3.

dans les stratégies nationales de santé, bien qu'elle soit souvent répartie de manière hétérogène dans les documents. Ainsi, les ISS sont plus souvent associées à la question de l'accès aux soins qu'à d'autres problématiques. Concernant le cas suisse, il est apparu que les inégalités de santé étaient peu présentes dans la stratégie Santé2020. Enfin, la France est le seul cas dans lequel les inégalités territoriales de santé sont traitées de manière significative. Plusieurs pistes ont été dégagées pour expliquer ces différences.

Au regard de la mise sur agenda politique des ISS, l'approche comparée a permis d'identifier deux facteurs d'importance : l'existence d'un contexte politico-institutionnel favorable, d'une part, et la présence d'une « communauté épistémique » (communauté scientifique travaillant sur un même objet, Haas, 1992) relativement structurée, d'autre part. Si ces deux facteurs semblent expliquer en grande partie la mise sur agenda des ISS en France et au Portugal, la recherche a montré que la traduction de cette thématique en instruments concrets de politique publique était toujours confrontée à de nombreux obstacles. Parmi eux, on peut citer la difficulté de l'opérationnalisation des ISS et la priorisation des interventions de politique publique en faveur de la « population générale ».

Enfin, le fait que les inégalités territoriales soient plus traitées en France qu'en Suisse et au Portugal s'explique probablement par la répartition des compétences en Suisse (la santé demeurant essentiellement une compétence cantonale) et par le prisme des différents acteurs ayant participé à la rédaction du PNS portugais, davantage orienté vers le traitement des ISS (au détriment des inégalités territoriales).

Axe 1. Place des usagers dans la démocratie en santé dans la formulation de la SNS 2018-2022

Le premier axe de cette recherche s'intéresse à la question de la démocratie en santé, et plus précisément à l'application des principes démocratiques qui en sont issus lors de la formulation des stratégies nationales de santé. Bien que le terme « démocratie en santé » désigne en théorie l'ensemble des parties prenantes du système de santé (professionnels de santé, assurances, fournisseurs de soins, patients, etc.), cet axe se focalise sur la question de la prise en compte des usagers du système de santé et de leurs représentants au niveau national. Nous avons donc cherché à savoir quels avaient été les dispositifs de consultation mis en place à leur destination lors de la formulation des stratégies nationales de santé. En plus de la mise en exergue des caractéristiques de ces dispositifs, nous avons tenté d'évaluer leur efficacité par deux moyens. Le premier concerne la satisfaction des acteurs ayant participé au processus de consultation : ont-ils trouvé les dispositifs adéquats ? Ont-ils eu le temps et l'opportunité de formuler les recommandations souhaitées ? Ont-ils été satisfaits du résultat de ces consultations, notamment au regard du document final de politique publique qui a été adopté ? Une deuxième partie de la recherche porte plus directement sur les effets internes de ces processus de consultation : comment les résultats de ces dispositifs ont-ils été utilisés, et quels ont été leur impact sur les stratégies nationales de santé ?

Pour répondre à ces questions, nous avons mené des entretiens avec les personnes en charge de la rédaction des stratégies nationales de santé, ainsi qu'avec plusieurs représentants d'usagers ayant participé aux processus de consultation. Les résultats ont permis de mettre en évidence un phénomène en apparence paradoxal : alors que les représentants des usagers se sont révélés plutôt critiques envers le processus de consultation lui-même, la SNS française semble avoir été un document plutôt consensuel au regard de son contenu. Le format général de la SNS, ainsi que les usages qui ont été faits des processus de consultation (« intégration thématique ») permettent d'expliquer ces niveaux différenciés de satisfaction.

A. Méthode

La méthode utilisée repose sur un dispositif qualitatif et à visée initialement comparative. Cette section traite ainsi de la sélection des cas, des matériaux utilisés pour l'analyse (documents et entretiens semi-directifs) et des grilles d'analyse mobilisées pendant la recherche (hypothèses et outils d'analyse).

1. Sélection des cas

Un des objectifs de l'étude était de réaliser une analyse comparée des stratégies nationales de santé entre plusieurs pays. Pour ce faire, il s'agissait de sélectionner des pays disposant de stratégies nationales de santé relativement similaires à celle de la France, et pour lesquelles un dispositif de consultation avait été mis en place.⁷ L'objectif était ainsi de pouvoir observer dans quelle mesure certaines variations dans les dispositifs de consultation pouvaient donner lieu à des transformations au regard de leurs effets sur la politique publique et de la satisfaction des représentants des usagers.

Certains chercheurs soulignent la difficulté de faire un état de l'art des dispositifs de participation au niveau international. En effet, la participation des citoyens ou « usagers » recouvre de nombreuses logiques, objectifs et dispositifs différents (Bousquet, Ghadi, 2017). Pour d'autres, cette participation est par ailleurs encore trop peu répandue (Yishai, 2012). Le

⁷ Système des cas « les plus similaires », voir par exemple Blatter, Haverland, 2012.

cadre de l'évaluation de la stratégie nationale de santé adopté dans cette recherche a néanmoins permis de définir un périmètre d'analyse relativement limité, puisque nous nous sommes intéressés exclusivement aux dispositifs de participation/consultation des usagers ou des citoyens mis en place dans le cadre de la rédaction des stratégies nationales de santé.

Pour débiter le processus de sélection, nous avons utilisé les données issues du *benchmark* réalisé par la DREES en 2020, dont le but était précisément d'identifier les pays étrangers disposant de stratégies de cadrage des politiques de santé comparables à la SNS. La sélection de ce premier *benchmark* était issue d'un autre *benchmark* réalisé par la DREES en 2013-2014, dont les critères étaient les suivants : « situation sanitaire proche de la France avec accessibilité rapide des données en français et en anglais ». Dans le cadre du second *benchmark*, d'autres pays extérieurs à l'Europe ont été ajoutés, ces pays étant « connus » pour avoir des stratégies de santé nationales ou fédérales et pour lesquelles il existait des données en anglais facilement accessibles. Comme on le voit, l'accessibilité des données est un enjeu central pour ce type d'analyse (voir Blatter, Haverland, 2012 sur le *process-tracing*).

Les pays retenus dans le *benchmark* de 2020 sont les suivants (18) : Allemagne, Angleterre, Australie, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, Italie, Irlande, Israël, Japon, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Singapour, Suède, Suisse, Taïwan. Parmi ces pays, onze ont été classés comme disposant d'une stratégie similaire à la SNS : Australie, États-Unis, Finlande, Irlande, Israël, Japon, Nouvelle-Zélande, Singapour, Suède, Suisse, Taïwan.

Nous avons ajouté quelques cas à cette sélection, pour disposer de données sur l'ensemble des pays de l'Europe des Quinze (sans le Luxembourg qui, du fait de sa petite taille, ne peut être comparé à la France). L'intérêt de disposer de données sur l'ensemble de ces pays est que tous sont potentiellement de bons candidats à la comparaison avec la France. Nous avons donc récolté des données sur l'existence de stratégies nationales de santé comparables à la France en Belgique, en Grèce, au Portugal et en Autriche. Parmi ces quatre pays, seuls l'Autriche et le Portugal disposent d'une stratégie de santé clairement assimilable à la France. Quelques cas ont également été réévalués au vu des données présentes dans le *benchmark* (ajout du Danemark et retrait de la Finlande de la sélection).

La liste de pays à partir desquels nous avons poursuivi la sélection est ainsi la suivante (13) : Australie, Autriche, Danemark, États-Unis, Irlande, Israël, Japon, Nouvelle-Zélande, Portugal, Singapour, Suède, Suisse, Taïwan. À partir de là, nous avons récolté des données sur la production des stratégies de santé de ces pays afin d'observer ceux qui avaient mis en place un dispositif de consultation des usagers (ou de la société civile en général).⁸ Parmi les treize cas analysés, cinq pays présentaient des dispositifs de consultation explicites dans le cadre de la préparation d'un document de cadrage général des politiques de santé, avec des caractéristiques différentes :

- **Suisse et Autriche** : stratégies de santé et dispositifs de consultation similaires à la France, existence d'organisation relativement institutionnalisées de démocraties sanitaires (comme la conférence nationale de santé [CNS] en France). La différence principale de ces deux pays avec la France est la temporalité. En effet, la consultation semble s'être poursuivie tout au long du déploiement de la stratégie, avec un travail important sur la définition des objectifs, des indicateurs et des actions à mettre en œuvre ;

⁸ Il faut prendre ici en compte le fait que la recherche a été limitée dans certains pays à cause d'une accessibilité des sources très faible. Par exemple, la recherche d'information devient très compliquée dans les cas où l'alphabet est différent. Nous n'avons par exemple pas pu trouver beaucoup d'informations sur Israël, le Japon ou Taïwan.

- **Irlande, Portugal, Nouvelle-Zélande** : Dans ces trois pays, il y a eu une consultation des parties prenantes, mais sous une forme plus *ad hoc* et moins institutionnalisée. Selon les pays, on dispose de plus ou moins d'informations sur l'identité des groupes/personnes consultés et sur le contenu de leurs contributions.

La France se situe en réalité à l'intersection de ces deux situations. En effet, dans le cas de la SNS, de nombreux canaux de consultation ont été activés, certains relativement institutionnalisés et formels (comme l'avis de la CNS), d'autres plus *ad hoc* (envoi de contributions écrites par les parties prenantes). Nous avons donc choisi de sélectionner un cas dans chaque catégorie, afin d'obtenir une variété dans les dispositifs de consultation. En ce qui concerne la première catégorie, la Suisse a été sélectionnée du fait de la proximité de sa stratégie avec la SNS, et de la continuité des processus engagés depuis 2013.⁹ Pour la deuxième catégorie, nous avons choisi de sélectionner le Portugal, dont la stratégie nationale de santé semblait très proche en termes de contenu de la SNS française. Par ailleurs ce pays non insulaire (par comparaison avec l'Irlande et la Nouvelle-Zélande) semblait être soumis à des problématiques de santé publique plus proches de celles de la France.

Enfin, on peut noter que la sélection de la Suisse et du Portugal permet de reproduire la variété des systèmes de santé existants. Ainsi, si le système portugais vise à assurer un accès universel aux soins, le modèle portugais repose, à la différence de la France, sur un modèle *beveridgien*. Le système de santé portugais est ainsi constitué, pour sa part publique, d'un service national de santé (National Health Service [NHS]) principalement financé par l'impôt, qui représente environ 66 % du financement de la dépense de santé.¹⁰ Cette première « couche »¹¹ de sécurité sociale peut être doublée par des sous-systèmes spécifiques aux professions ou à certains secteurs (comme les fonctionnaires, les employés du secteur bancaire ou assurantiel, entre un cinquième et un quart de la population), ou par une assurance de santé privée (Voluntary Health Insurance, environ 26 % de la population). Ces assurances supplémentaires reposent généralement sur un principe de contribution des employeurs et des employés. Concernant l'assurance de santé volontaire, elle vise surtout à accélérer la prise en charge ou à augmenter le choix parmi les prestataires de santé. Les professionnels de santé sont issus à la fois du secteur privé et du secteur public. Le NHS dispose d'employés surtout dans le domaine des soins primaires et dans les hôpitaux. Certains services, comme les consultations dentaires ou la dialyse, sont plus traditionnellement assurés par des acteurs du secteur privé, en contrat avec le NHS. Le pilotage stratégique s'opère au niveau central *via* le ministère de la Santé portugais, et plus particulièrement au sein de la Direction générale de la santé (Direcção-Geral da Saúde[DGH]).¹² La gestion plus opérationnelle du service national de santé est réalisée au niveau régional, au sein des administrations régionales de santé. Celles-ci sont chargées d'appliquer la politique nationale de santé au territoire, de superviser les hôpitaux, et de gérer les centres de soins primaires. Deux régions (les Açores et Madère), en tant que régions autonomes, disposent de davantage

⁹ En Autriche, nous n'avons pu trouver que très peu d'informations récentes sur la stratégie nationale de santé, ce qui risquait de compromettre l'accès à des données pertinentes.

¹⁰ Simões, Jorge de Almeida, Gonçalo Figueiredo Augusto, Inês Fronteira, Cristina Hernández-Quevedo (2017). *Portugal : Health system review*. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, 19(2), p. xviii. Le reste des paiements relève de la dépense privée, dont une majorité (environ 80 %) de dépenses assurées directement par les patients.

¹¹ Simões, Jorge de Almeida, Gonçalo Figueiredo Augusto, Inês Fronteira, Cristina Hernández-Quevedo (2017). *Portugal: Health system review*. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, 19(2):1-184.

¹² Pour un aperçu de l'architecture organisationnelle du ministère de la Santé portugais, voir : <https://www.hsppm.org/countries/portugal25062012/livinghit.aspx?Section=2.3%20Organization&Type=Section>

de compétences. Les dépenses de santé, qui représentent environ 9,5 % du PIB en 2014, ont drastiquement diminué après la crise de 2008 et le plan de sauvetage de la Commission européenne, de la Banque centrale européenne et du Fonds monétaire international.¹³

Le système suisse présente quant à lui un net contraste avec la France et le Portugal, du fait du caractère privé de son système assurantiel. Ainsi, si la souscription à une assurance santé est obligatoire, le choix de celle-ci est laissé au citoyen (les remboursements par l'assurance obligatoire sont néanmoins régulés et similaires, quelle que soit l'assurance sélectionnée).¹⁴ Les citoyens peuvent ainsi choisir parmi une offre et différentes options, notamment au regard de la franchise qui demeure à leur charge en cas de soins (plus celle-ci est élevée, plus les mensualités – les « primes » – sont faibles).¹⁵ Le reste à charge est l'un des plus élevés parmi les pays de l'Union européenne (environ 26 % du total des dépenses de santé).¹⁶

Les responsabilités en termes d'organisation du système de santé sont réparties entre les niveaux cantonal, local et fédéral. Le niveau fédéral est en charge du financement du système (assurance maladie), de la qualité et de la sécurité des produits pharmaceutiques, de la santé publique, de la recherche et de la formation. L'ensemble des questions relatives à la santé, y compris l'assurance-maladie et l'assurance accidents, sont du ressort de l'OFSP, rattaché au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Depuis 2012, c'est Alain Berset (Parti socialiste suisse), conseiller fédéral, qui est chef du Département fédéral de l'intérieur. L'implication croissante du niveau fédéral dans les questions de santé crée souvent des tensions avec les cantons, qui disposent historiquement de cette compétence. Malgré cela, le niveau fédéral tend à gagner en compétence au fur et à mesure des années, surtout en ce qui concerne la coordination entre les différents acteurs.¹⁷

Il n'en demeure pas moins qu'au vu du système décisionnel complexe de la Suisse (recherche de consensus à tous les niveaux et rôle important de la votation citoyenne), toute réforme est généralement très longue à adopter et à mettre en œuvre. Carlo De Pietro, *et al.* indiquent ainsi que la fabrication des politiques de santé suisses est « longue, difficile et n'aboutit pas toujours à une réussite »¹⁸. Cette particularité s'exprime dans le processus d'adoption de la stratégie Santé2020, qui résulte directement de l'échec d'une réforme précédente (projet Managed Care rejeté par la population).¹⁹

¹³ Simões, Jorge de Almeida, Gonçalo Figueiredo Augusto, Inês Fronteira, Cristina Hernández-Quevedo (2017). *Portugal : Health system review*. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, 19(2), p. xviii.

¹⁴ Les différences de prix s'expliquent par certains services, comme l'application du tiers-payant, par exemple. Les complémentaires santé varient cependant beaucoup entre les assureurs, et leur prix peut être calculé en fonction de l'état de santé des individus.

¹⁵ En plus de la franchise, les assureurs pratiquent un reste à charge (*suote-part*) sur les dépenses qu'ils prennent en charge.

¹⁶ De Pietro Carlo *et al.* (2015). *Switzerland: Health system review*. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, 17(4), p. xiv.

¹⁷ De Pietro Carlo *et al.* (2015). *Switzerland: Health system review*. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, 17(4).

¹⁸ De Pietro Carlo *et al.* (2015). *Switzerland: Health system review*. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, 17(4), p. 205 (traduction par l'auteure).

¹⁹ Confédération suisse (2013). *Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral*. Publications du Conseil fédéral. p. 3.

2. Aperçu général des dispositifs de consultation liés aux stratégies nationales de santé en France, au Portugal et en Suisse

La rédaction de la SNS française se caractérise par une multiplication des processus de consultation. Différents canaux ont ainsi été mobilisés, dans un temps de rédaction très court : avis de la CNS, réunion de concertation avec France Assos Santé (FAS), récolte de contributions écrites de différentes associations d'usagers, consultation publique organisée sous forme de sondage. Le système de consultation qui a été mis en place en France lors de la SNS est donc multiforme et correspond à différentes visions de la démocratie en santé. Les processus mobilisés étaient pour certains très institutionnalisés, tandis que d'autres étaient plus informels.

1. En premier lieu, les rédacteurs de la SNS ont recueilli l'avis de la CNS, qui est une institution de la démocratie en santé établie de longue date. Elle a été créée par une des ordonnances Juppé adoptées en 1996²⁰. Depuis, sa composition comme ses missions ont été modifiées. Les représentants des usagers ne faisaient par exemple pas partie de la CNS à ses débuts.²¹ Cette instance est consultative et non décisionnaire (Biosse Duplan, 2017, pp. 162-163). En 2020, la CNS est composée de 96 membres élus pour cinq ans organisés en cinq collèges :

- collège 1 : des représentants des territoires et des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) [22 membres] ;
- collège 2 : des représentants des associations d'usagers du système de santé, de personnes concernées des secteurs médico-social et social, des proches aidants, et des associations de protection de l'environnement (17 membres) ;
- collège 3 : des partenaires sociaux et des acteurs de la protection sociale (17 membres) ;
- collège 4 : des acteurs de la prévention, de l'observation en santé, de la recherche et du numérique en santé (16 membres) ;
- collège 5 : des offreurs des services de santé et des industries des produits de santé (24 membres).

Dans le cadre de la SNS, la récolte de l'avis de la CNS est réglementaire. Ainsi, conformément aux dispositions de l'article L. 1411-1 de la loi de modernisation de notre système de santé, et au décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016, la CNS est consultée pour avis, au même titre que le Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Une fois approuvé, l'avis doit être rendu public. Cet avis comprend par ailleurs les retours des CRSA sur la SNS.

Il faut noter que la récolte d'avis s'est effectuée sur un temps très restreint : la lettre de saisine n'a été publiée que le 6 novembre 2017, pour un avis rendu une quinzaine de jours plus tard. La CNS n'a donc eu que très peu de temps pour réagir sur un document déjà très structuré.

2. Les avis des usagers du système de santé, et plus précisément de leurs représentants, ont ensuite été recueillis au moyen d'une réunion organisée entre la Direction générale de la santé (DGS) et FAS le 10 octobre 2017. Pour cette réunion, FAS avait mobilisé plusieurs de ses adhérents afin de représenter un large éventail de champs d'action : AIDES, FFD, AFH, FNAR, UNAF, FNATH (entretien, association d'usagers du système de santé). Certains acteurs précisent qu'étant donné la contrainte temporelle (et le fait que FAS était à l'époque en pleine structuration), il a été difficile de produire une position commune et interassociative dans le cadre de cette réunion, ce qui sera fait plus tard dans le cadre de la contribution écrite (entretien, association d'usagers du système de santé).

²⁰ Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

²¹ Rapport de la CNS de 1996.

Dans ce même cadre, des associations d'aidants ont été consultées, de même que la FAGE (syndicat étudiant), la CNCPH ou des associations représentant les personnes âgées, ainsi qu'un ensemble d'acteurs censés représenter les diverses parties prenantes du système de santé. Étant donné la contrainte temporelle de la rédaction de la SNS, un nombre limité d'acteurs a pu être rencontré, d'où le recours par la suite aux contributions écrites (entretiens, fonctionnaire ; association d'usagers du système de santé). Par contraste avec l'avis de la CNS, on est ici face à un processus plus informel, *ad hoc* et moins visible publiquement. Il n'y a ainsi pas de compte rendu de ces réunions, ni d'informations publiques quant au choix des participants. Un document de cadrage méthodologique des réunions indique la nature des questions adressées aux acteurs lors des réunions :

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de cette stratégie ?
Quels sont les thèmes qui doivent y figurer absolument ?
Quels sont des thèmes qui vous paraissent moins prioritaires ?
Quels sont les principes communs d'action qui pourraient être actés ?
Comment améliorer la coordination des acteurs ?
Comment simplifier nos politiques de santé ?
Comment améliorer l'efficacité de notre système de santé ?
Comment améliorer notre politique de prévention ?
Comment améliorer l'accès à l'offre et réduire les inégalités ?
Comment développer l'innovation et moderniser notre système de santé ?
Quelles priorités pour la santé de l'enfance ?
Points relatifs à la Corse ou l'Outre-mer ?
(extrait du document Cadrage méthodologique de la concertation, document interne, 1^{er} septembre 2017)

Ces questions générales sont complétées par des questions plus spécifiques qui permettaient de « tester » des propositions précises de la ministre. Il est intéressant de noter qu'à ce stade, les participants aux réunions n'ont pas eu accès au document de travail de la stratégie. Les organisateurs de la réunion (binôme entre un membre d'une administration centrale et un membre de cabinet) ont par ailleurs eu la consigne de délivrer le moins d'informations possibles sur les travaux en cours (Cadrage méthodologique de la concertation, document interne, 1^{er} septembre 2017).

3. La partie du processus de consultation dédiée aux contributions écrites des organisations représentant les usagers présente également des caractéristiques relativement informelles. Si ces contributions sont parfois rendues publiques par les associations elles-mêmes, leur récolte ne semble pas suivre un plan établi, il n'y a par exemple pas de stratégie de communication formelle à ce sujet.

« Les contributions écrites, on les recevait comme on les recevait. » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire)

Il semblerait que la décision d'envoyer des contributions tienne souvent davantage à la connaissance informelle des associations des acteurs de l'écosystème de la santé et de ses institutions. Les contributions pouvaient être envoyées spontanément ou bien faire l'objet d'une saisine écrite par les services du ministère (entretien, fonctionnaire).

4. Enfin, la consultation publique revêt un caractère plus institutionnalisé, au sens où cette consultation est par définition publique. Sa mise en place ne repose toutefois pas sur un processus avec des méthodes utilisées de façon stabilisées. La consultation publique a principalement consisté en un sondage sur les différents axes de la SNS, avec deux questions ouvertes. Le sondage a été disponible en ligne du 6 au 25 novembre 2017. À noter que ce

type de consultation publique est généralement peu visible pour le grand public, et mobilise des acteurs déjà particulièrement investis dans le domaine des politiques de santé.

Encadré 1. Questionnaire de la consultation publique sur la SNS 2018-2022

<p>Avez-vous une activité professionnelle ou associative dans le domaine de la santé ? Oui Non</p> <p>Après lecture de la stratégie nationale de santé, êtes-vous globalement (de quelle proposition vous sentez-vous le plus proche ?) Je suis en accord avec l'intégralité des objectifs Je suis en accord avec la majeure partie des objectifs Je suis partagé (autant d'éléments me plaisent et me déplaisent dans ces objectifs) Je suis en désaccord avec la majeure partie des objectifs Je suis en total désaccord avec l'intégralité des objectifs</p> <p>Je n'ai pas suffisamment compris le texte pour me prononcer dessus</p> <p>Pour chacun des axes de la stratégie nationale de santé, êtes-vous plutôt en accord ou en désaccord avec les objectifs proposés ?</p> <p>Mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé, dans tous les milieux et tout au long de la vie Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord</p> <p>Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord</p> <p>Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord</p> <p>Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord</p> <p>Priorités spécifiques à la politique de l'enfant, de l'adolescent et du jeune Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord</p> <p>Dispositions spécifiques à la Corse Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord</p>
--

Dispositions spécifiques à l'Outre-mer

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas du tout d'accord

Quels sont, pour vous, les principaux objectifs que le Gouvernement devrait poursuivre en priorité en matière de santé ?

Réponse ouverte

Donnez-nous votre avis et vos propositions pour la stratégie nationale de santé

Réponse ouverte

En Suisse, le droit des patients ne fait pas l'objet d'un corpus législatif clair et unifié. Les dispositions peuvent par ailleurs varier d'un canton à l'autre.²² Néanmoins, dans le cadre de la stratégie Santé2020, des processus relativement institutionnalisés ont été mis en place.

En premier lieu, et bien que nous n'ayons pas pu trouver d'informations plus précises à ce sujet, il est très probable qu'une consultation préalable à la rédaction de la stratégie ait été menée. En effet, un enquêté que nous avons pu rencontrer confirme que toutes les politiques de santé font l'objet d'une consultation publique. Cette consultation est généralement visible principalement pour les acteurs actifs de l'écosystème des politiques de santé (on retrouve ici une problématique similaire au cas français).

« Et en santé c'est un peu pareil, dans le sens où la consultation peut être, directe de la population, donc il y a des consultations, la Suisse sur les sujets de santé notamment, la Suisse fait des consultations où n'importe qui peut contribuer. **Alors il faut suivre un peu. Il faut savoir qu'elle a lieu, faut comprendre et puis remplir les bonnes cases** mais en principe, n'importe qui peut contribuer à différents sujets de santé notamment. »

« Il y a un projet qui est déposé, donc ça pour un programme national de ceci ou de cela, ou la réforme de certains protocoles ou de choses comme ça, et n'importe qui peut y répondre. **Alors après, si on est n'importe qui, on sera lu avec moins d'attention.** Voilà c'est ça aussi. Dans le processus. Parce que ça fait des volumes de... **Et puis il faut savoir que ça a lieu**, c'est-à-dire que moi j'ai des veilles je vais consulter ce genre de trucs où on me le dit, etc., etc. ou je suis sollicité, dans les consultations, politiques ou celle-ci par exemple, l'entité politique a une liste à qui s'est envoyé automatiquement. » (entretien, acteur de la politique de santé suisse)

Ensuite, dans le cadre de la stratégie Santé2020, une conférence nationale Santé2020 a été mise en place. Cette conférence peut être considérée comme un processus institutionnalisé car visible, public, et pérenne dans le temps. Elle rassemble beaucoup d'acteurs du système de santé, dont des représentants des usagers. La conférence nationale Santé2020 s'est réunie six fois depuis 2013. En parallèle, un groupe de sept experts chargés d'évaluer les propositions du Gouvernement a été constitué.²³

Lors de la première conférence nationale Santé2020 qui s'est tenue le 9 septembre 2013, il est indiqué que « quelque 350 représentants de toutes les organisations majeures du système

²² De Pietro Carlo, *et al.* (2015). Switzerland: Health system review. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, 17(4), 74-75.

²³ Celui-ci ne comprend pas de représentants de patients : Luca Crivelli et Willy Oggier, économistes de la santé, Samia Hurst, médecin et éthicienne, Ilona Kickbusch, politologue, Markus Moser, juriste, Peter Suter, médecin et Thomas Zeltner, juriste et médecin.

et de la politique suisses de la santé [...] ont défini les objectifs et les mesures prioritaires de la stratégie du Conseil fédéral et nommé les partenaires majeurs de sa mise en œuvre. »²⁴ Parmi ces représentants, on trouve : les représentants des organisations de santé, les acteurs de la politique de la santé, les directeurs et directrices cantonaux de la santé, les représentants des associations de médecins, du personnel soignant, des patients, des pharmaciens, des hôpitaux, des assureurs et de l'industrie pharmaceutique, mais aussi des experts et des représentants d'ONG. Ces acteurs semblent avoir été réunis en petits groupes pendant la journée afin de discuter des objectifs qui leur paraissaient importants.

D'après le communiqué de presse, les acteurs ont exprimé un fort consensus avec les objectifs proposés dans stratégie nationale Santé2020, mais ont cependant souligné la nécessité de les concrétiser.

Par la suite, la conférence nationale Santé2020 s'est réunie autour de différentes thématiques, au rythme d'une fois par an : coordination des soins (26 janvier 2015), prestations dispensées de manière excessive (1^{er} février 2016), promotion de la santé et prévention des maladies (31 janvier 2017), maîtriser la croissance des coûts (29 janvier 2018), numérisation dans le système de santé (31 janvier 2019).

Le travail en « petit groupe » au cours de la journée semble à chaque fois être la méthode de concertation privilégiée. Le fait que ces conférences soient organisées dans la phase de mise en œuvre permet de discuter des programmes déjà lancés. Il est indiqué que les résultats des discussions sont intégrés dans la suite des travaux de Santé2020, sans que de plus amples précisions soient données sur ce sujet.

« Cette deuxième conférence a permis aux participants de faire le tour des projets en cours de réalisation.

Au cours de la journée, les participants ont discuté en petits groupes les propositions des divers prestataires de soins. Les résultats de ces discussions vont être évalués et intégrés à la suite des travaux de Santé2020. Les partenaires concernés seront associés à l'élaboration et la mise en œuvre des projets retenus. »²⁵

La conférence nationale Santé2020 se poursuit dans le cadre de la stratégie Santé2030, et la première conférence a traité de la question du vieillissement et de la santé le 17 février 2020.²⁶ Depuis, la conférence nationale Santé2030 n'a pas pu poursuivre ses travaux du fait de la crise du Covid-19.

Malgré des tentatives de contact répétées avec l'OFSP et avec six associations ayant vocation à représenter les usagers, nous n'avons pas pu obtenir d'entretiens qui auraient permis de rassembler des informations supplémentaires sur les dispositifs de consultation.

Dans le cas du Portugal, les processus de consultation, plusieurs types d'acteurs ont pu s'exprimer, *via* « différents moyens », et notamment *via* le « microsite du plan national de santé ». ²⁷ Ces dispositifs semblent essentiellement *ad hoc* (c'est-à-dire sans pérennité au-delà

²⁴ Communiqué de presse du 9 septembre 2013, Confédération suisse, disponible sur : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-50191.html>

²⁵ Communiqué de presse du 26 janvier 2015, Confédération suisse, disponible sur : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-56006.html>

²⁶ Source : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-78114.html>

²⁷ Ministère de la Santé, service national de santé (2013). *Plan national de santé 2016-2020 – Version récapitulative (Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Versão Resumo)*. Publications du ministère de la Santé portugais, p. 10.

de la formulation de la stratégie) et relativement informels, en tout cas en ce qui concerne les associations de représentants des usagers :

« Les associations des malades, nous avons un petit pays comme le Portugal, a une centaine d'associations de malades, associations de malades et associations de *users* du système de santé, alors nous n'avons pas un critère objectif de, nous ne pouvons pas parler avec une centaine d'associations de malade et d'usagers, alors nous avons fait un choix, euh, parce que, parce que j'ai déjà dans mon passé professionnel [...] j'avais déjà un historique de contacts avec des associations de malades et d'usagers de la santé, et j'ai profité de ces contacts et [...] ces relations mais cette relation de, je savais quel est le poids, le pouvoir, le poids, de chaque association de malade. Et ils n'ont pas été, les autres qui n'ont pas été directement utilisés dans les discussions, ils n'ont, ils l'ont compris, qu'il n'était pas possible de parler avec tous. **En résumé**, avant le conseil national de santé, **nous avons fait une consultation informelle avec les associations des malades que nous connaissions**. » (entretien, acteur de l'élaboration du PNS 2012-2016)

Le processus de consultation semble par ailleurs avoir été mené sur une période relativement longue :

« Nous avons fait **deux tours du Portugal** pour parler avec les personnes [du conseil consultatif] et les communications sur Zoom étaient à l'époque dans leurs premiers pas, alors nous préférons aller au local, aux endroits où les personnes étaient. Beaucoup d'auditions. Et **une consultation publique, pendant je ne sais pas trois mois**, je pense une concertation publique. » (entretien, acteur de l'élaboration du PNS 2012-2016)

Pour recueillir les contributions, les rédacteurs du PNS se sont appuyés à la fois sur des réunions en présentiel, et sur la réception et l'analyse de contributions écrites (entretien, acteur de l'élaboration du PNS 2012-2016). Le document du PNS donne des informations sur les personnes qui ont participé à sa formulation. Il semble y avoir eu un large processus de consultation « interne », dans lequel seule une organisation de représentants de patients a été consultée : la Plateforme de la santé en dialogue (Plataforma Saúde em Diálogo). Cette institution regroupe de nombreuses associations de représentants des usagers (mais aussi de professionnels de santé) et vise à défendre les intérêts et les droits des patients. On trouve ensuite de nombreuses associations de patients dans la catégorie « Contributions reçues ». Au Portugal, les associations d'usagers ont toutes le même statut administratif d'institution de solidarité sociale privée à but non lucratif (Instituição Particular de Solidariedade Social [IPSS]).

Tout comme en Suisse, l'enquête de terrain au Portugal n'a donné que peu de résultats. Un entretien avec l'un des rédacteurs du PNS nous a néanmoins apporté quelques réponses, que nous n'avons malheureusement pas pu recouper avec d'autres sources. D'après cet enquête, les relations transparentes, informelles et entretenues de longue date avec les associations de patients ont permis de faire émerger un consensus assez rapidement autour du PNS.

« – Non. Je ne me rappelle pas, non. Comment dire, je ne sais pas dire en français ce que je voudrais dire. Mais, j'ai travaillé avec eux [les associations d'usagers] pendant des années [...]. **Il y a une relation proche et de confiance, et alors que nous leur présentons le draft du plan, etc. il y a un jeu très transparent dans les relations avec les associations**, attention associations des malades et associations d'usagers du système de santé, parce que comme vous savez comme moi ils sont très différents hein les perspectives. Alors je ne me souviens pas, il y a plus de problèmes avec les associations professionnelles, de médecins notamment qu'avec l'association des malades ou d'usagers.

- D'accord. Donc globalement il y a un consensus qui est assez facile à atteindre généralement avec ces types d'associations, des usagers ou des malades ?
- Oui, parce que dans le passé, il n'y a pas une tradition de participation active des associations des malades. Et peut-être ils étaient, je ne peux pas dire la première fois c'est pas vrai, mais une des premières fois qu'ils ont une intervention importante dans un plan que nous pensons qui pouvait être important pour le futur de la santé au Portugal.
- D'accord, OK très bien. Et sur cette consultation publique du coup vous n'avez non plus de souvenirs de problématiques particulières, qui auraient suscité des débats importants en interne ?
- Non, non, non. Je pense que le secret, c'est qu'il y a un secret, c'est la transparence, la confiance, entre les uns et les autres, la possibilité que nous avons de faire beaucoup de réunions [...]. » (entretien, acteur de l'élaboration du PNS 2012-2016)

Un entretien avec un représentant des usagers ayant contribué au PNS portugais confirme un niveau de satisfaction relativement élevé au regard du processus de consultation, qu'il qualifie de très « démocratique ».

- « – Là-dedans on a participé, il y a eu de grosses réunions dans tout le pays, des réunions publiques et... et écrire, **il était possible de faire des contributions et on a envoyé une contribution, c'était beaucoup plus démocratique et beaucoup plus participatif pour tout le monde**, pas seulement des associations de patients mais aussi des dirigeants, des hôpitaux, des soins primaires, de la santé publique, tout le monde était là, je me souviens bien de la discussion sur les [?] sur la psychiatrie, ce qu'ils doivent avoir, indépendants ou pas indépendants, tout cela était abordé, et même quel était le programme prioritaire dans la santé du Portugal.
- D'accord. Donc à cette époque c'était plus démocratique finalement, c'est ce que vous me dites ?
- Oui, oui la discussion c'était, avant la crise économique, ça a commencé en 2012 mais la discussion a commencé en 2010, ça a été plus démocratique que maintenant, et la réalité c'est que maintenant on n'a pas un programme approuvé et effectif. » (entretien, association d'usagers du système de santé)

Les données recueillies à ce stade demeurent nettement insuffisantes pour permettre une compréhension globale des processus de consultation du PNS portugais. Les quelques entretiens que nous avons eus semblent cependant indiquer que ces processus ont été relativement longs, approfondis, et informels, et ont conduit à la construction d'un consensus fort chez les différents acteurs de l'écosystème de santé portugais.

3. Matériaux mobilisés et grilles d'analyse

Les hypothèses envisagées pour expliquer les variations dans les dispositifs de démocratie en santé ainsi que les différentes prises en compte de ces dispositifs dans la formulation des stratégies ont été diverses. Nous nous sommes ainsi intéressés à plusieurs dimensions :

- **hypothèse procédurale** : en premier lieu, nous souhaitons nous intéresser au rôle des dispositifs eux-mêmes. Ainsi, il est probable que les procédures produisent des différences au regard de la prise en compte des avis des usagers. À ce titre, nous avons prêté une attention particulière au timing de la consultation (consultation très en amont où seulement une fois que le document est déjà presque finalisé), à sa durée, au moyen de récolte des différents avis (publicisation, moyen de contact des participants) et, enfin, à la forme de la participation (contributions écrites, réunions, itérations) ;

- **hypothèse contextuelle** : nous avons également envisagé la dimension contextuelle de cette problématique. En effet, il est probable que la mise en œuvre des dispositifs de démocratie en santé varie selon plusieurs facteurs, comme la personnalité ou le programme des décideurs politiques en place, ou suite à certains événements permettant à l'enjeu de la participation citoyenne de devenir saillant. Il est également possible que l'intervention ponctuelle de certaines organisations internationales permettent de mettre l'accent sur ce sujet au niveau national ;
- **hypothèse des rapports de force** : même avec des dispositifs similaires, on peut imaginer que les ressources et les rapports de force puissent varier selon les pays et les contextes. Ainsi, les représentants d'usagers peuvent disposer de plus ou moins de ressources (notamment au regard des autres acteurs de la démocratie en santé), ce qui est susceptible d'affecter leur capacité d'influence.

Afin d'explorer ces hypothèses, nous avons mené des entretiens avec les personnes en charge de la rédaction des stratégies nationales de santé, et avec des représentants d'usagers, si possible ayant participé au processus de consultation des stratégies de santé analysées.

Tableau 1. Entretiens réalisés

	France	Portugal	Suisse
Personnes ayant participé à la rédaction de la stratégie nationale de santé	5	2	.
Représentants des usagers	10	2	1
Total/pays	15	4	1
	20		

Lors de ces entretiens, les questions posées concernaient le déroulement des processus de consultation liés aux stratégies nationales de santé ainsi que leur format. Du côté des personnes ayant participé à la rédaction des stratégies, nous avons essayé de reconstruire les dynamiques autour de ces processus, et d'interroger les effets directs de ces consultations sur le « produit final » de la stratégie. Du côté des représentants des usagers, nous avons recueilli leur vécu et leurs perceptions à propos du processus de consultation. Dans ce cadre, il était particulièrement intéressant de les inviter à le mettre en perspective avec d'autres expériences de démocratie en santé. Il s'agissait ensuite de recueillir leur avis sur la version finale des stratégies nationales de santé. Les guides d'entretien présentés ci-dessous sont des exemples génériques, la plupart des questions étaient formulées de manière plus précise et intégraient les connaissances préalables que nous avions des processus de consultation.

Encadré 2. Guides d'entretien générique - Personnes ayant participé à la rédaction des stratégies nationales de santé (démocratie en santé)

Organisation générale du travail autour de la stratégie nationale de santé

Quelles étaient vos missions spécifiques sur la stratégie nationale de santé ? Comment le travail était-il organisé avec les autres membres en charge du pilotage ?
 Pour vous, quelles ont été les principales difficultés rencontrées lors de l'élaboration de cette stratégie ?

Y-a-t-il eu une comparaison internationale, ou une participation à des organisations ou réseaux internationaux en lien avec le processus de rédaction de la stratégie nationale de santé ?

Démocratie en santé

Repérage des acteurs

Quelles personnes ont été en charge de l'intégration des contributions dans la stratégie nationale de santé ?

Format du dispositif de consultation

J'ai pu constater qu'il y avait eu un important dispositif de consultation/concertation avec les parties prenantes (usagers, professionnels de santé, industriels...). D'où venait cette volonté de construction de consensus (volonté politique, administrations) ?

Pouvez-vous me décrire très précisément les différents « modes » de consultation, j'ai cru comprendre qu'il y avait eu des réunions avec les parties prenantes, qui ont ensuite donné lieu à des contributions écrites ? Quelles associations ont participé à ces réunions, et comment les avez-vous repérées et contactées ? Quelles sont les thématiques/problématiques centrales qui sont ressorties de ces réunions ?

Intégration des contributions dans la SNS

Vous avez reçu un grand nombre d'avis que j'imagine très différents, comment avez-vous fait pour trier leur contenu ?

Diriez-vous que les modifications apportées au projet suite à ces consultations ont été substantielles ? Globalement, y-a-t-il des changements qui vous ont parus importants, et à quels acteurs étaient-ils liés ? Y-a-t-il eu des demandes qui ont généré des discussions en interne, et qui n'ont finalement pas été prises en compte ?

Qu'avez-vous tiré de la consultation publique ?

Y-a-t-il eu une attention particulière dédiée aux avis exprimés par des représentants des usagers ? Diriez-vous qu'il y a eu quelques points clés qui ont été soulignés par ce type d'acteurs ? Cela a-t-il donné lieu à des modifications de la stratégie nationale de santé/des discussions en interne ?

Globalement, avez-vous trouvé ce processus de consultation pertinent/utile ?

Retours sur le processus de consultation

Avez-vous eu, dans un cadre formel ou informel, des retours des contributeurs à propos de leur satisfaction vis-à-vis du processus de consultation ?

Encadré 3. Guides d'entretien générique - Représentants d'usagers (démocratie en santé)

Engagement du processus de consultation

Pouvez-vous me parler un peu de votre mission de manière générale ? Êtes-vous souvent en relation avec les pouvoirs publics ? Par quel moyen précisément ?

Comment avez-vous entendu parler du processus de consultation de la SNS et comment avez-vous été invité à participer ?

Participation aux dispositifs de consultation

À quels dispositifs avez-vous participé (réunions, contributions écrites, position commune avec d'autres associations/organismes, consultation publique) ? Si plusieurs moyens d'expression : pourquoi multiplier les canaux d'expression ?

Pour chaque dispositif : par quels moyens avez-vous préparé votre contribution ?

Pour chaque dispositif : comment se sont déroulés les échanges ? Y avait-il des thématiques/problématiques récurrentes ? Y avait-il des points de conflit importants avec les autres acteurs (ministère, professionnels de santé, industries, autres associations) ? Qu'avez-vous pensé de la temporalité de la consultation ? La durée était-elle adéquate, avez-vous eu le temps de formuler une contribution selon les processus habituels ? Cette consultation était-elle différente des consultations auxquelles vous participez habituellement ?

Prise en compte des contributions et avis

Quelles sont les points importants selon vous qui n'ont pas été pris en compte dans la deuxième version de la stratégie nationale de santé ?

À l'inverse, quels sont les points importants qui ont été intégrés ?

Avez-vous participé à d'autres dispositifs de consultation sur des plans ou programmes de santé nationaux supposés mettre en œuvre la stratégie nationale de santé ?

Ces entretiens ont été complétés par l'analyse de plusieurs documents : les stratégies en elles-mêmes, leur différentes versions, l'analyse de certains avis et contributions écrites, la correspondance interne.

Malgré de nombreuses relances et la réalisation de quelques entretiens en Suisse et au Portugal, les données récoltées ne nous ont pas permis d'engager une réelle réflexion comparative. En effet, les dynamiques de démocratie en santé sont particulièrement difficiles à analyser pour un observateur externe, et l'enquête aurait nécessité un nombre important d'entretiens approfondis pour mener à bien cette partie de la recherche. Les données présentées dans les résultats sont donc essentiellement issues du cas français, pour lequel nous avons pu avoir accès à un nombre de sources suffisamment diversifiées.

B. Principaux résultats

Cette section vise à présenter les principaux résultats de l'enquête menée sur les dispositifs de démocratie en santé mis en œuvre lors de la formulation de la SNS française. Cette recherche a permis de mettre en lumière un phénomène apparemment paradoxal. En effet, alors que les représentants des usagers se montrent globalement peu satisfaits du processus de consultation tel qu'il s'est déroulé (c'est-à-dire sur un temps très court et sans réelle coconstruction), ces acteurs semblent en revanche satisfaits du contenu de la SNS, pourtant lui-même en partie tributaire de ces mêmes consultations. La forme spécifique de la SNS, qui a permis une intégration « thématique » des avis des différentes parties prenantes, explique sans doute que ce processus de consultation se soit avéré suffisamment efficace pour alimenter la formulation de la stratégie. La conclusion de ce premier axe reviendra sur les différents types d'usages des processus de consultation identifiés par la littérature, afin de caractériser plus précisément le cas de la SNS.

1. La temporalité et le retour sur les arbitrages : deux points faibles du processus de consultation de la formulation de la SNS 2018-2022

L'enquête menée auprès des représentants des usagers ayant participé au processus de consultation de la SNS 2018-2022 a montré que ces acteurs étaient globalement peu satisfaits de la forme prise par la consultation. Souvent, ces critiques n'étaient pas propres à la SNS, et concernaient le fonctionnement plus général de la démocratie en santé en France, dont la SNS n'était qu'un exemple (parfois emblématique comme nous le verrons). Dans ce cadre,

deux problématiques spécifiques ont été soulignées : la question de la temporalité de la consultation, et le problème du retour sur les arbitrages.

La problématique de la temporalité

Dans le cadre de la SNS 2018-2022, nous avons pu repérer deux problématiques distinctes liées à la question de la temporalité : la contrainte temporelle (temps de rédaction très court) et le timing (moment de la consultation par rapport à l'avancement du processus de formulation). De toute évidence, ces deux problématiques entretiennent des liens étroits et présentent des influences mutuelles. Ainsi, un processus de coconstruction réalisé plus en amont (timing) aurait sans doute nécessité un temps de rédaction beaucoup plus long (contrainte temporelle). En effet, une expérimentation menée dans la région Franche-Comté qui visait à construire les priorités de santé dans le cadre de la mise en place des agences régionales de santé (ARS) et des CRSA à partir d'un questionnaire administré à la population et d'un travail des représentants des usagers s'est étalée sur plus de six mois (temps de création des questionnaires, administration, analyse des résultats et restitutions, voir Bréchat, *et al.*, 2014). Ce temps-là ne comprenait par ailleurs que le « recueil » des données du côté des usagers, et non la rédaction d'une stratégie à proprement parler.

Par contraste, le temps imparti à la formulation de la SNS était particulièrement court. Le calendrier politique était en effet très contraint, puisque la SNS devait être complètement construite en six mois pour pouvoir alimenter les plans régionaux de santé (PRS). Ainsi, au regard des délais dans la conduite du processus de consultation, la SNS est apparue pour certains acteurs comme emblématique, c'est-à-dire comme symptomatique d'un fonctionnement habituel jugé peu satisfaisant.

« **En six mois il a fallu faire une concertation des acteurs**, une concertation interministérielle et une consultation publique. » (compte rendu d'entretien en observation, fonctionnaire)

« [...] En fait, tout le calendrier a été établi dès le mois de juillet, dès juillet on avait établi tout le rétroplanning, on avait des tas de graphiques des tas de simulations pour savoir si on rentrerait dans le timing parce que tout l'enjeu, c'était de terminer avant de la fin de l'année pour que les PRS puissent être élaborés, ils étaient censés être élaborés avant la fin de l'année et que ils puissent finalement s'appuyer sur les [?] ça c'était **un emboîtement temporel qui était vraiment très contraignant** [...]. »

« Oui alors c'est le principe voilà c'est le **principe de consultation qui a été mais alors, conduit de façon quasi militaire**, et comme tout projet, c'est-à-dire dans un temps ultra contraint, c'est surtout ça le problème de ce genre de projets, de situation c'est que dans un temps contraint on n'a pas la marge de manœuvre pour travailler de manière idéale, on doit travailler ben de façon optimale, et l'optimum n'est pas forcément synonyme de... bah du résultat qu'on attendait. » (entretien, fonctionnaire)

Les acteurs politiques et administratifs ne semblent donc pas avoir eu d'autre choix que d'imposer eux-mêmes une contrainte temporelle particulièrement forte aux acteurs consultés. Les enquêtés que nous avons rencontrés (associations d'usagers et instances de la démocratie en santé) soulignent abondamment ce point :

« **Ce mode rapide est plutôt la norme**. Avant cela, il y avait le cabinet Touraine, et il y avait déjà eu des épisodes de, parce que on met tout sur la table avant même d'évaluer les précédents plans, sur Touraine on s'était déjà plaint, mais il y avait eu plus de temps quand même. Il y avait déjà eu une stratégie à l'époque, c'était

déjà resserré. **Mais sur la SNS 2018-2022 ça battait des records, on n'avait jamais vu ça**, on ne pouvait pas appeler ça de la consultation ou de la concertation, surtout avec 77 associations, c'est pas possible. »

« C'était plutôt descendant, la DGS présentait les éléments de la concertation, les associations parlaient de leurs attentes, et Mme X a dit que les attentes des associations correspondaient parfaitement à la SNS [ton sceptique]. On leur avait dit, c'était mon grand truc de l'époque, que c'était cocasse de parler de santé mentale alors que de travailler dans de tels délais ne permettait pas de respecter leur propre santé mentale, ni du côté des associations ni du côté des ministères. Mais ils ont dit qu'ils étaient contraints, car la SNS devait être prête pour les PRS, mais on ne fait pas de la concertation dans ces conditions. » (compte rendu d'entretien, association d'utilisateurs du système de santé)

« **Sur la SNS on a été associés rapidement**, plutôt sur un coin de table, est-ce que ça te convient, est-ce que ça nous convient ? Mais il faut toujours prendre du temps. » (compte rendu d'entretien, association d'utilisateurs du système de santé)

« [...] Le **calendrier avait été moins apprécié**. »

« La **temporalité a été très courte**, ce n'est pas très favorable à une implication forte même si [l'organisation] s'est beaucoup impliquée dans la préparation de l'avis. Cela restreint le champ des possibles. » (compte rendu d'entretien, membres d'une instance de représentation de la démocratie en santé)

« Alors la **stratégie nationale de santé ça s'est développé beaucoup plus rapidement**, le PRS c'était sur une année entière, alors que la stratégie nationale de santé ça été fait en deux ou trois mois, enfin j'ai le souvenir cette année d'avoir travaillé surtout sur le PRS. » (compte rendu d'entretien, association d'utilisateurs du système de santé)

L'enquête a par ailleurs montré que ce délai très contraint a poussé France Assos Santé à rédiger une lettre ouverte à la ministre (datée de 17 octobre 2017),²⁸ qui demande « deux mois supplémentaires » pour réaliser une réelle « coconstruction ». Les signataires de la lettre déplorent alors le fait que la ministre ait manqué « le rendez-vous de la démocratie sanitaire » pour le premier « grand projet » de son mandat.

La question de la contrainte temporelle n'est pas propre à la SNS, et a été soulevée comme une problématique récurrente dans plusieurs entretiens.

« **Il faut arrêter d'associer les associatifs dans des temps très courts**, on a des temps toujours très contraints pour les consultations. La démocratie en santé a besoin de temps. « Le temps interassociatif n'est pas le temps politique. **On ne peut pas sortir des avis comme ça** [...]. » (compte rendu d'entretien, association d'utilisateurs du système de santé)

« [...] Ça c'est plus sur la forme hein, mais en gros **la veille pour le lendemain**, parce que vous n'avez que ça à faire bien évidemment quand on vous sollicite vous n'avez que ça à faire, donc on fait, on se met ventre à terre [...]. » (entretien, association d'utilisateurs du système de santé)

« Alors sur la temporalité j'ai plus forcément les éléments mais bon, plus on va et **plus on s'aperçoit que la temporalité est réduite**, à titre d'exemple, pour vous montrer le truc [...]. On sollicite les associations de plus en plus rapidement et avec des **laps de temps hyper contraints**, ce qui facilite pas non plus l'approche collective. L'approche collective, voire même l'approche associative parce que une

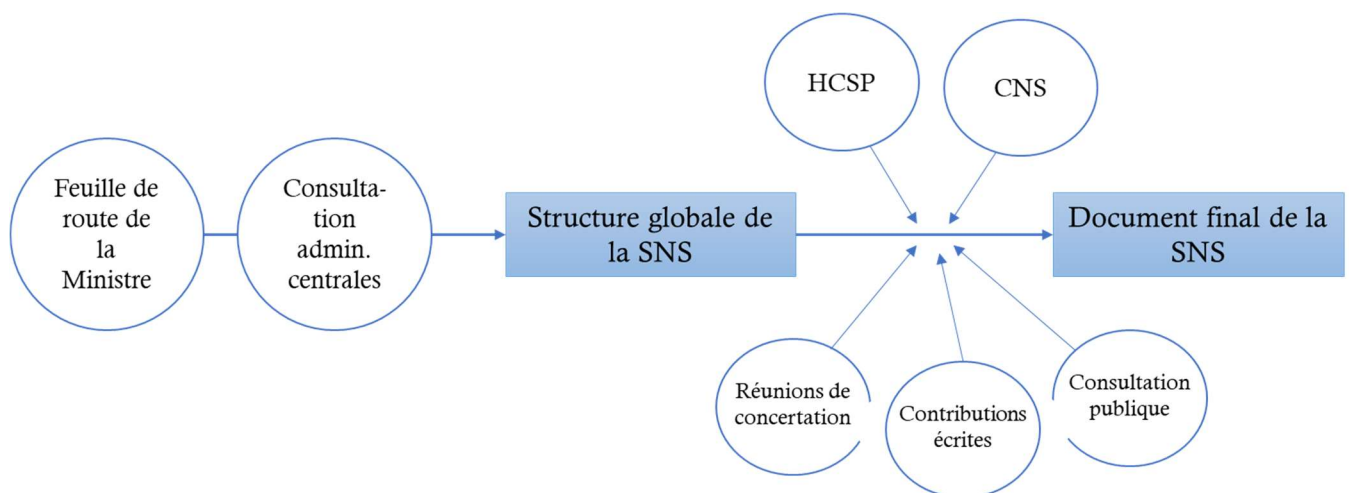
²⁸ France Assos Santé (2017). Lettre ouverte à Madame Agnès BUZYN, ministre de la Santé et des Solidarités. Paris, 17 octobre 2017.

association est un collectif d'individus, elle nécessite un petit peu de temps. Parce qu'il faut envoyer le truc, faut que les gens puissent y réfléchir, s'ils appartiennent à une association peut-être d'interroger leurs adhérents, etc., etc. Et ce va-et-vient qui nécessite du temps on peut pas en plus [...] on peut pas non plus les mobiliser comme ça les bénévoles [...]. Alors je pense que les pouvoirs publics sont eux-mêmes dans des contraintes temporelles euh...de plus en plus contraignantes [...]. » (entretien, association d'utilisateurs du système de santé)

« Oui **c'est toujours très court**. Oui c'est classique mais c'est toujours trop court, systématiquement, et c'est là aussi où je vous dis que du coup, tout à l'heure je vous disais il faut toujours réagir très rapidement sur les écrits les machins, etc. Et c'est pour ça que je vous disais ne peuvent contribuer que les associations qui ont mis des salariés à disposition qui peuvent réagir très rapidement sur les sujets, voir où il y a des difficultés, faire du lien, etc. C'est toujours, toujours, toujours trop court. [...] **Je travaille quasiment que dans l'urgence en fait. J'ai rarement la possibilité de travailler correctement** [...]. » (entretien, association d'utilisateurs du système de santé)

La seconde problématique liée à la temporalité est celle du timing, autrement dit de la période d'intervention de la consultation par rapport à l'avancement général de la formulation de la stratégie. En premier lieu, on pourra noter que la prise en compte des « besoins » ou « objectifs » tels qu'ils sont exprimés par les utilisateurs intervient à un moment où la définition des « besoins » ou des « problèmes » est déjà très cadrée. En effet, la construction des « besoins » ou des « objectifs » (on parle généralement plus volontiers de « problèmes » publics ou de « politique publique ») est un processus sociologique au long cours qui implique de nombreux acteurs dans la société (voir par exemple Gusfield, 1984 ; sur le cas de la santé en général, Gilbert, Henry 2009 ; sur le cas plus précis du problème des déserts médicaux, Hassenteufel, *et al.*, 2020). Il faut ainsi garder à l'esprit que les « besoins » tels qu'ils sont exprimés lors de la formulation d'une politique publique ont déjà fait l'objet d'une construction et d'une lutte définitionnelle préalables. Ensuite, dans le cadre de la SNS, les consultations des utilisateurs sont intervenues à un moment où le document était déjà très structuré, principalement sur la base de la feuille de route de la ministre.

Figure 2. Schéma d'intervention des différents acteurs dans la structuration de la SNS²⁹



²⁹ Sources : compte rendu d'entretiens, fonctionnaire ; entretien, fonctionnaire.

Un tel timing tend ainsi à mettre les différentes parties-prenantes dans une position de « réaction » (compte rendu d'entretien, membres d'une instance de représentation de la démocratie en santé), plutôt que de permettre une réelle coconstruction, dans laquelle le champ des possibles est souvent établi de manière beaucoup plus large.³⁰ On note néanmoins que les réunions de concertation se sont déroulées alors que le document était peut-être un peu moins structuré que dans le cadre des contributions écrites et de la consultation publique, pour lesquelles « les choses étaient déjà bien « sur les rails » (compte rendu d'entretien, association d'usagers du système de santé). Cependant, le fait que les acteurs n'aient pas eu accès à la version de travail de la SNS et n'aient pu réaliser qu'une seule réunion a conduit à limiter leur implication dans la rédaction de la SNS.

« Mais sur l'aspect concertation on n'y était pas. **C'est-à-dire on a une feuille blanche on souhaite mettre en place, ils sont arrivés avec une feuille loin d'être blanche, elle était remplie complètement, et en plus on ne savait pas ce qu'il y avait vraiment dedans**, ils n'ont pas eu le document pendant la réunion, c'est Mme X qui a détaillé les axes de la SNS, cela a été une découverte pendant la réunion. » (compte rendu d'entretien, association d'usagers du système de santé)

« **Cela fait partie des réunions auxquelles je suis allée où j'étais très, très mal à l'aise parce que je savais pas ce qu'il fallait que je raconte à la réunion** en fait je [soupir], vous êtes invité pour parler de la SNS, et des enjeux de la SNS, et finalement c'est tellement peu organisé des deux côtés qu'on se dit mince il va y avoir un tour de table pour que chacun s'exprime, mais finalement euh... » (entretien, association d'usagers du système de santé)

Du côté du cabinet et des ministères, l'objectif semblait avant tout « informationnel » (recueillir les souhaits des participants et « tester » certaines propositions de la ministre, voir la section 2 de la partie Méthode de l'Axe 1 ainsi que la conclusion de cet axe).

De nouveau, cette problématique n'est pas propre à la SNS, et est également présente dans d'autres consultations, bien que cela ne soit pas systématique (certains processus se passent de manière satisfaisante pour les acteurs, voir par exemple Annexe 3).³¹

Outre la potentielle perte d'efficacité au regard de l'inclusion des usagers dans la formulation des politiques publiques, ce type de fonctionnement est susceptible de nourrir la défiance des usagers pour le politique, *via* l'entretien d'un sentiment d'être « laissés de côté », ou instrumentalisés.

« Non du coup c'était du coup non parce que c'était, c'est pour ça que j'ai un peu caricaturé, c'était des propos volontairement caricaturaux, quand je dis **qu'on avait l'impression que les associations avaient l'impression d'avoir été oubliées d'être associées à la construction de la SNS** et qu'on s'est dit mince elles vont nous faire un communiqué et nous allumer sur ce sujet-là donc il faut monter une réunion en urgence, ça a vraiment donné cette sensation, donc du coup l'objet de la réunion c'était présentation et écoute des associations dans le

³⁰ À ce titre, la « méthode de l'Arucah » (Bréchat, *et al.*, 2014) donne un exemple de coconstruction de priorités de santé qui engage bien plus les usagers (à un niveau régional).

³¹ Nous pouvons par ailleurs observer que l'aspect « variable » de la qualité des processus de consultation est une thématique qui est apparue dans cinq entretiens. Les associations d'usagers ou les membres d'instances de la démocratie en santé soulignent ainsi que leur inclusion dans la formulation dépend directement des interlocuteurs présents du côté politique et administratif, et qu'il n'y a pas forcément de continuité dans les processus. « Mais ça dépend beaucoup des institutions. » « Et à chaque fois qu'on change d'interlocuteur par contre on recommence tout, et ça change souvent dans l'administration centrale. » « L'inclusion n'est pas du tout automatique. »

cadre de la future SNS, ce qui fait qu'on est arrivés sans pouvoir entre guillemets présenter de manière plus détaillée l'avis de France Assos Santé parce qu'il était pas encore totalement finalisé. » (entretien, association d'usagers du système de santé)

« – Mais parce que cette question de l'affichage politique vous m'en parlez en lien avec les conférences citoyennes, mais vous avez l'impression que c'est la même chose du côté des associations de représentants des usagers ou c'est différent.

– Parfois. Parfois, bien sûr, parfois... Ben, par exemple **quand on a une sollicitation des pouvoirs publics qui travaillent sur un sujet depuis plusieurs semaines et qui nous donnent une semaine pour répondre à ces sollicitations-là pour moi c'est, c'est de l'affichage.** Alors autant associer dès le départ, ça serait plus simple. Ou en tout cas très en amont, même si je comprends qu'ils doivent avoir déjà un peu une conception du truc, mais après qu'on puisse partager à des moments peut-être voilà [?] à des moments stratégiques, de dire bah qu'est-ce que vous pensez de ça, on a cette contrainte-là bon voilà. À nous de nous organiser aussi pour pouvoir y répondre hein, tout n'est pas merveilleux dans le monde associatif, on a aussi nos propres faiblesses, bon voilà mais c'est la vie. » (entretien, association d'usagers du système de santé)

« La démocratie en santé est un peu essoufflée, elle ne repose d'ailleurs que sur 90 équivalents temps plein en France. [...] **Pour l'instant sont surtout en consultation et pour info, pas assez en amont.** Il y a une note de [l'association] qui résume cela. » (compte rendu d'entretien, association d'usagers du système de santé)

« Après ce qui est compliqué c'est de cadrer ça, ce qui est très compliqué c'est que si vous arrivez sans idée, ça part dans tous les sens, chacun y va de sa micro-demande, on part dans des détails incroyables, on perd de vue l'essentiel, **mais si l'idée est tellement précise et que c'est déjà décidé, tout le monde a l'impression de se faire avoir et de perdre son temps. C'est un équilibre difficile à tenir.** Il ne faut pas que la ministre donne de l'impression de faire du théâtre. » (entretien, fonctionnaire)

L'absence de retours sur les arbitrages

En plus de la question de la temporalité, le manque de retours sur les arbitrages est une thématique qui est apparue régulièrement lors des entretiens. En effet, certains acteurs ont exprimé le besoin de comprendre sur quelle base certaines décisions avaient été arrêtées.

« [...] Là où est un peu moins satisfaits alors il y a pas tout ce qu'on avait pu soulever évidemment, **il y a toujours des arbitrages mais on sait pas comment ils sont faits**, pour moi une des difficultés extrêmement importante. » (entretien, association d'usagers du système de santé)

« Oui c'est-à-dire qu'en fait on est, on peut avoir l'impression, on peut avoir l'impression, d'être dans des couloirs de nage et qu'en fait tout ça sert plutôt à remplir des cases d'une soi disant gouvernance qui doit fonctionner de telle et telle façon, et les modes, mais je dis pas hein c'est compliqué, les modes délibératoires de *in fine*, **pourquoi la stratégie nationale s'est construite sur tel et tel axe et sur quoi elle a dû délibérer et trancher, bah en tant que citoyen ou en tant qu'acteur de la politique publique, moi je les ai pas ces éléments-là.** J'ai, j'apporte ma contribution, j'apporte ma contribution en tant que telle, des territoires au niveau national, je suis un acteur de la démocratie sanitaire, je fais passer par la démocratie sanitaire qui elle-même émet un avis, et ensuite nous avons le document final. Entre les deux, les espaces d'arbitrages pour dire pourquoi cette

décision a été prise plutôt qu'une autre, nous ne les avons pas. » (entretien, association d'usagers du système de santé)

De manière générale, cette absence de retours sur arbitrages peut générer chez les acteurs de la démocratie en santé une impression d'opacité et d'absence de dialogue de la part des pouvoirs publics.

« Et puis bah voilà donc on va cocher la case CNS qui fait ses petits avis, qui chaque année renvoie ses petits avis etc., etc. **Mais voilà d'un point de vue concret, est-ce que la ministre ou un représentant politique reprend dans ses discours le fait que cette décision a été éclairée par un avis rendu par la conférence nationale de santé qui est l'instance de démocratie en santé, que ces éléments ont été extrêmement portants, que au moins une fois par an, il vient s'exprimer devant la CNS, pour dire quels seront les enjeux, bon bah ça euh, ça n'existe pas !** »

« Oui, c'est-à-dire qu'il y a des choses encore une fois qui, on peut pas dire qu'on ne s'appuie pas sur les contributions mais c'est vrai que je trouve que, sur cette gouvernance de la place de la, des corps intermédiaires ou de la société civile ou des personnes qui contribuent en fait, au système de santé, c'est pas toujours visible et lisible, la façon dont les arbitrages sont pris ou dont les décisions sont prises ou coélaborées. » (entretien, association d'usagers du système de santé)

« [...] Ce n'est pas propre à la SNS mais **les enquêtés aimeraient avoir plus systématiquement des retours sur ce qui a été pris en compte dans leur avis.** » (compte rendu d'entretien, membres d'une instance de représentation de la démocratie en santé)

« La deuxième chose c'est ce que je voulais vous dire tout à l'heure, **c'est extrêmement frustrant parce qu'on ne sait pas comment se font les arbitrages. Et que du coup, à un moment donné c'est un peu, c'est un peu épuisant, que de toujours fournir toujours fournir, et de jamais savoir pourquoi ça a été choisi,** que derrière ça ils [?] dans ça manque extrêmement de retours, euh voilà. Et c'est vrai pour la CNS et c'est vrai pour le [...], on fait des avis et on n'a jamais de retours dessus, jamais. Et on sait pas comment ça a été reçu, pourquoi ça a été reçu et quel dialogue on peut avoir après et c'est pareil on a les même soucis en CRSA, et avec la mesure du Ségur où on essayait de donner plus de force aux CRSA, une des demandes c'était ça, c'était d'avoir un retour motivé. [...] Et du coup on remonte à la charge, sur les mêmes choses tout le temps [...]. » (entretien, association d'usagers du système de santé)

Nous pouvons toutefois noter que dans le cadre de l'avis de la CNS, la ministre a adressé une lettre détaillant les changements effectués, mais ne contenant pas de justification sur les arbitrages. Enfin, si cette problématique a été soulignée dans le cadre de la SNS, les acteurs qui l'évoquent sont plutôt rares, cette problématique étant davantage associée une critique générale du fonctionnement de la démocratie en santé en France. Cela peut sans doute s'expliquer par le fait que les arbitrages, essentiellement thématiques (et non réglementaires ou budgétaires) n'ont pas généré de tensions particulières dans le cadre de la formulation de la SNS.

Certains pays ont choisi d'imposer des règles en matière de retours sur arbitrages. Ainsi, au Québec, la prise en compte des conclusions de la commission consultative « Forum de consultation » (qui est composée entre autres de citoyens) doit faire l'objet d'une réponse de la part du commissaire à la santé dans un délai contraint (Bousquet, Ghadi, 2017 : 121).

2. Malgré tout, un avis globalement positif sur la SNS qui semble correspondre aux attentes des représentants des usagers

Malgré un niveau d'insatisfaction relativement élevé vis-à-vis du processus de consultation de la SNS, les représentants des usagers semblent de manière générale plutôt satisfaits du contenu final de la stratégie, bien que certaines critiques persistent. Ainsi, certains auraient souhaité que la SNS aille plus loin sur certains sujets, ou qu'elle adopte une posture plus « stratégique » (voir par exemple l'analyse d'impact du rapport d'évaluation). De manière générale, la principale critique ne concerne pas son contenu mais l'absence de mise en œuvre.³² Cette problématique, qui apparaît de manière très nette dans l'analyse d'impacts de la SNS, est cependant assez éloignée de la question de l'efficacité du processus de consultation, qui visait davantage à alimenter le contenu de la SNS et non sa mise en œuvre.

Les références positives au contenu de la SNS sont par ailleurs très nombreuses. En premier lieu, l'avis rendu par la CNS souligne de nombreux points positifs, tant au niveau de la forme prise par cet instrument de politique publique que de son contenu. Au niveau de la forme, la CNS salue ainsi la volonté d'établir des « objectifs pluriannuels » (p. 5), et valide le format « clair » et « structuré » (p. 5) de la stratégie. L'avis exprime un net soutien, et ce, à plusieurs reprises, à l'inclusion d'un volet spécifique « Enfants, adolescents, jeunes », et à l'attention portée aux actions à effectuer sur un plan interministériel.³³ La CNS salue également une volonté de réorienter le système de santé vers la promotion de la santé et la prévention, ainsi que l'objectif d'évaluation annuelle et d'évaluation pluriannuelle. En termes d'orientation, la CNS affirme son accord avec les orientations de la SNS qui visent à établir un système de santé « plus solidaire, plus inclusif au travers de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé » (p. 5). Elle souligne enfin la prise en compte des « réalités territoriales » (p. 5), qui permet aux acteurs d'adapter la SNS aux conditions régionales et locales.

Lors de l'enquête menée auprès des représentants des usagers, plusieurs acteurs ont également témoigné de leur satisfaction, à la fois envers le format et le contenu de la SNS. Au regard du format, certains soulignent la progression par rapport à d'autres stratégies antérieures, ainsi que la présence d'un « réel effort de conception stratégique ».³⁴ Ensuite, en termes de contenu, la SNS semble remporter l'adhésion de nombreux enquêtés :

« Ce qui explique peut-être notre discours très "pro-SNS", c'est que c'est un document **très complet**, y compris vis-à-vis de la position des usagers, renforce le cadre multilatéral des débats. [Notre organisation] y est sensible car démarche globale et "multipoints de vue". Y compris au regard des inégalités de santé. » (compte rendu d'entretien, membres d'une instance de représentation de la démocratie en santé)

« Très franchement quand on lit les documents de la stratégie nationale de santé et de [...] je suis pas sûre que j'en écrirais, enfin moi [l'association], enfin voilà, je suis pas sûre qu'on en écrirait quelque chose de foncièrement différent, il est pas, ce document il parle d'inégalités sociales de santé, enfin je veux dire, là je l'ai pas en tête très précisément mais c'est un document qui me semble pas euh, caduque, qui me semble pas scientifiquement du point de vue de ce qu'on sait des enjeux de santé publique à côté de la plaque. [...] »

³² Les résultats sont ainsi congruents avec ceux de l'analyse d'impact de la SNS.

³³ L'approche interministérielle sera par la suite solidifiée lors de la concrétisation de l'axe 1 de la SNS par un comité interministériel de la santé dans le plan national de santé publique. Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/comite-interministeriel-de-la-sante-presentation-des-25-mesures-phares-de-la>

³⁴ Sources : entretien, association d'usagers du système de santé ; compte rendu d'entretien, membres d'une instance de représentation de la démocratie en santé.

« [...] Il [le document de la SNS] est, il est **juste, il est consensuel il dit pas de bêtise, il pointe les vrais problèmes** et nous dans notre plaidoyer quotidien bien sûr qu'on l'utilise [...]. » (entretien, association d'usagers du système de santé)

« [...] Et en réalité **ça leur allait plutôt bien** à [l'association] sur le papier, la manière dont c'était formulé, c'était pas inintéressant. » (compte rendu d'entretien, association d'usagers du système de santé)

« Moi je pense que si on avait suivi la stratégie nationale de santé qui a été aussi caractérisée [...], bien sûr qu'il y a toujours des points qu'on peut améliorer, mais globalement, je peux vous dire que si déjà on avait mis en œuvre, ce à quoi on s'était engagé dans cette stratégie nationale, ce serait très, très bien vous voyez [...]. » (entretien, association d'usagers du système de santé)

« Mais **c'est bien que cela existe.** » (compte rendu d'entretien, association d'usagers du système de santé)

« Ce qui est sorti de la consultation et de la construction de cette, de tous ces travaux sur le terrain c'était comment dire. **C'était intéressant** dirons-nous [...]. la stratégie nationale de santé bon ça a été ressenti comme des... Comme des grandes idées, des grandes constructions, **satisfaisantes sur le plan intellectuel** [...]. » (compte rendu d'entretien, association d'usagers du système de santé)

Ces retours plutôt positifs vis-à-vis du contenu de la SNS montrent qu'a priori, les revendications des représentants des usagers ont été prises en compte et ont été correctement intégrées au document final, malgré un processus de consultation qui présentait, selon eux, de nombreux défauts. Comment expliquer cet apparent paradoxe ?

3. De la consultation à la structuration du contenu de la SNS : comment expliquer les niveaux de satisfaction différenciés des représentants des usagers ?

Durant l'enquête, nous nous sommes intéressés à la manière dont les différentes contributions avaient été intégrées dans la rédaction de la SNS, qui était, comme nous l'avons vu (voir section B. Principaux résultats, la problématique de la temporalité), déjà très structurée au moment des consultations. L'analyse de l'intégration des résultats des consultations s'est avérée difficile à analyser aux premiers abords. Le premier obstacle était sans aucun doute la multiplication des sources de consultation (voir section A. Méthode, aperçu général des dispositifs de consultation) : les rédacteurs de la SNS se sont trouvés face à une multitude d'informations de nature très différente dans lesquelles il a fallu faire le tri. Ensuite, en France, les contributions écrites des représentants des usagers auxquelles nous avons eu accès nous ont souvent semblé quelque peu en décalage avec le document de la SNS. En effet, nombre d'entre elles étaient très précises et « opérationnelles » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire) ou « pratiques » (entretien, association d'usagers du système de santé), et comportaient des éléments nécessitant des arbitrages budgétaires ou réglementaires qui ne pouvaient pas être formulés dans le cadre de la SNS.

« Tout le monde faisait des contributions **opérationnelles**, les acteurs faisaient une version synthétique des principales recommandations/revendications qu'ils avaient. C'était intéressant, il y avait des idées, mais **la SNS n'avait pas vocation à inclure ces contributions opérationnelles.** » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire)

De manière générale, nous avons pu observer que les contributions ressemblaient souvent au programme global d'une association. Les acteurs que nous avons interrogés soulignent ainsi que leur contribution à la SNS a parfois été l'occasion de rassembler différents plaidoyers dans un document plus général. Si un tel document « global » existait déjà, il a souvent été réutilisé et mis à jour dans le cadre de la SNS.

Ensuite, l'analyse de l'apport du processus de consultation à la formulation du contenu de la SNS montre que les contributions (écrites ou orales dans le cadre des réunions de concertation) n'ont pas résulté en des modifications majeures du document initial.

« Donc arrivé à ce stade au mois de novembre, on voyait bien que c'était compliqué [?] et en pratique, et bien **tout ce qui ne changeait pas l'esprit ou la structure en fait de ce qui avait été déjà écrit a pu être intégré**, tout ce qui nécessitait de revoir la structure ou de changer de point de vue par rapport à [?] ou d'ouvrir des chantiers, **ça c'est ça qui était compliqué qui était problématique c'était d'ouvrir des chantiers qui éventuellement n'auraient pas été ouverts**, là je, là on demandait arbitrage du cabinet [?] » (entretien, fonctionnaire)

« Au final il y a eu quelques modifications mais **rien de très structurel**. » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire)

Question : l'enquêté a-t-il souvenir de choses importantes défendues par [l'association] qui auraient été prises en compte suite à la concertation ?

Réponse : il ne sait plus, **ils n'ont pas beaucoup bougé leur document de départ**, il ne se souvient pas être sorti de la réunion avec un sentiment de victoire. (compte rendu d'entretien, association d'utilisateurs du système de santé)

Un constat similaire peut être dressé au regard de la consultation publique. Cette consultation, mise en ligne du 6 au 25 novembre 2017, a recolté 4 913 réponses.³⁵ Celles-ci sont alors perçues comme une « masse » importante de données à traiter pour l'équipe de rédaction de la SNS, qui confie cette tâche à une entreprise de sondages (compte rendu d'entretien, fonctionnaire). Il apparaît que la consultation publique apporte peu de nouveaux éléments à la construction de la SNS. En effet, un document issu d'une correspondance interne indique que « 90 % des éléments [...] étaient soit déjà dans la SNS, soit contraires aux orientations ministérielles, soit trop opérationnels, soit peu clairs voire peu logiques... » Les réponses aux questions ouvertes, notamment celles qui adoptaient un ton critique envers la SNS, ont toutefois été parcourues afin d'en « sortir les idées originales » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire).

« [...] Il y avait des choses hétéroclites. » L'enquêtée se souvient de revendications par rapport aux médecines naturelles, aux médecines douces, à la reconnaissance de l'ostéopathie... (compte rendu d'entretien, fonctionnaire)

Certaines ont été soumises à l'arbitrage de la ministre, mais la plupart ont été « retoquées ».

« La médecine naturelle, alternative cela avait été écarté, il y a eu de petites choses mais **cela n'a pas changé le document de façon structurante**. » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire)

Par ailleurs, malgré le nombre important de réponses au sondage, deux éléments ont contribué à minimiser la potentielle contribution de la consultation publique à la SNS. Tout d'abord, l'équipe de rédaction de la SNS n'a pas trouvé le travail du prestataire satisfaisant.

³⁵ OpinionWay (2017). *Consultation stratégie nationale de santé*. Sondage OpinionWay pour les ministères sociaux. Paris : OpinionWay.

Ensuite, le sondage a été perçu, tant en interne qu'en externe par certains représentants des usagers, comme comportant des problèmes de représentativité. Il y avait, d'une part, l'idée que la majorité des répondants au sondage étaient des acteurs déjà particulièrement investis dans la formulation des politiques de santé, et non le citoyen ordinaire, ce qui aurait constitué un « biais » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire ; entretien, association d'usagers du système de santé ; compte rendu d'entretiens, membres d'une instance de représentation de la démocratie en santé). D'autre part, le choix du questionnaire en ligne a semblé poser problème : « Quel poids donner à un commentaire en ligne, par rapport à l'avis d'une association constituée ? » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire). Le fait que la consultation publique ait soulevé ce type d'interrogations montre que le design du dispositif n'était pas adapté aux attentes. Si la temporalité très contrainte de la rédaction de la SNS constitue sans doute une explication à ce phénomène, de telles pratiques peuvent amener certains acteurs à douter des intentions politiques en matière de consultation :

« On n'est pas "phobiques" des consultations. Mais l'objectif doit vraiment être de recueillir l'avis de la population. Dans le cas de la SNS, cela n'a pas vraiment été un sondage car il n'y a pas eu d'échantillonnage. En plus les questions étaient fermées. »

L'enquêté pose la question : « Est-ce vraiment une consultation ? »

Cela interroge selon l'enquêté sur la capacité et la volonté des pouvoirs publics de consulter. « Ou est-ce que cela sert seulement à dire qu'ils l'ont fait, qu'ils ont mis en ligne, que 5 000 personnes ont répondu et voilà. »

Pour l'enquêté, la consultation publique marche mieux au niveau local. « Ce qui a été fait dans le cadre de la SNS n'a pas été très "universel", ceux qui participent sont toujours les plus mobilisés, les plus éduqués, les plus militants mais peu d'intérêt qualitatif », pour l'enquêté. »

Le second enquêté ajoute : « C'est une question de méthode dans ce qui a été fait et cela provoque des interrogations sur la volonté qui était derrière. » (compte rendu d'entretiens, membres d'une instance de représentation de la démocratie en santé)

« [...] J'ai aussi informé nos adhérents de la possibilité de contribuer en ligne sur la consultation mais c'est rarement accessible et adapté finalement, c'est peut-être une des choses dont on pourra reparler **sur la manière dont on fait de la concertation sans en faire, de la consultation citoyenne sans réellement en faire en fait finalement.** » (entretien, association d'usagers du système de santé)

Concernant l'avis de la CNS enfin, il semble que celui-ci ait principalement servi à alimenter la partie sur la démocratie sanitaire, qui avait par ailleurs été considérée lors du processus de formulation comme « maigre » (entretien, fonctionnaire). Ainsi, suite à l'avis de la CNS, trois références à la « démocratie en santé » ont été rajoutées dans le document final (on passe ainsi de deux à cinq occurrences de ce concept dans la SNS). Ensuite, les actions listées dans la partie Réaffirmer le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et les associer à la gouvernance du système de santé semblent avoir été étoffées entre la version envoyée pour avis à la CNS et la version finale. La nécessité de l'implication des usagers y est davantage soulignée, de même que l'importance du rôle des instances de démocratie sanitaire. Concernant le texte d'introduction de cette thématique, on note quelques changements de vocabulaire (le concept de « démocratie sanitaire » a été remplacé par celui de « démocratie en santé »). La phrase d'accroche contient dans la seconde version une référence à la CNS et aux CRSA. Enfin, dix occurrences du mot « citoyen » semblent avoir

été remplacées par « usagers », la CNS jugeant ce terme plus inclusif pour les personnes ne disposant pas de la citoyenneté.

En dehors de quelques changements mineurs (souvent liés au vocabulaire), les modifications apportées à la SNS suite à l'avis de la CNS se sont donc principalement concentrées dans la partie dédiée à la démocratie en santé, en dépit du fait que certaines recommandations portaient sur le système de santé dans sa globalité.³⁶

« [...] En tout cas j'ai rebalayé l'avis de la CNS et je me suis dit bah oui non enfin c'est clair qu'il y a eu des propositions qui étaient quand même assez structurantes et qui n'ont pas été prises en compte. » (entretien, fonctionnaire)

Aux dires des rédacteurs de la stratégie, il semblerait donc que les différents processus de consultation n'aient pas entraîné de transformations majeures de la SNS (pas de modification de sa structure, par exemple). Néanmoins, ces processus de consultation ont contribué à alimenter la SNS *via* un mode d'intégration des contributions bien spécifique. En effet, les modifications liées aux processus de consultation ont consisté en l'ajout de thématiques, la stratégie ayant alors pour vocation de couvrir le plus de champs possibles (« intégration thématique »). Pour certains acteurs, cette façon de fonctionner a conduit à faire de la SNS une « liste à la Prévert » (comptes rendus d'entretiens, fonctionnaire ; association d'usagers du système de santé).

« Tout le monde avait "sa petite phrase", chacun devait voir que son sujet avait été vu. [...] La consigne était de faire apparaître que c'était dans le viseur et qu'on n'avait pas oublié. » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire)

Ce principe d'intégration thématique semble avoir bien fonctionné, d'autant que plusieurs représentants des usagers affirment avoir été entendus dans leurs revendications.

« [...] Du coup pour moi, l'idée en effet c'était que le terme [...] soit dedans en fait c'était juste ça mon ambition au milieu de tout, ça **c'était plutôt réussi.** » (entretien, association d'usagers du système de santé)

« – Et parce que oui ce qui est dit dans la SNS [...], etc. vous c'est des choses effectivement qui vous conviennent...

– **Oui qui nous conviennent**, auxquelles on a pas mal contribué en fait. » (entretien, association d'usagers du système de santé)

« Tout dans l'avis n'a pas été repris mais cela a été le cas pour un certain nombre de points. Pour l'enquête il y a une lecture assez positive sur ce sujet. » **L'enquête note qu'il y a bien eu des « inflexions » suite à l'avis** quand les deux textes étaient comparés, notamment sur le fait que le terme [...] ait été remplacé par le terme [...]. » (compte rendu d'entretien, membres d'une instance de représentation de la démocratie en santé)

« [...] J'ai un peu ce souvenir-là, être sortie de réunion en me disant bah **effectivement elle avait quand même entendu ça et elle avait fait un retour vers nous**, alors après il y a des éléments qu'il faudrait vérifier auprès de [autre association], et euh... » (entretien, association d'usagers du système de santé)

³⁶ Une piste d'explication de ce phénomène pourrait être la tendance à la « compartimentation » des sujets de démocratie sanitaire. Le problème de la compartimentation a en effet été évoqué par certains enquêtés, qui déplorent le fait que les consultations des usagers soient parfois réalisées à part, sans les autres parties prenantes, et portent essentiellement sur des questions « usagers » et non sur l'ensemble des problématiques du système de santé. Ainsi, dans le cadre de la formulation de la SNS, il est possible que la CNS ait été pensée comme l'interlocuteur approprié principalement concernant le sujet de la démocratie sanitaire, et non concernant l'ensemble des sujets du système de santé.

Ce type d'intégration thématique a été rendu possible par le choix politique réalisé dans le cadre de la SNS. En effet, il a été décidé que cette stratégie ne serait pas un court document faisant état d'une liste restreinte de priorités, mais plutôt un document couvrant le plus de thématiques possibles du système de santé. Ce format a ainsi permis d'intégrer un grand nombre de priorités différentes dans la version finale du document. Au-delà de l'intégration thématique, d'autres pistes explicatives peuvent être envisagées pour comprendre le niveau de satisfaction relativement élevé des représentants des usagers malgré un processus de consultation jugé peu performant. On peut par exemple supposer qu'à un niveau très général, la plupart des acteurs s'accordent sur les grandes priorités du système de santé, et que c'est ensuite au moment de l'opérationnalisation des mesures que ce consensus est susceptible d'être mis à mal et de générer des tensions.

« [...] On a des gens dont **en général on est d'accord sur les objectifs**, on a des gens qui pensent que oui il y a beaucoup d'inégalités de santé en France, oui on a un problème d'offre de santé sur le territoire, donc il y a une grande frustration entre la convergence des, des diagnostics, qui peut être très partagée entre acteurs de terrain, associations des usagers et interlocuteurs. [...] Ce qui nous fait pour revenir à votre sujet de la SNS ce qui nous fait souvent **des temps de discussion d'élaboration que moi je trouve toujours intéressants, et où j'ai l'impression qu'on arrive à se faire entendre.** » (entretien, association d'usagers du système de santé)

Enfin, il apparaît que pour contribuer à la SNS les associations se sont appuyées sur leur plaidoyer habituel (voir ci-dessus), ce qui pourrait expliquer que les contenus aient déjà été connus et anticipés du côté de l'administration.

C. Conclusion : un usage essentiellement informationnel de la démocratie en santé dans la formulation de la SNS

La mise en place de processus de démocratie en santé et leurs effets sur la politique publique (en l'occurrence, sur la rédaction de la SNS) révèle des dynamiques complexes. La littérature scientifique sur ce sujet, et notamment sur l'utilisation des Eurobaromètres³⁷ dans la formulation des politiques européennes, donne des pistes d'analyse intéressantes pour qualifier plus précisément les usages de la démocratie en santé dans le cadre de la formulation de la SNS. Ainsi, Céline Belot et Sophie Jacquot (Belot, Jacquot, 2020) distinguent plusieurs types d'usages de l'opinion publique dans la formulation des politiques publiques. En premier lieu, elles indiquent que les Eurobaromètres peuvent être mobilisés pour produire de l'information et alimenter le processus de formulation de la politique publique. Un autre usage est celui de la légitimation, notamment en interne : le fait qu'une mesure soit congruente avec les résultats d'un Eurobaromètre peut ainsi servir à appuyer l'argumentation en faveur d'une initiative spécifique. Sophie Jacquot et Céline Belot identifient ensuite deux autres types d'usages. Le premier, qu'elles qualifient de « procédural », sert surtout à montrer que les intérêts de citoyens ont été pris en compte, sans qu'il y ait nécessairement un impact important sur le contenu de la politique publique. Enfin, ces chercheuses indiquent que les Eurobaromètres peuvent également être utilisés pour évaluer l'impact des mesures européennes.

Dans le cas de la SNS, cette typologie peut être légèrement modifiée. En premier lieu, cette recherche ne prend pas en compte l'aspect évaluatif des politiques publiques, il est donc exclu qu'un tel type d'usage puisse être observé. Ensuite, dans le cas de la SNS, la prise en compte

³⁷ Les Eurobaromètres sont un ensemble d'enquêtes d'opinion publique réalisées au niveau de l'Union européenne et des États membres.

des intérêts des citoyens n'a pas seulement reposé sur des sondages (comme dans le cas des Eurobaromètres), mais a également inclus des échanges directs (réunions) et indirects (contributions écrites) avec les parties-prenantes. Ce mode de consultation est ainsi susceptible de donner lieu à un processus de « coconstruction », dans lequel les parties prenantes sont étroitement associées et participent à la stabilisation d'un compromis autour de la politique publique. Au vu des dispositifs de consultation présents dans le cas de la SNS, nous distinguons ainsi trois types d'usages potentiels de la démocratie en santé :

- **coconstruction** : association étroite des parties prenantes qui participent à la création d'un compromis autour d'une politique publique et alimentent son contenu de manière structurante ;
- **information** : les dispositifs de démocratie sanitaire permettent de fournir des « données d'entrée » aux décideurs politiques ;
- **légitimation** : les dispositifs n'alimentent pas forcément le processus décisionnel en termes de contenu, mais davantage en termes de légitimation (usage de légitimation d'une mesure en interne [auprès des autres personnes en charge de la rédaction de la stratégie] ou en externe [« usage procédural »]). La littérature sur la démocratie en santé fait abondamment état de ce type d'usage (Bousquet, Ghadi, 2017; Pierru, 2007; Lascoumes, 2007; Yishai, 2012).

Quels usages de la démocratie en santé ont *in fine* été réalisés lors de la formulation de la SNS ? En premier lieu, nous pouvons noter que la contrainte temporelle très forte et le timing des consultations n'ont pas réellement laissé de place à la coconstruction, qui nécessite la réalisation d'échanges répétés sur un temps relativement long.

Par contraste, le processus de consultation semble bien avoir rempli sa fonction « informationnelle ». C'était par exemple précisément la vocation des réunions de concertation, durant lesquelles les pouvoirs publics souhaitaient recueillir les attentes des parties prenantes, et éventuellement « tester » quelques propositions de la ministre. Par ailleurs, les contributions écrites et les résultats de la consultation publique ont bien été analysés par les personnes en charge de la rédaction de la stratégie :

« On a passé au crible toutes les propositions. » « On a tout *screené*. » (entretien, fonctionnaire) « Avec l'équipe ils ont essayé de reprendre un peu tout ça [les résultats de la consultation en ligne] et d'en sortir des idées originales. » (entretien, fonctionnaire)

Il est probable que ce type d'usage soit mieux accepté par les acteurs de la démocratie en santé lorsqu'il est accompagné d'un retour clair sur les arbitrages qui ont été réalisés. Autrement, les représentants des usagers peuvent avoir le sentiment d'être uniquement des « pourvoyeurs d'expertise » (entretien, association d'usagers du système de santé) dans une relation à sens unique avec les pouvoirs publics.

Un autre usage de la démocratie en santé que l'on peut observer dans le cas de la formulation de la SNS est sans aucun doute celui de la légitimation, en particulier « externe » ou procédurale. En effet, il semblerait que le processus de consultation ait été vécu comme un passage obligatoire, certes légal³⁸ mais également politique. La ministre de la Santé, alors au

³⁸ L'article L. 1411-1-1 de la loi de modernisation de notre système de santé (2016) stipule ainsi que « Préalablement à son adoption ou à sa révision, le Gouvernement procède à une consultation publique sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé. »

début de son mandat, semblait ainsi tenir à rassembler les différentes parties-prenantes du système de santé et les citoyens autour d'un projet politique :

« [...] C'est sûr qu'elle a dû communiquer très tôt elle a dit je vais lancer une stratégie nationale de santé et [?] qui fera ci qui fera ça, et [insiste], je tiens, elle avait insisté sur le fait qu'elle tenait à associer les différents partenaires et la population et donc c'est là qu'elle a annoncé publiquement le fait qu'elle ferait une consultation, donc du coup on devait la faire [...]. » (entretien, fonctionnaire)

L'objectif de la consultation est alors d'assurer la légitimation d'une politique, *via* la participation des acteurs à son processus de formulation. Cet usage de légitimation externe a été perçu à la fois par les acteurs internes au ministère et par certains représentants des usagers :

Acteurs internes au ministère

« Mais c'est à ça que ça sert en fait de faire des concertations [rire] et consultations, c'est aussi à entre guillemets calmer un peu les vellétés revendicatrices des personnes qui trouveraient à y redire, malheureusement quoi, en effet c'est malheureux à dire mais c'est vrai. »

« Je pense qu'ils [les processus de consultation] étaient nécessaires, indispensables, on pouvait pas s'en passer, pour diverses raisons, d'abord sur des textes type sensibles politiquement on est toujours obligés en fait de prendre des précautions, ou en tout cas de montrer que, de montrer qu'on prend des précautions. Après le résultat, bah si voilà sur le processus, moi je trouve que c'est important donc ça c'était une bonne chose. C'était une bonne chose de l'avoir faite, et ça a été plutôt bien mené dans le processus. Après sur le... le résultat ou en tout cas les conséquences de ce processus hum... Je pense qu'on peut être un peu mitigé quand même voilà, ça été quand même beaucoup, beaucoup de travail pour un résultat probablement, je suppose que les personnes qui ont été concertées doivent trouver ça décevant. » (entretien, fonctionnaire)

« Là on a vraiment suivi ce qui était prévu dans le décret ou la loi de 2016, la concertation ou la consultation étaient obligatoires, la marge de manœuvre était sur la façon de faire, on était assez serrés dans les délais mais oui l'objet était vraiment de suivre les exigences fixées par la loi. Après politiquement il y avait une volonté de montrer qu'il y avait cette concertation et d'essayer de susciter cette adhésion, surtout en début de mandat. [...] Ce côté passage obligé coïncidait avec début du mandat, donc c'était aussi une volonté affichée de concerter. » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire)

Représentants des usagers

« Donc j'ai un peu un souvenir moi je, alors je suis désolée mes souvenirs sont un peu, vagues, mais le souvenir que j'ai donc du coup c'est un processus très, une sollicitation un peu dans l'urgence, qui aurait pu dire pour certains on n'a oublié de consulter les associations donc il faut absolument qu'on fasse une réunion autour de la table pour penser à les intégrer, sinon elles vont nous taper dessus. » (entretien, association d'usagers du système de santé)

« On n'est pas "phobiques" des consultations. Mais l'objectif doit vraiment être de recueillir l'avis de la population. Dans le cas de la SNS, cela n'a pas vraiment été un sondage car il n'y a pas eu d'échantillonnage. En plus les questions étaient fermées, l'enquête pose la question : est-ce vraiment une consultation ? Cela interroge selon l'enquête sur la capacité et la volonté des pouvoirs publics de consulter. Ou est-ce que cela sert seulement à dire qu'ils l'ont fait, qu'ils ont mis en ligne, que 5 000 personnes ont répondu et voilà. » (compte rendu d'entretiens, membres d'une instance de représentation de la démocratie en santé)

De toute évidence, un usage de légitimation essentiellement procédural et réalisé dans l'urgence tend à provoquer le scepticisme des acteurs impliqués, qui n'y voient parfois qu'un « affichage politique » :

« [...] Et ça veut bien dire et ça c'est je pense un gros [?] à la fois la stratégie nationale de santé mais que ça pas été, c'était quand même pas non plus son point principal, même s'ils l'ont affiché, mais on voit bien qu'il y a un affichage politique qui est assez fort, il y a le fait que on peut s'enorgueillir de dire voilà on a mis des représentants des usagers à tel endroit, tel endroit, tel endroit. »

« Ben, par exemple quand on a une sollicitation des pouvoirs publics qui travaillent sur un sujet depuis plusieurs semaines et qui nous donnent une semaine pour répondre à ces sollicitations-là pour moi c'est, c'est de l'affichage. »

« [...] Et donc c'est de pas les opposer, parce que des fois on sent hein, des fois on a tendance à, et bah voilà j'ai consulté, j'ai fait une conférence citoyenne j'ai pris au hasard 20 personnes ils ont fait leur truc voilà donc on les a consultés et puis voilà le rapport merci et puis maintenant on va parler entre gens sérieux. » (entretien, association d'usagers du système de santé)

« On peut pas donner un *satisfecit* en méthode de concertation. Ils travaillent sur la loi Bachelot quand il est arrivé, c'était pas mieux en termes de concertation, moins de communication autour du processus peut-être, plus de discussions directes avec le cabinet, plus sur de l'informel. Sur 2017 peut-être quelques échanges par ailleurs avec le cabinet mais il y a cet emballage, le temps est passé, la notion de démocratie participative est montée en flèche, c'est quand même un peu marketing. » (compte rendu d'entretien, association d'usagers du système de santé)

« Oui c'est-à-dire qu'en fait on est, on peut avoir l'impression, on peut avoir l'impression, d'être dans des couloirs de nage et qu'en fait tout ça sert plutôt à remplir des cases d'une soi-disant gouvernance qui doit fonctionner de telle et telle façon. » (entretien, association d'usagers du système de santé)

On observe ainsi que si les processus de consultation semblent avoir adéquatement rempli leur fonction « informationnelle » dans le cadre de la SNS, la recherche de légitimation procédurale a toutefois été un échec. À terme, ce mode de fonctionnement est susceptible d'affecter la confiance des acteurs de la démocratie en santé dans les initiatives des pouvoirs publics.

Axe 2. Les inégalités de santé dans la SNS 2018-2022

Le second axe de cette recherche vise à aborder la question du traitement des inégalités de santé dans la SNS et dans les stratégies nationales de santé suisse et portugaise. Plusieurs questions ont guidé l'analyse : dans quelle mesure la thématique des inégalités de santé est-elle présente dans ces stratégies ? Est-elle répartie de manière homogène dans tout le document ? Est-elle associée à des instruments précis ou est-elle plutôt abordée en termes génériques ? Comment expliquer les éventuelles différences entre les trois pays ? Pour répondre à ces questions, les stratégies des trois pays ont été analysées, et nous avons mené des entretiens avec des acteurs ayant participé à la formulation des stratégies et/ou des spécialistes de la question des inégalités de santé (voir section méthodologique). Les résultats ont permis d'éclairer les conditions de la mise sur agenda de cette thématique, mais également d'identifier plusieurs facteurs responsables de difficultés dans la traduction de cette problématique en instruments concrets de politique publique.

A. Méthode

La méthode utilisée repose sur un dispositif qualitatif et comparatif. Cette section traite ainsi de la sélection des cas, des matériaux utilisés pour l'analyse (documents et entretiens semi-directifs) et des grilles d'analyse mobilisées pendant la recherche (hypothèses et outils d'analyse).

1. Sélection des cas

La sélection des cas pour la comparaison (Suisse et Portugal) a principalement été réalisée au regard de la problématique du premier axe de la recherche (voir Axe 1 « La démocratie en santé dans la formulation de la SNS »). La Suisse et le Portugal constituent néanmoins des cas intéressants pour cette partie de l'étude, au sens où ils présentent une grande diversité, notamment au regard de leur système de santé. La France et le Portugal disposent ainsi de systèmes de santé reposant sur l'idée d'accès universel aux soins, bien que le système français soit davantage d'inspiration bismarckienne. La Suisse présente encore un cas différent, puisque son système d'assurance en santé, bien qu'obligatoire, est basé sur la contribution privée et individuelle. Ensuite, ces trois pays démontrent des niveaux différenciés de centralisation et de décentralisation : alors qu'en France et au Portugal les politiques de santé sont gérées à un niveau plutôt centralisé, les compétences en matière de santé reviennent principalement aux cantons suisses. Malgré ces différences, ces pays présentent plusieurs similarités : tous trois sont confrontés à l'existence d'inégalités sociales et territoriales de santé,³⁹ et ont parmi leurs axes une partie dédiée à la réduction des inégalités dans l'accès aux soins, qui prend cependant des formes différentes selon les cas. Cette configuration (grande diversité des cas et similarité au regard de la thématique d'intérêt) constitue une base intéressante pour identifier certains facteurs explicatifs communs aux cas analysés (« méthode des cas les plus différents », Blatter, Haverland, 2012).

2. Matériaux mobilisés et grilles d'analyse

La méthode repose sur le recueil et l'analyse de deux types de données complémentaires : les documents de politique publique et les entretiens semi-directifs. L'analyse documentaire consiste principalement (mais pas exclusivement) en l'étude des documents constitutifs des stratégies nationales de santé. Les données issues de ces matériaux sont principalement mobilisées pour « dresser le constat » : comment parle-t-on d'inégalités de santé dans les

³⁹ Voir par exemple les données comparatives fournies sur : <https://health-inequalities.eu/>

stratégies nationales de santé française, portugaise et suisse ? Pour analyser cette dimension, nous avons d'abord repéré les occurrences du mot « inégalités » (ou « égalité » ou « équité » selon les terminologies utilisées). Cette recherche lexicale, effectuée grâce au moteur de recherche d'Adobe Reader, a permis dans un premier temps de donner une vue d'ensemble de la présence de la thématique dans les stratégies. Nous avons ensuite lu les stratégies et codé les références au concept d'inégalités (ou égalité ou équité) et les références à des groupes sociaux ou territoires particuliers dans un tableau récapitulatif pour chaque stratégie. Nous avons également extrait les passages qui traitaient de ces deux thématiques, passages que l'on peut retrouver dans différents encadrés dans le texte. Ce codage a été complété d'un autre codage permettant de noter si un type d'acteur était indiqué comme étant en charge de la mesure de réduction des inégalités.

Ces différentes opérations avaient pour objectif d'évaluer la quantité de références au concept d'inégalités, mais également la répartition de ces références au sein des stratégies ainsi que leur niveau de précision. Nous avons ainsi pu réaliser une cartographie des références aux inégalités dans les stratégies, afin d'observer si cette thématique était traitée de manière homogène dans les différents axes. L'analyse des extraits des passages traitant d'inégalités a ensuite permis de détailler les différentes caractéristiques des références aux inégalités (thématiques abordées, spécificité de l'objectif, etc.). Dans cette partie, nous avons prêté une attention particulière à la qualification des « groupes sociaux spécifiques » visés. Enfin, le codage vis-à-vis des acteurs supposés mettre en œuvre les mesures a été utilisé comme un indicateur du niveau de précision des mesures et pour repérer des différences éventuelles entre les cas.

Cette première analyse a ensuite permis de construire les grilles d'entretien que nous avons réalisé avec des personnes en charge de la rédaction de la stratégie (trois en France, deux au Portugal). Ces entretiens ont pu être à l'occasion complétés par des données issues d'entretiens avec des spécialistes de ces questions (un en France et au Portugal) ou des acteurs des politiques de santé (un en Suisse).⁴⁰

Ces entretiens avaient pour objectif de comprendre le déroulement de la formulation des stratégies et de recueillir des données sur la manière dont la thématique des inégalités avait été mise à l'agenda et discutée entre les acteurs. Il s'agissait ainsi de comprendre les motivations et les pratiques des acteurs pour les replacer ensuite dans le cadre politico-institutionnel constitutif de chaque pays. Pour ce faire, nous avons parfois utilisé des sources documentaires complémentaires (rapports, documents de politique publique). Dans le cadre des entretiens, plusieurs hypothèses ont été envisagées :

- **hypothèses politico-institutionnelles** : selon les configurations institutionnelles, les acteurs disposent de ressources différenciées et n'ont donc pas toujours les mêmes moyens et opportunités pour influencer la politique publique (Immergut, 1992). Cela peut être le cas vis-à-vis des acteurs défendant une politique de lutte contre les inégalités de santé. Le niveau de centralisation doit également être pris en compte, si la répartition des compétences est très décentralisée, le traitement des inégalités au niveau fédéral peut être plus délicat. Il est également nécessaire de s'interroger sur la couleur politique des gouvernements ;
- **hypothèses liées au problème de politique publique** : le problème n'est pas de même nature ni de mêmes ampleurs entre les pays, ou n'a pas été objectivé et cadré de la même manière (Gusfield, 1984 ; Boussaguet, 2009 ; Hassenteufel, *et al.*, 2020).

⁴⁰ À noter que la thématique des inégalités a également parfois été abordée par les personnes enquêtées rencontrées dans le cadre de l'étude sur la démocratie en santé. Lorsque c'était le cas, nous avons utilisé les extraits d'entretiens pertinents.

Il est possible que certains pays manquent de données fiables sur le problème des inégalités de santé. On peut ici interroger le rôle du niveau international dans la mise en exergue du problème (Union européenne, OMS) ;

- **hypothèses liées aux solutions de politique publique** : les solutions de lutte contre les inégalités n'ont pas été développées de manière similaire, les experts peuvent être intégrés différemment au champ politique (Zahariadis, 2003). Les solutions doivent également s'insérer dans un « champ des possibles » pour les instruments de politique publique.

Les questions posées dans la grille d'entretien sont relativement générales et visent à recueillir les récits des acteurs autour de la construction de la SNS, en laissant la possibilité à d'autres hypothèses d'émerger (approche abductive, voir Friedrichs, Kratochwil, 2009). Ces questions ont été adaptées selon les pays, selon les acteurs interrogés et en fonction des informations recueillies au fur et à mesure de la réalisation du travail de terrain.⁴¹

Encadré 4. Guide d'entretien (inégalités de santé)

Guide d'entretien générique (français)

Organisation générale du travail autour de la stratégie nationale de santé

Quelles étaient vos missions spécifiques sur la stratégie nationale de santé ? Comment le travail était-il organisé avec les autres membres en charge du pilotage ?

Pour vous, quelles ont été les principales difficultés rencontrées lors de l'élaboration de cette stratégie ?

Y-a-t-il eu une comparaison internationale, ou une participation à des organisations ou réseaux internationaux en lien avec le processus de rédaction de la stratégie nationale de santé ?

Inégalités de santé

La prise en compte des inégalités de santé fait partie des objectifs généraux de la stratégie nationale de santé. D'après votre expérience, qu'est-ce qui explique cette volonté affichée de réduire les inégalités de santé ? Différence entre inégalités territoriales et sociales ? Pourquoi associer les deux ?

Certains acteurs vous ont-ils parus plus sensibles que d'autres à cette thématique (territoriale/sociale)? Lesquels ? Sur quels axes/objectifs étaient-ils positionnés ?

Disposiez-vous d'indicateurs, de données précises sur l'état des inégalités de santé (sociales/territoriales) en France/au Portugal/en Suisse ?

Optionnel

Questions spécifiques relatives à la place des inégalités dans la structure de la stratégie nationale de santé

Par qui et comment a été porté le sujet de la littéracie en santé ?

⁴¹ Il a été nécessaire d'indiquer certaines parties comme optionnelles dans la mesure où la plupart des entretiens portaient également sur le sujet de la démocratie en santé, ce qui donnait une longueur excessive au questionnaire.

Guide d'entretien générique (anglais)

Context and work organisation

I would like to know a bit more about the general context in which the national health strategy was adopted.

What were your specific missions with regard to the policy-making of the national health strategy? How was the work organised with the other members in charge of this work?

According to you, what were the main difficulties during the making of the national health strategy?

Were there any international actors/international comparison or benchmark involved/included in the making of the national health strategy ?

Health inequalities

I have read a bit about the national health strategy and I found that there was a significant focus on the subject of inequalities in health and of social determinants. Can you explain a bit more why these subjects are so heavily underlined in the strategy?

Would you say that some actors are particularly aware of this inequality subject? Which one?

I could find some variations in the way health and territorial or geographical inequalities are tackled in the national health strategy. Could you explain why?

At the time of the writing of the strategy, did you have many indicators and data about health inequalities?

Optional

Specific question about the structure of the national health strategy with regard to health inequalities.

The subject of health literacy is mentioned several times in the strategy, how did this subject become part of the National Health Plan?

B. Principaux résultats

Cette section vise à présenter les principaux résultats de l'analyse menée sur la question des inégalités de santé. La première sous-section reviendra sur les similarités et différences que nous avons pu observer en comparant les stratégies nationales de santé française, portugaise et suisse. Elle montre ainsi que si les trois pays partagent quelques similarités (par exemple le fait que les inégalités de santé soient plus systématiquement associées à la question des barrières à l'accès aux soins), de nettes différences apparaissent entre la France et le Portugal d'un côté, et la Suisse de l'autre. La seconde sous-section donne ainsi quelques pistes d'explication pour comprendre ces différences, et pour éclairer certaines caractéristiques du traitement des inégalités de santé dans la SNS.

1. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans les stratégies nationales de santé en France, au Portugal et en Suisse

La réduction des inégalités de santé : un objectif qui irrigue les stratégies françaises et portugaises

Que ce soit en France ou au Portugal, il apparaît que l'objectif de réduction des inégalités de santé (ou la recherche de « l'équité », terminologie favorisée dans le cas portugais) est très présent dans les deux stratégies nationales de santé.

En France, les objectifs annoncés témoignent d'une réelle volonté de prendre en compte la santé dans une approche globale, qui ne se limite pas à l'aspect curatif prodigué par le système de santé, mais vise également à assurer des conditions de vie et des comportements favorables à la promotion de la santé. Cette approche marque, d'une part, un tournant dans la conception habituelle des politiques de santé françaises (compte rendu d'entretien, fonctionnaire), et permet de traiter, d'autre part, au moins implicitement, de nombreux déterminants sociaux de la santé. Ainsi, la prise en compte des inégalités de santé, indiquée comme grand objectif de la SNS dès l'introduction du document, est une thématique bien présente tout au long de la stratégie : nous avons pu repérer 23 occurrences du mot « inégalité(s) » ainsi que de nombreuses références à des « groupes sociaux » ou territoires particuliers, pour lesquels des actions spécifiques sont indiquées. Outre l'introduction, ces occurrences du mot « inégalité(s) » se retrouvent tout au long du document (4 dans l'Axe 1, 4 dans l'Axe 2, 3 dans l'Axe 3, 1 dans l'Axe 4, 4 dans la partie V, 1 dans la partie VI).

Le PNS portugais 2012-2016 est un document relativement long en comparaison des stratégies suisses et françaises (111 pages), et contient non seulement des axes avec des objectifs, mais aussi une présentation du système de santé portugais et une analyse des principales problématiques qu'il rencontre.⁴² Dans la description des quatre axes du PNS, les objectifs sont déclinés au sein des parties intitulées Orientations et motifs.⁴³ Ces objectifs sont répartis selon les acteurs qui sont supposés les mettre en œuvre : niveau politique, niveau organisationnel des institutions, niveau des professionnels de santé, niveau individuel des citoyens. De manière générale, le mot « inégalités » présente 28 occurrences dans le PNS (dont 8 dans la partie sur les axes stratégiques) et 37 références au mot « équité » (dont 14 dans la partie sur les axes stratégiques). On retrouve cependant peu de références à des groupes sociaux ou à des territoires spécifiques, même si la lutte contre les inégalités territoriales est mentionnée comme l'un des objectifs à poursuivre de manière générique.

Dans les deux cas donc, on note une présence importante de la thématique des inégalités de santé dans les stratégies. Le traitement de la thématique des inégalités de santé présente par ailleurs d'autres similarités dans ces deux pays. Ainsi, on observe dans les deux cas que les références aux inégalités de santé ne sont pas réparties de manière homogène entre les différents axes. Plus spécifiquement, ces références apparaissent de manière plus explicite dans l'axe dédié à l'accès aux soins.

Ainsi dans la SNS française, l'Axe 1, qui pourtant traite de tout un ensemble de sujets liés aux déterminants de santé (alimentation, comportement, milieu de vie, conditions de travail), a

⁴² Ainsi, ce qui s'apparente à des objectifs à proprement parler n'est pas toujours clairement délimité. Pour l'analyse suivante, nous avons choisi de nous focaliser sur les objectifs tels qu'ils étaient décrits au sein des principaux axes de la stratégie. Mais il y a également une partie intitulée Objectifs pour le système de santé qui est structurée de manière similaire.

⁴³ Les axes sont également composés d'une partie introductive (Concepts) et d'une partie qui suit les objectifs intitulée Vision pour 2016. Cette partie décrit des situations « opérationnelles » idéales à atteindre dans le futur. Souvent, des leviers d'action déjà existants y sont décrits.

tendance à traiter la question des inégalités « en creux ». En effet, l'objectif de réduction des inégalités de santé n'est pas toujours explicite, alors même que les mesures présentées visent précisément à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Par exemple, mettre en place des dispositifs d'éducation à la santé peut s'avérer particulièrement utile pour les groupes sociaux dont on suppose qu'ils ne bénéficient pas, dans leur environnement direct, de repères leur permettant ensuite de développer des comportements sains pour la santé. Malgré (ou peut-être du fait de) ces « évidences », les références à la thématique des inégalités de santé demeurent relativement limitées ; on compte par exemple seulement 4 des 23 occurrences du mot « inégalité » de la SNS dans cet axe. En revanche, nous avons recensé à plusieurs reprises la présence de références à des différences entre groupes sociaux dans les objectifs de cet axe, ce qui correspond de nouveau à une prise en compte des inégalités « en creux ».

Encadré 5. Quelques exemples du traitement des inégalités de santé « en creux » dans l'Axe 1 de la SNS

Objectif « Promouvoir une alimentation saine », première action

p. 13 : assurer l'appropriation par tous les groupes sociaux des bons repères alimentaires dès l'enfance en associant les parents ainsi que les professionnels de l'éducation nationale et de la petite enfance.

Objectif « Promouvoir la santé au travail, développer une culture de prévention dans les milieux professionnels et réduire la fréquence et la sévérité des pathologies liées aux conditions de travail », introduction, avant-dernière action

p. 23 : aujourd'hui, 61 % des actifs occupés sont exposés à trois facteurs de risques psychosociaux au moins, les employés et les ouvriers étant les plus exposés [13]. Ces expositions peuvent générer des maladies cardio-vasculaires, des problèmes de santé mentale et des troubles musculo-squelettiques.

p. 23 : améliorer la prévention et la prise en charge précoce des troubles musculo-squelettiques en entreprise et des risques liés aux manutentions manuelles notamment dans des secteurs d'activité particulièrement concernés comme celui de l'aide et des soins à la personne.

Dans l'Axe 1 de la SNS, sept objectifs sur les seize (moins de la moitié donc) se réfèrent soit au concept d'inégalité, soit à des actions à entreprendre vers des segments spécifiques de la population.

Par contraste, le second axe de la SNS porte de manière plus explicite sur les inégalités de santé, mais plus spécifiquement sur leur influence sur l'accès aux soins. De même que dans l'Axe 1 cependant, on compte seulement quatre occurrences du mot « inégalité », titre compris. En revanche, il faut noter que l'Axe 2 est, en nombre de pages, deux fois plus court que l'Axe 1 (10 pages au lieu de 20), ce qui par comparaison rend la thématique des inégalités plus présente dans cet axe. Ainsi, plus de la moitié des objectifs (quatre sur sept) fait référence à des territoires ou groupes sociaux spécifiques. Les actions à entreprendre sont également souvent formulées de manière plus précise que dans l'Axe 1, et les objectifs peuvent viser des actions à la fois internes et externes au système de santé.

Trois objectifs comprennent de multiples références à des groupes sociaux ou territoires spécifiques, notamment au regard des actions à entreprendre : « Renforcer l'accès aux droits sociaux à la couverture maladie » ; « Accompagner le recours aux services de santé des

personnes vulnérables ou qui en sont éloignées » ; « Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover ».

Encadré 6. Quelques exemples de références aux inégalités de santé dans l'Axe 2 de la SNS

Introduction de l'Axe 2 (deux occurrences)

p. 33 : notre pays reste marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé, que cet accès soit limité par des obstacles financiers ou par l'insuffisance d'offre. Des dispositifs spécifiques doivent permettre de réduire ces inégalités, et de répondre aux besoins des personnes particulièrement éloignées de l'offre de santé, notamment les plus défavorisées. Les politiques menées par les collectivités territoriales jouent un rôle important en contribuant à améliorer l'attractivité des territoires et l'accessibilité des services de santé.

Introduction du domaine d'action B « Garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire »

p. 39 : tous les territoires ne bénéficient pas du même niveau de couverture de leurs besoins. En médecine générale, en 2013, l'accessibilité des 10 % des Français les mieux dotés est trois fois meilleure que celle des 10 % des Français les plus éloignés de l'offre. Les inégalités territoriales sont encore plus marquées pour l'accès aux professionnels paramédicaux et aux spécialistes hors médecine générale : ce rapport atteint 5 pour les masseurs kinésithérapeutes et les infirmiers, 6 pour les ophtalmologues, 14 pour les pédiatres, 19 pour les psychiatres.

Objectif « Accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables ou qui en sont éloignées », p. 37

p. 37 : certaines catégories de personnes ont moins recours au système de santé par méconnaissance de leurs droits ou des dispositifs, ou en raison d'obstacles pratiques, tels que leur manque de mobilité ou leur absence de domiciliation. Le non-recours au droit commun est plus fréquent chez les jeunes peu qualifiés sans emploi ni formation (28 % contre 18 % en moyenne), les jeunes chômeurs (27 %), les inactifs non étudiants (24 %), les parents (26 %), les bas revenus (26 %), ainsi que les femmes (21 %). Les personnes en situation d'exclusion, les gens du voyage et les personnes migrantes, ainsi que les personnes placées sous main de justice, qu'elles soient incarcérées ou suivies en milieu ouvert, sont particulièrement concernés. De même, les jeunes vulnérables, pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) et par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou sortant de ces dispositifs, les jeunes en errance, les mineurs non accompagnés et les mineurs de retour de zones de combat doivent également bénéficier d'une attention particulière. Les publics vulnérables cumulent des difficultés qui peuvent être sociales, éducatives, sanitaires, ou liées aux discriminations qui rendent complexe le recours au droit commun. Leur prise en charge nécessite donc de concilier plusieurs logiques d'intervention (santé, logement, mobilité, ressources financières, formation/emploi, environnement familial) afin de répondre à leurs besoins et d'éviter les ruptures dans leurs parcours de santé. Le programme expérimental Un chez soi d'abord a ainsi démontré que le logement (accès à la sécurité et à l'intimité) est un prérequis à l'accès à la santé pour les personnes en situation d'exclusion.

Action n°1 : renforcer la sensibilisation des professionnels de santé aux spécificités de ces publics afin qu'ils adaptent leur discours et leurs stratégies de prévention, d'alerte et de prise en charge

Action n°4 : apporter des solutions complémentaires aux publics les plus vulnérables, dont notamment l'accès à la domiciliation et à l'interprétariat (préalable à l'accès aux droits), l'accès à l'information sur les lieux de soins, et le développement des solutions innovantes associant approches sociale et sanitaire (Lits halte soins santé et de lits d'accueil médicalisés)

Action n°6 : lutter contre les pathologies liées aux situations de grande précarité, notamment pour les personnes à la rue, en soutenant les projets d'insertion dans le logement, les méthodes de pair-aidance, les dispositifs d'Aller vers (Équipes mobiles psychiatrie précarité) et la connaissance du milieu sanitaire par les professionnels sociaux et médico-sociaux

Action n°7 : améliorer le repérage des situations à risque et renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé auprès des jeunes en fragilité sociale et des femmes en situation de précarité

Action n°8 : repérer et mobiliser des structures de proximité intervenant auprès des jeunes en fragilité sociale (Points accueil écoute jeune, centres sociaux, prévention spécialisée)

Domaine d'action B « Garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire » : inégalités et différences entre les territoires

p. 39 : tous les territoires ne bénéficient pas du même niveau de couverture de leurs besoins. En médecine générale, en 2013, l'accessibilité des 10 % des Français les mieux dotés est trois fois meilleure que celle des 10 % des Français les plus éloignés de l'offre. Les inégalités territoriales sont encore plus marquées pour l'accès aux professionnels paramédicaux et aux spécialistes hors médecine générale : ce rapport atteint 5 pour les masseurs kinésithérapeutes et les infirmiers, 6 pour les ophtalmologues, 14 pour les pédiatres, 19 pour les psychiatres. Les spécialistes sont en moyenne trois fois moins nombreux en quartier prioritaire de la politique de la ville que dans les autres unités urbaines [23]. Une action déterminée doit être entreprise pour garantir à chaque citoyen l'accès à des soins de qualité, quel que soit l'endroit où il vit. Il s'agit de définir une nouvelle organisation des soins, fondée sur l'accompagnement des dynamiques issues des territoires et le soutien à l'innovation.

La rédaction de l'Axe 2 de la SNS laisse donc transparaître une attention marquée pour la thématique des inégalités de santé. Par contraste, dans les Axes 3 et 4, ce sujet apparaît de manière plus limitée, et semble associé à des thèmes bien spécifiques (santé mentale, accès aux soins des personnes âgées et handicapées, adaptation de la formation initiale des professionnels de santé, innovation numérique en santé). Enfin, la SNS 2018-2022 a pour particularité de comporter des volets externes aux axes de la stratégie. Parmi ces volets, il est intéressant de constater que celui dédié à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune traite également de la question des inégalités de santé de manière particulièrement marquée. On trouve ainsi quatre occurrences de ce mot, réparties dans trois objectifs différents. Cet axe rappelle également à de nombreuses reprises la nécessité d'adopter une approche transversale et coopérative, notamment avec les professionnels de l'Éducation nationale.

Au Portugal également, la répartition de la thématique des inégalités de santé n'est pas homogène selon les axes. Ainsi, au sein de l'Axe 1 du PNS « Citoyenneté en santé », les objectifs traitent peu de la question des inégalités de santé. Cet axe vise à favoriser l'implication du citoyen, tant dans les instances décisionnelles de santé, que dans la gestion de sa propre santé. Les différences entre territoires ne sont pas mentionnées, et un seul objectif invite les professionnels de santé à prendre en compte le « contexte économique et social » des patients. On note par ailleurs que la promotion de la santé et les modes de vie sains sont présentés comme des responsabilités à assumer au niveau individuel (objectif 16).

Par contraste, et de manière similaire à la SNS française, l'Axe 2 traite de l'équité dans l'accès aux soins de santé et aborde le sujet des inégalités (sociales ou territoriales) de manière particulièrement visible. La notion d'inégalité de santé est ainsi décrite en introduction de l'axe sur la base de la littérature classique sur le sujet (références en particulier aux travaux de Sir Michael Marmot). Les notions de déterminants et de gradient y sont très clairement exposées. Dans cette présentation des inégalités de santé, un focus particulier est fait sur l'accès aux

soins de santé, qui est décrit dans plusieurs paragraphes comme un point d'entrée central pour lutter contre les inégalités de santé. Dans les objectifs ensuite, la notion d'équité est mobilisée de manière abondante. Parmi les objectifs directement en lien avec la réduction des inégalités, on retrouve la nécessité d'améliorer l'accès aux soins, de développer l'analyse d'impact en santé et de renforcer le travail intersectoriel. On note par ailleurs qu'il n'y a dans cet axe qu'une seule action relevant de la « responsabilité individuelle des citoyens ».

Encadré 7. Quelques exemples de références aux inégalités (ou à l'équité) de santé dans l'Axe 2 du PNS portugais

Concepts (introduction de l'axe)

p. 42 : l'équité en santé s'entend comme l'absence de différences évitables, injustes et sensibles dans l'état de santé de groupes de population issus de contextes sociaux, géographiques ou démographiques divers (Marmot, *et al.*, 2008 ; Marmot, 2007 ; OMS, 2010b). Elle s'exprime comme l'égalité des chances pour chaque citoyen d'atteindre son potentiel de santé.

p. 42 : les inégalités en matière de santé sont liées à l'existence de différences dans l'état de santé et dans les déterminants respectifs entre les groupes de population. Certains sont inévitables et il n'est pas possible de changer les conditions qui les déterminent. D'autres, cependant, semblent inutiles et évitables, constituant des injustices relatives, générées et entretenues socialement, qui se traduisent par de réelles inégalités en matière de santé (graphique 5).

Objectifs associés à l'Axe 2

Autonomiser les systèmes d'information et de suivi sur la santé pour qu'ils expriment de manière exhaustive et articulée la perspective de l'équité et de l'accès, permettant l'intégration des soins et du soutien pour la prise de décision à différents niveaux, ainsi que les informations nécessaires pour prendre en compte les besoins, les ressources, l'adéquation et la performance des services et les résultats de santé.

Établir, de manière intégrée, des repères pour améliorer l'accès aux services de santé et promouvoir l'équité.

Évaluer systématiquement l'impact des politiques et pratiques institutionnelles sur la santé et les politiques d'autres ministères et secteurs sur l'accès et l'équité (analyse d'impact).

Par contraste, dans l'Axe 3, qui traite de la « qualité en santé », les références aux questions d'inégalités sont beaucoup plus limitées (une seule occurrence dans l'introduction). Enfin, l'Axe 4 « Politiques pour une vie saine », qui s'intéresse à la dimension intersectorielle de la santé et à l'introduction de « la santé dans toutes les politiques », fait référence aux inégalités de santé dans son introduction. Cependant, les objectifs ne traitent pas en eux-mêmes des inégalités de santé, comme c'est le cas pour l'Axe 2.

De même que dans la SNS, la thématique des inégalités semble donc irriguer l'ensemble du PNS portugais, mais de manière relativement hétérogène entre les différentes parties du document. Dans les deux cas, la prise en compte de la thématique des inégalités de santé semble plus importante dans les Axes 2, qui traitent dans les deux pays de l'accès aux soins.⁴⁴

⁴⁴ Ce constat tient si l'on se focalise sur l'analyse exclusive des axes stratégiques des deux documents. En effet, les deux stratégies nationales présentent d'autres éléments que les axes stratégiques (comme

La Suisse : un cas à part malgré quelques similarités avec la France et le Portugal

Dans la stratégie Santé2020 suisse, la place accordée aux inégalités de santé est relativement faible comparativement aux cas français et portugais. Ainsi, le mot « égalité » (le mot « inégalité » en lui-même n'est pas utilisé) n'apparaît que 7 fois, contre 28 occurrences du mot « inégalités » au Portugal (et 37 du mot « équité ») et 23 références au terme « inégalités » en France. Il faut toutefois noter que la stratégie Santé2020 est plus courte (25 pages) que la SNS française (54 pages) et que le PNS portugais (111 pages). La lutte contre les inégalités de santé n'est par ailleurs pas énoncée clairement en tant que principe d'action dans Santé2020, bien qu'on trouve dans l'introduction la volonté de prendre en compte les « différents groupes de population ».

« Au cœur de cette stratégie se trouve la population et son bien-être. Le développement du système de santé doit se faire autour d'eux et de leurs besoins en procédant de manière différenciée : les différentes mesures sont axées sur les différentes phases de la vie et adaptées aux besoins des différents groupes de population. » (introduction générale, Les principaux défis à venir, p. 6)

De manière similaire à la France et au Portugal cependant, la répartition de la thématique des inégalités de santé n'est pas homogène au sein du document, puisqu'elle est principalement liée au domaine d'action 2 « Renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle », qui traite de la question de l'accès aux soins. On note ainsi dans les trois pays une tendance à aborder plus explicitement les inégalités de santé dans le cadre de l'accès aux soins, plutôt que dans le cadre d'autres sujets.

Ainsi, dans le premier domaine d'action de Santé2020 « Garantir la qualité de vie », les références à l'égalité des chances ou aux déterminants de santé sont plutôt limitées. Dans l'introduction de cette partie, la part de la responsabilité individuelle dans la survenue de maladies est rappelée, puis mise en balance avec les déterminants sociaux de la santé. Une des façons d'influer sur ces déterminants serait de « renforcer la collaboration avec les départements concernés » (p. 7).

« La santé est l'un des piliers de notre qualité de vie. Or de nombreuses maladies peuvent être évitées. Pour ce faire, la responsabilité individuelle de chacun est essentielle. Mais il faut également des mesures relevant de la politique de la santé, aux niveaux de la prévention des maladies, de la promotion de la santé, du renforcement de la protection de la santé face aux nouveaux risques, afin qu'il y ait toujours plus de gens vivant de manière toujours plus saine.

[...]

Il ne faut toutefois pas oublier ici que l'état de santé de la population suisse dépend à 60 % de facteurs externes à la politique de la santé comme l'éducation, la sécurité sociale, la situation professionnelle et le revenu, l'environnement ou encore la situation en matière de transports et de logement. Il serait toutefois possible d'influer de manière ciblée, au niveau fédéral, sur ces déterminants sociaux et liés à l'environnement en renforçant la collaboration avec les départements concernés. » (introduction du domaine d'action 1 « Garantir la qualité de vie », p. 7)

On note par ailleurs que lorsqu'il s'agit de traiter de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, la notion de « responsabilité individuelle » est largement rappelée. La question de l'égalité est ensuite plus présente dans le premier objectif du domaine d'action 2

les volets complémentaires dans le cas français ou la description du système de santé dans le cas portugais), ce qui ne permet pas de poser un constat aussi net.

« Renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle ». Cet axe rappelle la nécessité de mener des actions envers les populations les plus « précaires » et « vulnérables », et porte une attention particulière aux inégalités au regard du financement de la protection sociale. En effet, il est reconnu que ce financement constitue une « charge financière énorme » (p. 9) non seulement pour les personnes à bas revenus, mais également pour la classe moyenne. Cependant, tout au long de cet axe, la nécessité de « renforcer la responsabilité individuelle » est systématiquement rappelée, et apparaît comme une volonté de contrebalancer le poids des déterminants sociaux dans l'état de santé des individus.

Encadré 8. Inégalités de santé et responsabilité individuelle dans la stratégie Santé2020 suisse

Domaine d'action 2 « Renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle », introduction

p. 9 : ici, il s'agit de savoir comment améliorer les chances de rester en bonne santé dans les groupes de population les plus fragiles, c'est-à-dire comment réduire les risques correspondants, mais aussi de savoir comment atténuer la hausse des coûts de la santé et comment garantir leur financement et la solidarité entre les différents groupes de population. Parallèlement, il convient de renforcer la responsabilité individuelle des patients/assurés.

Objectif 2.1 « Renforcer l'égalité en matière de financement et l'accès aux soins »

p. 9 : chaque groupe de population doit avoir les mêmes chances de vivre en bonne santé et d'avoir une espérance de vie optimale. Sont notamment visés les enfants et les jeunes, les personnes ayant des revenus ou un niveau de formation peu élevés, les personnes âgées, mais aussi les migrants. Ces groupes vulnérables doivent pouvoir mieux s'y retrouver dans le système de santé grâce au renforcement de leurs compétences dans ce domaine. En théorie, l'accès au système de santé est garanti par l'assurance obligatoire des soins. Force est toutefois de constater que les groupes les plus vulnérables n'ont pas suffisamment recours aux prestations de soins en question. Celles-ci doivent être accessibles aux personnes malades, handicapées et socialement fragiles, lesquelles doivent aussi pouvoir les payer. Pour ce faire, il faut renforcer et développer la solidarité existant actuellement au sein de l'assurance-maladie entre les personnes en bonne santé et les personnes malades (par le biais des primes par tête) mais aussi entre les personnes aisées et les personnes plus pauvres. Il s'agit également de mettre fin à la sélection des risques à laquelle procèdent les assureurs.

On trouve enfin une seule référence à l'équité dans l'Axe 4 qui porte sur la transparence, le pilotage et la coordination. Au regard des inégalités de santé, la stratégie Santé2020 démontre donc une structure relativement similaire aux stratégies française et portugaise (répartition peu homogène de la thématique des inégalités), mais avec une intensité largement amoindrie, puisque le sujet des inégalités de santé apparaît comme toute relative marginal comparé aux deux autres stratégies.⁴⁵ De plus, la question des déterminants de santé est

⁴⁵ Par souci d'exhaustivité, nous nous sommes également intéressés à la stratégie Santé2030 publiée fin 2019. Celle-ci propose une prise en compte un peu plus extensive des inégalités de santé, bien que cette thématique soit plutôt cantonnée à des propos introductifs. Les références aux concepts d'inégalité, d'égalité ou d'équité sont encore limitées (respectivement 2, 3 et 1 occurrences) et la lutte contre les inégalités ne fait pas partie des six principes de la stratégie Santé2030. En revanche, le quatrième grand défi identifié par la stratégie Chances de vie en bonne santé, traite plus directement de la question des « déterminants » (p. 11). De plus, la question de l'égalité des chances n'est plus systématiquement mise en balance avec la question de la responsabilité individuelle, comme c'était le

systématiquement contrebalancée avec des références à la « responsabilité individuelle » des citoyens.

Au-delà de la répartition de la thématique des inégalités au sein des axes, une autre similarité entre les cas suisse, français et portugais porte sur la désignation des groupes sociaux envers lesquels il s'agit d'entreprendre des actions spécifiques. En effet, si les trois stratégies ne sont pas égales dans leur nombre de références à des groupes sociaux spécifiques,⁴⁶ force est de constater que lorsque c'est le cas, les groupes visés sont ceux considérés comme les plus « vulnérables », les plus « fragiles » ou « éloignés » du système de santé. Alors que la littérature scientifique sur les inégalités de santé tente de porter une attention similaire à l'ensemble du gradient, c'est ici une conception plus « classique » des inégalités qui apparaît, et qui correspond à la prise en compte du seul segment le plus à l'extrême de l'échelle du gradient pour lequel les inégalités de santé sont réputées comme étant particulièrement visibles.⁴⁷ Comme nous le verrons dans les prochaines sections, il existe encore une diversité importante de conceptions autour des inégalités de santé, en particulier d'origine sociale, et sur la manière de les traiter.

Les inégalités territoriales de santé : une thématique française ?

Lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement à la question des inégalités territoriales de santé, des différences émergent entre les trois pays. Dans ce cas précis, la SNS semble être en contraste avec la Suisse et le Portugal, dont les stratégies nationales de santé traitent finalement assez peu de cette thématique et sont plus centrées sur la question des inégalités sociales de santé.

En France, les inégalités territoriales sont traitées sous deux angles différents : l'angle des déserts médicaux (mais sans que le terme soit mentionné), donc de la sous-dotation de certains territoires en professionnels de santé, et l'angle des spécificités des territoires situés en dehors de la métropole ou de l'hexagone (Corse et Outre-mer). Concernant les déserts médicaux, plusieurs solutions sont proposées : utiliser le numérique pour « abolir les distances », renforcer l'attractivité des territoires ruraux, notamment pour les professionnels de santé, créer des services itinérants en santé, faciliter la venue des étudiants et internes pour leur faire découvrir ces territoires, renforcer la coopération des différents acteurs sur les territoires. Ensuite, les inégalités territoriales liées aux spécificités de la Corse et de l'Outre-mer sont présentées comme multifactorielles, et donnent lieu à des recommandations spécifiques à la situation de ces territoires. En somme, la thématique des inégalités territoriales de santé est abordée de manière relativement frontale et multidimensionnelle en France.

Par contraste, la Suisse et le Portugal semblent dédier une attention plus limitée à cette thématique dans leurs stratégies nationales de santé. On retrouve ainsi peu de références à des territoires spécifiques dans le PNS portugais, bien que la lutte contre les inégalités territoriales soit mentionnée comme l'un des objectifs à poursuivre. Les inégalités territoriales ne sont quant à elles pas explicitement mentionnées dans la stratégie suisse, excepté pour indiquer qu'un meilleur pilotage pourrait permettre aux cantons de « planifier et d'éviter les offres excédentaires ou insuffisantes » (p. 13).

Deux explications à ces différences sont apparues au cours de la recherche. En premier lieu, concernant le cas suisse, il est probable que la répartition des compétences en matière de

cas dans Santé2020. Enfin, la question des inégalités a gagné en transversalité et est plus présente dans l'ensemble des axes qu'elle ne l'était dans la stratégie précédente.

⁴⁶ On trouve ainsi plus de références à des groupes sociaux spécifiques dans le cas français que dans les cas suisses et portugais.

⁴⁷ Haut Conseil de la santé publique (2009). *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris : publications du HCSP.

santé en faveur des cantons rend problématique l'inclusion des inégalités territoriales de santé dans la stratégie fédérale. En effet, chaque canton disposant de compétences importantes dans ce domaine, le niveau fédéral n'a pas la charge d'uniformiser l'offre de soins. Au niveau du Portugal cependant, la situation est différente, d'autant plus que les inégalités territoriales de santé sont présentées dans la stratégie comme un problème devant être traité au même titre que les inégalités sociales de santé. L'enquête a dégagé une piste probable d'explication à la relative absence de ce thème dans le PNS portugais. En effet, un entretien avec un spécialiste des inégalités de santé ayant travaillé sur le PNS portugais nous a indiqué que la thématique des territoires avait été peu traitée du fait de son propre tropisme pour les inégalités de santé d'origines économique et sociale. De plus, l'OMS, qui a été très active dans la rédaction du PNS portugais, aurait davantage insisté sur l'importance des inégalités sociales de santé :

« Alors, il y avait peut-être deux raisons pour expliquer cela. La première, c'est **que l'OMS nous a éloignés des inégalités géographiques** en disant que même à l'intérieur des unités géographiques il y a des inégalités sociales et donc les inégalités sociales devraient être l'enjeu principal. La seconde raison était mes préoccupations spécifiques et **j'avais ce biais en faveur des inégalités économiques**, je les ai étudiées toutes ma vie et c'était l'enjeu que je voulais traiter, ayant dit cela, c'est le biais qu'il y a sans doute eu. Si cela avait été quelqu'un d'autre ils auraient probablement davantage traité les inégalités géographiques. »⁴⁸(entretien, acteur des politiques de lutte contre les inégalités de santé)

Pour ces différentes raisons, et malgré un intérêt initial pour le sujet des inégalités territoriales de santé, le PNS portugais ne traite donc *in fine* que très peu du versant géographique des inégalités de santé.

2. Le traitement différencié des inégalités de santé : quelques pistes explicatives

Cette seconde section vise à proposer quelques pistes d'explication afin de comprendre les principales différences entre les cas suisse, portugais et français, ainsi que certaines caractéristiques qui leurs sont communes. Alors que la thématique des inégalités de santé semble être fortement ancrée dans les priorités stratégiques françaises et portugaises,⁴⁹ ce sujet semble moins prégnant sur l'agenda suisse en matière de santé. Il s'agit donc de s'intéresser plus en détail aux mécanismes de mise sur agenda de ce problème dans les trois pays : quels contextes et quels acteurs semblent favoriser (ou non) la prise en compte des inégalités de santé dans la formulation des politiques publiques de santé ? Afin de répondre à cette question, nous avons analysé les influences potentielles du contexte politico-institutionnel et le rôle de certaines communautés « épistémiques » (Haas, 1992; Bossy, Evrard, 2014). La seconde sous-section propose plusieurs pistes d'explication au regard de la répartition inégale de la thématique des inégalités de santé dans les trois stratégies nationales de santé, au sein desquelles cette problématique est systématiquement davantage associée à la question de l'accès aux soins.

⁴⁸ « Right, there was perhaps two reasons for that. One, WHO did point, drew us away from geographic inequalities saying that even within geographical units there are social inequalities so that should be the main issue. The second point was my particular concern and I had a bias for economic inequalities, I studied them all my life and that's the issue I wanted to address, but having said that so, that may have been the bias that came across. If it had been somebody else they probably would have pointed to geographical inequalities. » (traduction par l'auteure).

⁴⁹ Au moins en ce qui concerne leurs stratégies nationales de santé.

La mise à l'agenda de la réduction des inégalités sociales de santé : contexte politico-institutionnel et communautés épistémiques

Lorsque l'on compare plusieurs pays, il est important de prêter attention à la manière dont les contextes et structures nationaux (institutions, politique, etc.) peuvent être à l'origine de différences entre les politiques publiques (Immergut, 1992). C'est ainsi que le concept de « style de politique publique » (*policy style*) renvoie à tout un ensemble de caractéristiques susceptibles d'influencer fortement les politiques publiques et de générer des variations selon les pays. Plus précisément, dans le domaine de la santé, Azad Singh Bali et Adam Hannah indiquent que « Les systèmes de santé sont organisés et structurés pour poursuivre trois buts principaux : mutualiser les risques, fournir des services et financer l'accès aux soins. La poursuite de ces objectifs nécessite l'implication d'une panoplie déterminée d'acteurs, d'idées et d'instruments, qui vont à leur tour façonner les dynamiques et processus de long-terme dans un secteur de politique publique. » (traduction par l'auteure, Bali, Hannah, 2021).

Ainsi, lorsque l'on s'intéresse aux caractéristiques générales des systèmes de santé suisse, français et portugais, de nettes différences apparaissent. En effet, à la différence des systèmes français et portugais, le système suisse ne repose pas sur l'idée d'un accès universel et gratuit aux soins ; l'assurance, certes obligatoire et régulée au niveau national, demeure un service privé. Faute de paiement, certains individus peuvent ainsi se retrouver exclus de l'accès aux soins, excepté en cas « d'urgence ». Ce système traduit une conception de la santé fortement rattachée à la notion de « responsabilité individuelle », thématique particulièrement présente dans la stratégie Santé2020 (voir partie précédente). Un de nos enquêtés confirme l'ancrage de cette notion, en particulier chez certains partis politiques, et les difficultés que cela pose pour concevoir une intervention politique en faveur de la réduction des inégalités de santé :

« Alors si parce qu'en fait, le problème c'est que les majorités politiques dans les villes sont à gauche, dans les campagnes sont à droite, je vais la faire aussi courte que ça, et comme la campagne est plus large sur le territoire ou a un pouvoir plus fort aux chambres, ils ont un pouvoir de blocage sur plein de choses, et très clairement ces majorités UDC [Union démocratique du centre], PLR [Parti libéral-radical] et autres, **l'égalité en santé c'est vraiment pas leur dada quoi, au contraire, le mot que j'entends le plus souvent c'est la responsabilité individuelle.**

- Oui, oui qui apparaît beaucoup d'ailleurs dans la stratégie...

- Ah mon dieu partout ! Euh, oui est-ce qu'on peut prendre en charge la contraception ? Responsabilité individuelle, oui est-ce qu'on peut prendre en charge les dépistages ? Responsabilité individuelle, responsabilité individuelle, en permanence cette responsabilité individuelle, les gens doivent assumer leurs choix. Oui enfin traverser l'Atlantique ou traverser la Méditerranée pour s'y réfugier pour pas mourir c'est pas vraiment un choix mais bon. Donc les questions d'équité en santé voilà c'est... On entend même pour les hommes qui pratiquent le sexe avec des hommes et les communautés LGBT euh, ils avaient qu'à choisir un autre mode de vie parce qu'après aussi y a des niveaux d'homophobie assez élevés, hum le remboursement des transitions, des personnes trans, c'est voilà, c'est de la chirurgie esthétique c'est un choix c'est de la liberté individuelle, ils ont qu'à le payer.

- Mmh. Mais il y a certains partis quand même qui sont plus en faveur de ça, la gauche...

- Voilà oui, c'est plus effectivement, alors l'extrême gauche est une espèce de confetti en Suisse, mais effectivement le Parti socialiste, les Verts ou de ce côté-là mais malheureusement quand on regarde les répartitions politiques dans les

chambres bah ils ont pas la majorité. Donc de temps en temps on arrive à convaincre une majorité puisqu'il y a un centre, ou alors des alliés de l'autre côté de la chambre, mais il y a une majorité de blocage qui est assez rapidement atteinte, et l'exemple le plus criant étant les assurances maladies, ou, voilà. L'assurance maladie universelle gratuite équitable machin c'est, c'est la douzième tentative ça ne passera jamais ce truc-là tant que la majorité politique change pas de côté. » (entretien, acteur de la politique de santé suisse)

Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que la thématique de la réduction des inégalités de santé (ou de l'équité en santé) ne soit pas plus présente dans la stratégie Santé2020. Même dans le plan suisse dédié à la prévention pour la période 2017-2024, la référence aux inégalités de santé demeure marginale.⁵⁰ Par contraste, on peut supposer que la problématique des inégalités de santé trouve un meilleur écho au sein de pays tels que la France ou le Portugal où l'objectif du système de santé est de fournir un accès aux soins le plus universel possible.

L'existence d'une structure politico-institutionnelle compatible avec l'idée de la lutte contre les inégalités de santé ne semble cependant pas être suffisante pour générer à elle seule une attention à cette thématique. De manière générale, plusieurs chercheurs insistent également sur le rôle moteur des acteurs dans la mise sur agenda de nouveaux problèmes (Kingdon, 2002 ; Copeland, James, 2014), et une partie de la littérature se focalise ainsi sur le rôle des « entrepreneurs de politique publique » (Mintrom, Norman, 2009). Dans les cas de la France et du Portugal, nous avons ainsi pu observer que la mise sur agenda des inégalités sociales de santé était associée à des actions menées par un certain type d'acteurs rassemblés en « communautés épistémiques ». Les communautés épistémiques, présentées par Peter M. Haas en 1992 dans le cadre de l'analyse des relations internationales, sont décrites comme « un réseau de professionnels disposant d'une expertise et d'une compétence reconnues dans un domaine particulier et qui peuvent revendiquer une connaissance pertinente dans ce domaine ou ce secteur » (traduction par l'auteure, Haas, 1992: 3). L'auteur identifie quatre traits distincts de ces communautés :

« Celles-ci regroupent souvent des professionnels venant de disciplines différentes, mais dont les membres partagent 1) un ensemble de croyances normatives et de principes qui fournissent des bases à l'action, 2) des croyances causales sur l'origine du problème et les solutions à y apporter, 3) des critères de validité des savoirs engagés dans le traitement de l'enjeu, et enfin 4) des propositions d'action publique basées sur les pratiques communes associées au problème qui fait l'objet de leur expertise. » (Bossy, Evrard, 2014 : 143)

Les communautés épistémiques se distinguent par ailleurs par leur capacité à enrôler d'autres acteurs, notamment politiques ou médiatiques (Bossy, Evrard, 2014).

Dans le cas français, le lien entre la structuration d'une communauté épistémique sur le sujet des inégalités sociales de santé et la mise sur agenda politique de ce sujet est un phénomène relativement visible, bien que la notion de réduction des inégalités soit plus ancienne car intrinsèque à la construction du système d'État providence d'après-guerre. En effet, le fait que les politiques sociales françaises, et entre autres celles de santé, aient pour visée et/ou pour effet de réduire les inégalités sociales dans leur ensemble n'est pas un phénomène récent. Ainsi, en rendant l'accès aux soins gratuit et universel, le système de sécurité sociale a sans

⁵⁰ Confédération suisse, conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé (2016). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024*. Berne : publications de l'OFSP.

aucun doute contribué à réduire des disparités fortes au regard de l'état de santé des individus, tant au niveau de la morbidité que de la mortalité.

Malgré ces avancées et l'amélioration de l'état de santé de la population générale, une abondante littérature a montré que d'importantes inégalités sociales de santé persistent au sein de la société française.⁵¹ Sans doute moins visibles et spectaculaires que par le passé, ces inégalités, de sources plurielles, continuent de creuser des écarts entre les différents segments de la population. L'espérance de vie d'un ouvrier, de même que son espérance de vie en bonne santé, est ainsi très différente de celle d'un cadre supérieur.⁵² Si le fait que de tels écarts persistent constitue, aujourd'hui, pour certains acteurs, une « évidence »⁵³ en termes d'épidémiologie, cela n'a pas toujours été appréhendé de manière visible par les pouvoirs publics.

C'est la publication, en 2000, d'un ouvrage rédigé par un collectif interdisciplinaire de chercheurs.e.s qui permet de mettre à l'agenda la thématique des inégalités de santé, tant en termes scientifique qu'en termes politique. L'ouvrage intitulé *Les inégalités sociales de santé*, publié par l'Inserm aux éditions La Découverte,⁵⁴ est ainsi régulièrement cité par les acteurs comme une référence marquante dans l'histoire du traitement des inégalités sociales de santé en France :

« Il y a eu un tournant qui a été important ça a été les années, l'année 2000 précisément parce qu'en fait on peut dire qu'avant cette date il y avait, deux, trois sociologues, quelques sociologues qui travaillaient sur le sujet mais, un peu... marginaux. Il y avait des chercheurs en épidémiologies qui travaillaient sur le sujet mais pas de façon très, très officielle, c'était un sujet qui était semi-légitime disons hein, et puis en 1999 **il y a eu vraiment ce gros bouquin aux éditions La Découverte Inserm qui a été vraiment important parce qu'il a légitimé le sujet de recherche** en tant que véritablement comment dire, digne d'être, de figurer parmi les objectifs d'une équipe de recherche, d'une unité de recherche. Donc ça vraiment je crois qu'il y a un virage à ce moment-là, de légitimation scientifique. » (entretien, acteur spécialiste des inégalités de santé)

« Il y a eu un vrai **début de "forcing" sur les inégalités en 2000 à l'occasion de la publication du rapport sur les inégalités de santé**, rapport de l'Inserm avec Didier Fassin, Annette Leclerc, Thierry Lang. » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire)

Depuis, la thématique des inégalités sociales de santé est l'objet d'un groupe de travail permanent au HCSP et fait régulièrement son apparition en tant qu'objectif transversal des

⁵¹ À ce titre, l'Irdes propose une revue bibliographique de 250 pages sur la thématique des inégalités de santé (dernière mise à jour en 2016), disponible sur : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-inegalites-sociales-de-sante.pdf>

⁵² La revue *Actualité et dossier en santé publique* du HCSP indique ainsi « En France, au début des années 2000, l'espérance de vie des cadres à 35 ans est de quarante-sept ans pour les hommes et de cinquante et un ans pour les femmes (figure 1) ; ce sont respectivement six et deux années de plus que la catégorie ouvrière. L'espérance de vie plus courte des ouvriers ne leur épargne pas d'années d'incapacité, ce que nous appelons la "double peine" des ouvriers, puisqu'ils vivent quatre ans de plus avec des limitations fonctionnelles chez les hommes et six ans de plus chez les femmes que les cadres. Alors, les écarts d'années de vie sans incapacité sont encore plus larges que les écarts d'espérance de vie : les cadres vivent jusqu'à dix années de vie de plus sans limitation fonctionnelle chez les hommes et huit années chez les femmes. » Source : Cambois Emmanuelle (2021). Les inégalités sociales d'espérances de vie en bonne et en mauvaise santé : approche démographique et état des lieux. *Actualité et dossier en santé publique* (revue du HCSP), n°113, Rennes : Presses de l'EHESP, p. 11.

⁵³ Entretien, fonctionnaire.

⁵⁴ Référence complète : Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. (Eds.). (2000). *Les inégalités sociales de santé*. La Découverte.

politiques publiques. Cela a par exemple été le cas dans les 100 objectifs de santé publique de la loi du 9 août 2004 :

« Objectif 34 : réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans »⁵⁵

Par la suite, le rapport publié par le HCSP en 2009 a permis de clarifier de nouveau les notions attachées au concept d'inégalités sociales de santé (entretien, acteur spécialiste des inégalités de santé) qui, néanmoins, demeurent encore très diverses aujourd'hui (voir sous-sections suivantes). Le début des années 2010 marque également un tournant au sens où la lutte contre les inégalités de santé a été introduite dans les missions des ARS créées par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009 :

« [...] C'est un sujet qui est hyper central dans la création des ARS pour moi, beaucoup plus [...] c'est un sujet déjà central pour les ARS en 2009-2010, euh d'avoir une approche, fine de ce sujet-là. »

« [...] Et donc le troisième élément donc le rapport du HCSP et le troisième c'était l'inscription de la réduction des inégalités sociales de santé parmi les priorités des ARS. Donc ça si vous voulez il y avait trois vraiment, 2009-2010 il y a un virage, de prise de conscience, rhétorique. » (entretien, ex-membre de cabinet ministériel)

Cette dynamique est enfin renforcée lors du mandat de Marisol Touraine, qui s'étend sur la période 2012-2017. En effet, la thématique des inégalités de santé est particulièrement mise en avant lors du lancement de la SNS en 2013, comme en fait état une tribune signée par la ministre dans la revue *The Lancet* et intitulée « Health inequalities and France's national health strategy ».⁵⁶ Dans la SNS de 2013 elle-même, on retrouve une part importante dédiée à la thématique des inégalités en début de document :

« Lancée par le Premier ministre à Grenoble le 8 février dernier, la SNS a pour ambition de définir un cadre de l'action publique pour les années qui viennent, pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux lentes mais profondes mutations qui sont à l'œuvre (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques, diversification des risques sanitaires...). »⁵⁷

La section dédiée aux inégalités de santé reprend par ailleurs les éléments « classiques » de la littérature sur les inégalités sociales de santé, notamment en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé et la nécessité d'agir également en-dehors du système de soins.⁵⁸ La SNS de 2013 permet ainsi d'introduire le dispositif du « comité interministériel pour la santé »⁵⁹, qui vise explicitement à réduire les inégalités de santé par l'adoption d'une approche de la « santé dans toutes les politiques » (entretien, ex-membre de cabinet

⁵⁵ Haut Conseil de la santé publique (2010). *Évaluation des 100 objectifs de la loi du 9 août 2004, Scannographie en décembre 2009*. Paris : publications du HCSP, disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/haut-conseil-de-la-sante-publique-objectifs-de-sante-publique-evaluation-des>

⁵⁶ Référence complète : Touraine, Marisol (2014). Health inequalities and France's national health strategy, *The Lancet*, 383:9923, pp. 1101-1102.

⁵⁷ Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2013). *Stratégie nationale de santé, feuille de route*. Paris : publications du ministère des Affaires sociales et de la Santé, p. 3.

⁵⁸ Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2013). *Stratégie nationale de santé, feuille de route*. Paris : publications du ministère des Affaires sociales et de la Santé, pp. 5-6.

⁵⁹ Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2013). *Stratégie nationale de santé, feuille de route*. Paris : publications du ministère des Affaires sociales et de la Santé, p. 29.

ministériel). L'Axe 1, qui porte sur la prévention, est également fortement associé à un objectif de réduction des inégalités de santé.⁶⁰ Le début des années 2010 est ainsi perçu par certains acteurs comme un « virage conceptuel majeur » (entretien, acteur spécialiste des inégalités de santé), qui marque l'apparition massive de références aux inégalités de santé dans les politiques de santé françaises, au moins à un niveau rhétorique. Depuis, la thématique des inégalités de santé semble être ancrée de manière stable dans les politiques publiques, puisqu'on la retrouve mentionnée régulièrement, jusque dans la SNS 2018-2022. Ainsi, en France, la mise sur agenda de la thématique des inégalités sociales de santé semble être liée à la structuration d'un collectif scientifique pluridisciplinaire qui porte le sujet sur la scène politique.

Au Portugal, le rôle et l'existence d'une communauté épistémique structurée est moins visible qu'en France. Néanmoins, le processus de mise sur agenda de cette thématique présente plusieurs caractéristiques qui suggèrent une influence importante du milieu académique et des réseaux d'experts internationaux.

Au Portugal, l'objectif transversal de réduction des inégalités de santé était déjà présent dans le premier PNS 2004-2010, bien que de manière moins marquée que dans le second plan (2012-2016). En effet, le PNS 2004-2010 se concentre essentiellement sur les populations les plus précaires et les plus éloignées du système de santé. Néanmoins, l'objectif transversal de réduction des inégalités de santé est résumé dans la section Priority for the poor (pp. 9-10 de la version anglaise du PNS 2004-2010)⁶¹. L'équité fait ainsi partie des grands principes de la stratégie, et on retrouve dans les documents portugais qui constituent ce PNS (le volume I étant dédié aux priorités et le volume II aux orientations stratégiques) des références régulières à la question de l'équité de santé et d'accès aux soins. On ne retrouve cependant pas de références à la littérature internationale sur le sujet des inégalités de santé, particulièrement présente dans le PNS de 2012. Si la DGH avait mis en place dès 2003 un programme national d'intervention intégrée sur les déterminants de la santé liés au mode de vie, le PNS 2004-2010 indique néanmoins la nécessité de mettre en place un plan spécifique de réduction des inégalités de santé.⁶²

En parallèle, on observe que la communauté universitaire est très intégrée au processus de formulation des politiques publiques, en particulier en ce qui concerne le pilotage des plans nationaux de santé de 2004 et de 2012.⁶³ Un de nos enquêtés confirme que la participation des universitaires à la formulation des politiques de santé est chose courante au Portugal, bien qu'il existe pour lui une forte variation selon le parti en place, les partis situés à droite de l'échiquier politique ayant davantage tendance à recruter des personnalités issues du monde de l'entreprise (entretien, acteur de l'élaboration du PNS 2012-2016). Une analyse du parcours des personnes en charge de la coordination des plans nationaux de santé portugais de 2004 et de 2012 montre que le milieu académique est en tout état de cause largement représenté dans la coordination des plans nationaux de santé. Ainsi, en 2004, les universitaires

60 Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2013). *Stratégie nationale de santé, feuille de route*. Paris : publications du ministère des Affaires sociales et de la Santé, pp. 9-11.

61 Directorate-general of health, ministry of health (2004). *National health plan 2004-2010, Volume I – priorities*. Lisbon : Directorate-general of Health publications.

62 Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde, Orientações estratégicas para 2004-2010*. Lisbonne : publications du ministère de la Santé, p. 55, p. 108.

63 Un premier compromis avec des orientations stratégiques a été adopté dès 1998, mais celui-ci ne portait pas encore le nom de « plan national de santé ».

représentent près de la moitié de l'équipe de coordination (quatre sur neuf), pour en constituer les trois quarts en 2012 (trois sur quatre).⁶⁴

Tableau 2. Composition des équipes de coordination des plans nationaux de santé portugais

Plan national de santé 2004-2010	
Aldino Salgado	Données manquantes
Fernando Leal da Costa	Médecin
Guilherme Jordão	Médecin
Maria de Sousa	Immunologiste
Isabel Loureiro	Professeure de santé publique, Université nouvelle de Lisbonne
Francisca Avillez	Médecin de santé publique
Teresa Sustelo	Directrice d'hôpital
Paula Lobato Faria	Professeure de droit de la santé, Université nouvelle de Lisbonne
Jorge Torgal	Professeur de santé publique, Université nouvelle de Lisbonne
Plan national de santé 2012-2016	
Francisco George	Médecin de santé publique, directeur de la Direction générale de la santé de 2005 à 2017
Maria do Céu Machado	Pédiatre, professeure titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Lisbonne
Paulo Ferrinho	Professeur de santé internationale à l'Université nouvelle de Lisbonne
Jorge Simões	Professeur à l'Université nouvelle de Lisbonne

Parmi les personnalités académiques, nous pouvons remarquer une large majorité de professeurs rattachés à l'Université nouvelle de Lisbonne (en particulier à l'Institut d'hygiène et de médecine tropicale), ce qui suggère un recrutement parmi un réseau académique relativement structuré.

Outre la participation de personnels académiques à la coordination des PNS, il apparaît que des écrits universitaires ont constitué la base de la rédaction du second PNS. Ainsi, pour

⁶⁴ Les coordinateurs ne sont pas les seuls à travailler sur les PNS, ils sont assistés d'une équipe technique directement issue de la Direction générale de la santé. Voir par exemple : ministère de la Santé, service national de santé (2013). *Plan national de santé 2016-2020 – Version récapitulative (Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Versão Resumo)*. Publications du ministère de la Santé portugais, p. 5.

alimenter sa construction, une quinzaine d'études spécialisées ont été commandées à des experts académiques particulièrement reconnus dans leurs champs :⁶⁵

« [...] Les études, pour nous c'était très important parce que nous avons, parce que nous avons la nécessité d'avoir plus de réflexions [doctrinales ?] sur quelques thèmes : citoyenneté et santé, équité et accès aux prestations de santé, qualité, politique, *healthy*, organisation du territoire, technologies de l'information et de la communication, coordination et continuité des prestations de soins. [...] **Pour nous c'était très important, ces personnes-là sont des personnes, très importantes, très importantes, ils ont un consensus dans [l'Université ?] qu'ils sont des experts très reconnus par leurs collègues.** » (entretien, acteur de l'élaboration du PNS 2012-2016)

La rédaction du PNS 2012-2016 apparaît donc comme un processus dans lequel les « experts » sont particulièrement impliqués :

« Oui et bien **c'était un consensus largement déterminé par les experts** [...], il y avait c'est certain beaucoup d'implication des experts, et beaucoup de, ces dix documents [les études spécialisées] dont vous avez parlé, chacune d'elle reposait, sur un large groupe pour les développer, et [...] c'est pourquoi je disais qu'il y avait des dizaines d'experts qui ont débattu sur le plan ce qui a conduit au document final. »⁶⁶ (entretien, acteur des politiques de lutte contre les inégalités de santé)

Ce même enquêté souligne par ailleurs le rôle crucial de l'OMS, qui, en conjonction avec les acteurs du ministère de la Santé, aurait permis de mettre la thématique des inégalités de santé sur l'agenda politique.

« Ok donc je pense qu'à ce moment-là **l'évaluation du plan précédent réalisée par l'Organisation mondiale de la santé a eu une influence majeure sur l'adoption de cet axe.** Et cela a vraiment attiré l'attention sur l'absence de préoccupations en matière de distribution dans les plans de santé. Parce que dans les études internationales le Portugal était montré comme ayant de fortes inégalités de santé, et aussi comme ayant des difficultés dans l'accès et des problèmes dans l'équité et dans le financement de soins, mais malgré tout cette question n'existait pas dans le plan précédent. Donc, **l'Organisation mondiale de la santé, je ne sais pas si vous avez vu le document, a dit, enfin, a dit qu'il y avait d'importantes lacunes dans la politique.** [...] Donc je pense que c'était très important dans ce contexte, cette évaluation que l'OMS a fait, elle a influencé le ministère de la Santé à cette époque. »

« Et bien j'ai travaillé dans ce domaine depuis un certain nombre d'années donc, je savais [à propos des inégalités de santé au Portugal], d'autres personnes certainement le savaient aussi, mais ce n'était pas vraiment, une préoccupation sociale importante. **Et à cette époque je me souviens par exemple c'est devenu un, je me souviens du journal principal du Portugal, a eu sur sa première page, un article à ce propos, sur la manière dont le Portugal avait des inégalités plus importantes que dans les autres pays européens. Et avant cela ce n'était pas vraiment une préoccupation. Et donc le travail que l'on a fait à cette époque et avec l'OMS a permis de mettre cela sur l'agenda. Ce**

⁶⁵ Pour la liste complète, voir : ministère de la Santé, service national de santé (2013). *Plan national de santé 2016-2020 – Version récapitulative (Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Versão Resumo)*. Publications du ministère de la Santé portugais, p. 8.

⁶⁶ « Yeah well it was mainly an expert-driven consensus so [...] there was certainly a lot of expert involvement, and lot of, these ten documents which you talked each had, a wild group uh, developing them, and [...] that's why I said there were dozens of experts discussing the plan which lead to the final document. » (traduction par l'auteure).

n'était pas très important non plus sur l'agenda mais au moins cela y était, ça a fait la une des journaux pour la première fois. »

« [...] Mais ensuite il y a eu cette question avec le plan national de santé, où il y a eu une implication majeure, pour l'expliquer je pense que cela avait beaucoup à voir avec les personnes au sein du ministère de la Santé à cette époque, ils le voulaient, ils étaient conscients des faiblesses du système de santé portugais, et ils voulaient avoir un dialogue avec des experts internationaux, qui pouvait je pense, leur permettre de prioriser certains domaines. Et donc ce dialogue avec l'OMS était utile pour quelque chose que les personnes en charge à l'époque savaient déjà, et ils savaient où ils voulaient aller, pas si loin peut-être mais ils savaient assurément que la soutenabilité du système de santé était un enjeu clé, que les ressources humaines sont un enjeu clé et assurément que l'équité en santé était un enjeu clé. Et ce dialogue avec les experts internationaux et en particulier l'OMS, leur a permis de soutenir plus fermement le plan qui était proposé. »⁶⁷(entretien, acteur des politiques de lutte contre les inégalités de santé)

Il existe en effet d'étroites connexions entre l'OMS et les personnes en charge de la rédaction du PNS 2012-2016. Ainsi, l'un des coordinateurs principaux du PNS n'est autre que le point de contact de l'OMS dans le cadre de l'évaluation du premier PNS.⁶⁸

Au Portugal, il semble ainsi que le rôle des experts tant nationaux (universitaires) qu'internationaux (OMS) ait été central dans la mise à l'agenda des inégalités de santé lors de la formulation du PNS 2012-2016. Comme en France, on observe ainsi un lien étroit entre communauté épistémique et mise sur agenda de la thématique des inégalités sociales de santé. Dans les deux cas, l'existence de ces types d'inégalités a été mise en évidence et portée par des travaux scientifiques.

Dans le cas suisse, nous n'avons pas pu identifier de communauté épistémique spécialisée dans la promotion de la lutte contre les inégalités sociales de santé. Il faut tout d'abord noter que nous n'avons pu récolter que peu de données sur les personnes ayant été en charge de

⁶⁷ « OK, I think at the time a major influence on that axis being adopted was an evaluation of the previous health plan made by the World Health Organisation. And that really drew attention to the lack of distributional concerns in a health plan. Because Portugal in international studies was being shown up as having quite strong inequalities in health, and also difficulties in access and problems in equity and healthcare financing, and yet this question didn't exist in the previous plan. So the World Health Organisation, I don't know if you saw the document, said, I mean, it said it had important policy gaps. [...] So I think this was really important for context, this evaluation that WHO did, was influential at the Ministry of Health at the time. » « Well I've been working in the area for some years so, I knew [about inequalities in health in Portugal], some people I'm sure knew, but it wasn't really a, a strong societal concern. Uh, and at the time I remember for example it became a, I remember the main national newspaper, had in the first page this, a story about this, how Portugal had wider inequalities than European countries. And before it wasn't really a concern. And the work we did at the time and that WHO did put that on the agenda, I don't think it was very strong on the agenda but at least it was there, it was front-page news for the first time. » « [...] But then there was this question with the National Health Plan, were there was a major involvement, to explain it I think it had a lot to do with the people within the Ministry of Health at this time, they wanted it, they were aware of the failings in the Portuguese health system, and they wanted to have some dialogue with international experts, which would I think, allow them to prioritise certain areas. And so that dialogue with WHO was useful for something I think the people in charge at the time already knew, and they knew where they wanted to go, not so far perhaps but they certainly knew that the sustainability of the health system was the key issue, human resources is the key issue and certainly equity in health was a key issue. And this dialogue with international experts and particularly WHO, allowed a stronger underpinning for the plan which was put forward. » (traduction par l'auteure).

⁶⁸ Sources : entretien, acteur de l'élaboration du PNS 2012-2016 ; WHO Europe, Ministério da Saúde, Alto Commissariado da Saúde (2010). *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe Publications.

la rédaction des stratégies Santé2020 et Santé2030. Il semble cependant que, de manière similaire à la France, la rédaction de ces stratégies ait été essentiellement prise en charge par l'administration centrale de la santé, à savoir l'OFSP. S'il y a certainement eu des consultations préalables à la publication des stratégies (entretien, acteur de la politique de santé suisse), les données n'ont pas permis de déterminer quel type d'individus ont été impliqués, et quel rôle ont pu jouer les personnels académiques. Un chercheur ayant travaillé sur la thématique des inégalités de santé à la demande de l'OFSP en 2012 suggère que cette thématique est peu traitée en Suisse, contrairement à de nombreux autres pays européens.⁶⁹ Depuis 2019 cependant, nous avons pu repérer un groupe de chercheurs travaillant sur cette thématique.⁷⁰ Ces chercheurs ont pu montrer grâce à une importante base de données l'ampleur des inégalités sociales de santé en Suisse, en particulier en ce qui concerne les années de vie en bonne santé (Remund, *et al.*, 2019). Cette première étape conduira peut-être à la création d'une « communauté épistémique » semblable à ce que nous avons pu observer en France et au Portugal.

Le contexte politico-institutionnel ainsi que la présence de communautés épistémiques structurées autour de la thématique des inégalités de santé apparaissent donc comme deux pistes explicatives permettant de comprendre la mise sur agenda différenciée des inégalités sociales de santé entre la France, la Suisse et le Portugal. Cependant, même lorsque cette thématique est effectivement mise sur l'agenda, cela ne suffit pas toujours à assurer la traduction de cet objectif en instruments concrets. Ainsi, même si le traitement des inégalités de santé peut paraître satisfaisant dans la SNS, les avancées concrètes en termes d'action publique peuvent faire l'objet de critiques :

« [...] La situation dans laquelle on est, c'est-à-dire il y a un objectif affiché, il y a des objectifs généraux euh, dans les grands textes, mais **sur le, sur le terrain les mesures concrètes manquent un peu.** » (entretien, acteur des politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé)

« Sur ces concepts [d'universalisme proportionné] il y a eu énormément de travaux académiques, mais **peu sur la mise en œuvre...** La difficulté c'est qu'au-delà des constats, il faut réussir à réduire les inégalités de santé. » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire)

« [...] C'est-à-dire que c'est plutôt ça en fait c'est **comment concrétiser le gradient avec les leviers de la sécurité sociale, du développement des soins, c'est ça qui était pas très clair c'est que finalement on n'a pas trop, trop réussi à intégrer,** entre les différentes conceptions de l'action en santé, une conception globale dans laquelle tout le monde va dire finalement moi comment est-ce que je fais pour apporter ma pierre à cette conception globale. » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire)

« [...] Parler d'inégalités sociales de santé c'est un vrai bond en avant par rapport à d'autres époques mais **ça ne permet pas de penser quelles sont les actions pour améliorer la santé des plus pauvres, des plus discriminés des plus marginalisés.** Il y a quand même quelque chose où comment on fait pour que les gens aillent mieux, comment on fait pour qu'ils vivent aussi longtemps que les

⁶⁹ Lehmann, Philippe (2012). Les inégalités sociales en santé ont la vie dure. Page web publiée sur le site de Reiso, revue d'information sociale. Disponible sur : <https://www.reiso.org/articles/themes/politiques/131-les-inegalites-sociales-en-sante-ont-la-vie-dure>

⁷⁰ Oris, Michel, *et al.* (2020). En Suisse, les inégalités de vie en santé se creusent... et leur mesure se détériore. Page web publiée sur le site de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH). Disponible sur : <https://www.sagw.ch/fr/assh/actualites/blog/details/news/en-suisse-les-inegalites-de-vie-en-sante-se-creusent-et-leur-mesure-se-deteriore/>

autres euh, et ça c'est très difficile, et ça, une fois qu'on a reformulé de cette façon qui me paraît un petit peu plus claire, ça nécessite de dire et ben on va mettre des moyens non seulement en quantité supplémentaire mais aussi, de nature différente envers ces populations-là, et ça, ça reste un tout petit peu... Ça reste un peu difficile. » (entretien, association d'utilisateurs du système de santé)

Ainsi, malgré un fort consensus apparent⁷¹ autour de cette thématique, le traitement des inégalités de santé semble demeurer une problématique peu prise en compte au niveau opérationnel, au moins au niveau national.⁷² En termes de cycle des politiques publiques, donc, il semble que la thématique des inégalités est désormais particulièrement bien ancrée dans les différentes phases de mise sur agenda (on pourrait à ce titre considérer la SNS comme le produit d'une mise sur agenda formalisée), mais que ce sujet a du mal par la suite à alimenter de manière plus structurante les phases successives de formulation et de mise en œuvre. Plusieurs pistes d'explication de ce phénomène sont possibles.

Le « pilotage stratégique » des inégalités : un objectif difficile à mettre en pratique ?

Un guide issu d'un travail de recherche financé par l'Union européenne indique les dimensions importantes à prendre en compte lorsqu'il s'agit d'évaluer les politiques de lutte contre les inégalités de santé (*The Gradient Evaluation Framework [GEF]*)⁷³ :

- présence de la notion d'universalisme proportionné ;
- outils permettant l'intersectorialité de la politique de lutte contre les inégalités de santé
- Adoption d'une approche systémique globale ;
- précision en termes d'échelle et d'intensité (quelles ressources disponibles pour les programmes de réduction des inégalités sociales de santé quelle calibration ?) ;
- adoption d'une approche tout au long de la vie ;
- prise en compte des déterminants sociaux ;
- ne pas se focaliser sur des territoires particuliers (car cela peut masquer l'existence d'inégalités sociales de santé dans les territoires en apparence les mieux dotés) ;
- mise en place d'indicateurs compatibles avec la notion de gradient social.

Au-delà des concepts (universalisme proportionné, intersectorialité, approche systématique globale, approche tout au long de la vie, déterminants sociaux), que l'on retrouve dans les stratégies, les auteurs mettent en avant la nécessité de disposer d'« outils », de « ressources calibrées » et d'« indicateurs », instruments concrets que l'on ne retrouve pas nécessairement dans les stratégies nationales de santé analysées dans le cadre de cette étude. Or, la mise en œuvre de dispositifs concrets de lutte contre les inégalités de santé semble être ce qui fait défaut aujourd'hui au niveau de la politique publique de santé.

De toute évidence, une des explications à l'absence de mesures concrètes concernant les inégalités sociales de santé dans les stratégies nationales de santé réside dans la nature et la structure de ces documents tels qu'ils ont été conçus dans les trois pays. Ainsi, il faut noter que la problématique de la mise en œuvre est inhérente au design de l'instrument SNS (voir

⁷¹ « C'est une notion que tout le monde admet. » « Convergence des diagnostics. » « Personne ne vous dira "on s'en fiche ça n'a aucune importance", c'est pas un discours qui est tenable dans notre pays. » (entretiens, fonctionnaire, association d'utilisateurs du système de santé ; acteur des politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé).

⁷² « Il existe en effet de nombreuses initiatives locales qui traitent de ce problème, mais celles-ci souffrent d'un manque de visibilité et de pilotage à un niveau plus global. » (entretien, acteur des politiques de réduction des inégalités sociales de santé).

⁷³ Davies, John & Sherriff, Nigel. (2012). *The Gradient Evaluation Framework (GEF): A European framework for designing and evaluating policies and actions to level-up the gradient in health inequalities among children, young people, and their families*. Technical report, 10.13140/RG.2.1.2594.0881.

l'analyse d'impact de ce rapport), et les inégalités de santé ne font ainsi pas exception à la règle. En effet, la SNS vise à piloter l'ensemble des politiques de santé, tant au niveau national que régional, et, du fait de son caractère « stratégique », elle n'est pas assortie de dispositions réglementaires ou de budgets spécifiques. Par ailleurs, son contenu vise principalement à décrire de grands objectifs, sans détailler les leviers ou mesures opérationnelles visant à les mettre en œuvre. De manière générale donc, les dispositions de la SNS ont eu du mal à s'incarner dans des dispositifs concrets. Le Portugal semble avoir rencontré une problématique similaire, puisque le PNS 2012-2020 n'aurait *in fine* que peu alimenté les politiques nationales et connu une mise en œuvre très limitée.⁷⁴ De même, en Suisse, la mise en œuvre des cadres stratégiques nationaux au sein des cantons (qui par ailleurs disposent d'une compétence importante en matière de santé) semble particulièrement difficile.⁷⁵

Ce problème s'exprime de manière particulièrement visible dans le cas des inégalités de santé. En effet, cet objectif a une vocation transversale, ce qui de fait le situe à un niveau encore plus « macro » que d'autres objectifs (déjà formulés à un niveau très général) de la SNS. C'est d'ailleurs, dans cette SNS, davantage un principe qu'un objectif en soi, puisque la prise en compte des inégalités de santé est supposée drainer la mise en œuvre de chaque objectif des politiques de santé. L'objectif de réduire les inégalités de santé est ainsi exprimé à un niveau particulièrement abstrait dans la SNS 2018-2022.

Ensuite, la réduction des inégalités de santé est un objectif par nature difficile à mettre en œuvre, en partie car les acteurs ne disposent pas nécessairement des « recettes » qui permettraient d'opérationnaliser cet objectif en instrument des politiques publiques. Même en termes de conceptualisation des inégalités de santé (ce qu'elles sont, d'où elles viennent, et donc par quels moyens les traiter), il ne semble pas y avoir de consensus univoque entre les acteurs, ce qui peut être un premier obstacle à la traduction de cet objectif en instrument.

⁷⁴ Source : entretiens, acteur des politiques de lutte contre les inégalités de santé ; acteur de l'élaboration du PNS 2012-2016. D'après ce dernier acteur, le PNS aurait cependant eu un impact stratégique un peu plus marqué au niveau des politiques locales de santé.

⁷⁵ « Donc c'est des bons cadres de référence, honnêtement oui, la prise en considération des déterminants sociaux de la santé, axer des stratégies en les prenant en considération avec différents niveaux de mesures tout ça se sont des cadres généraux qui sont pertinents. L'enjeu ensuite est la mise en œuvre. [...] Parce que ce millefeuille, parce que des résistances, parce que voilà. Pour qu'un canton ou respectivement une commune ou une institution, puissent mettre en œuvre une mesure telle qu'elle a été pensée, initialement, il faut qu'elle fasse valider ses propres budgets c'est-à-dire que le cadre est pas associé à des financements. Le cadre est un cadre stratégique. Et pour l'opérationnel il y a besoin d'argent, et que là les institutions doivent, voir avec les services qui les financent [...]. » « [...] Les cadres généraux sont aussi très subjectifs. Quand on les lit euh voilà. Il faut donner un accès équitable à la santé ou au dépistage. Ça veut tout dire et rien dire. » (entretien, acteur de la politique de santé suisse).

Tableau 3. Les différentes conceptions du problème des inégalités de santé dans les entretiens réalisés

Conceptualisations du problème des inégalités de santé	Sources	Extrait d'entretien
<p>Les inégalités comme problème lié aux populations précaires, vulnérables, éloignées du système de santé</p>	<p>Compte rendu d'entretien, fonctionnaire</p>	<p>« À la DGS beaucoup de personnes connaissent cette notion de gradient, mais la combinent plutôt avec des mesures ciblées sur les populations précaires. » « C'est d'abord on essaie de faire une politique pour tout le monde et ensuite on essaie d'aider ceux en difficulté pour que la politique soit plus efficace. » « Alors déjà il y a deux cultures sur la façon de prendre en compte les inégalités. Il y a la culture classique, où on se focalise sur le "bas de l'échelle", le public précaire, c'est la culture la plus partagée, d'où les mesures plus spécifiques. Puis il y a l'autre culture celle du gradient social, qui ne se vérifie pas toujours d'ailleurs. » « Quand il y a ces deux approches, la majorité reste souvent axée sur les plus démunis, c'est l'approche la plus consensuelle. [...] Ce qui fait qu'on arrive tout le temps à une politique globale, qui fait attention aux plus fragiles. »</p>
	<p>Entretien, association d'utilisateurs du système de santé</p>	<p>« [...] Parler d'inégalités sociales de santé c'est un vrai bond en avant par rapport à d'autres époques mais ça ne permet pas de penser quelles sont les actions pour améliorer la santé des plus pauvres, des plus discriminés des plus marginalisés. »</p>
<p>Les inégalités de santé comme problème social global (déterminants sociaux de santé, notion de gradient)</p>	<p>Entretien, acteur des politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé</p>	<p>« La littérature scientifique des 20-30 dernières années a permis de montrer qu'accueillir les jeunes enfants en particulier des catégories défavorisées quand les mères sont peu éduquées, etc. permet de rattraper d'une certaine façon les handicaps de langage, d'écriture et la scolarité, et donc du coup l'accueil des enfants de moins de 3 ans, prend une autre coloration, c'est un élément essentiel de lutte contre les inégalités de santé parce que ça permet de réduire les écarts dès les premières années là où ça compte vraiment et si possible ensuite de continuer par une école qui réduirait les inégalités scolaires. Donc là y a des, y a aussi un dispositif qui est aussi un petit peu en train de changer, avec des grosses [?] mais c'est vrai que de mon point de vue, si on avait un modèle de santé qui permettait de réfléchir à tous ces dispositifs avec notamment leur implication sur la santé, pas seulement mais notamment, probablement ça permettrait d'enrichir le débat. Alors que là finalement on est encore dans un système [?] la santé c'est le système de soins. »</p> <p>« Le deuxième élément euh ça a été effectivement le rapport du HCSP que vous avez dû visiblement lire, qui pour la première fois abordait le sujet disons de façon</p>

		<p>directe euh, alors qu'avant y avait une sorte de confusion entre inégalités sociales de santé et précarité dans les, si vous regardez les 100 objectifs de la santé publique alors c'est la loi de, euh, c'était à peu près contemporain ça devait être 2008-2009, disant il faut réduire les inégalités sociales de santé en améliorant la santé des plus précaires, ce qui était une confusion totale des deux, des deux objectifs. »</p>
	<p>Entretien, fonctionnaire</p>	<p>« Donc dans cette feuille de route, vous aviez le premier axe enfin la première feuille de route [?] protection sociale, personnes vulnérables, une feuille de route sur ça à l'époque, et puis il y avait une feuille de route, une partie pardon de la feuille de route santé, donc la première partie c'était évidemment de mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé. Ça, ça a gardé sa première place. Ça n'était pas explicité dans la feuille de route mais enfin ce qui était sous-jacent au problème c'était l'accent sur les déterminants de santé [?] visait à réduire la mortalité évitable [?] pardon qui sont constitués du fait du manque d'intervention sur les déterminants de santé [?]. »</p> <p>« Ça c'est donc pour comment dire, cet espèce de péché originel qui se répète régulièrement, sur le fait que bah les inégalités de santé, quand on en parle et quand on dit [?] mais en fait les inégalités de santé c'est le gradient, enfin, penser au gradient social de santé, la plupart du temps en fait on comprend euh par inégalités d'accès, inégalités territoriales, inégalités géographiques et on a du mal en fait à voir de façon concrète, comment on agit sur le gradient. »</p>
<p>Les inégalités comme un problème essentiellement financier d'accès aux soins</p>	<p>Compte rendu d'entretien, association d'usagers du système de santé</p>	<p>« Sur les inégalités de santé, mention immédiate de la CNAM et du panier "100 % santé" qui était une bonne chose. Par contre il y a eu des retours en arrière sur le tiers-payant généralisé. »</p>
<p>Les inégalités comme un problème essentiellement territorial d'accès aux soins</p>	<p>Compte rendu d'entretien, fonctionnaire</p>	<p>« Ce qui est compliqué [...], c'est que le vrai problème en termes d'inégalités c'est l'accès aux soins, le sujet de fond c'est la démographie médicale, et ça ne se règle pas en deux ans, il faut attendre quinze ans déjà pour qu'un <i>numerus clausus</i> augmenté ait des effets avec des médecins formés. Cela limitait forcément la réflexion, en tout cas à court terme, à des sujets de gestion, de répartition des moyens existants, de transformation des financements, il y avait quand même des leviers mais le levier le plus structurel est la démographie médicale, l'attractivité des métiers de la santé, ça se sont des sujets long terme et qui demandent des arbitrages financiers considérables. »</p>

Ces différentes conceptions rendent le sujet des inégalités de santé particulièrement difficile à piloter, et ce à tous les niveaux de gouvernement :

« **C'est vrai qu'on est un peu structuré au ministère de la Santé en directions qui ont chacune leur mode de pensée et leur type d'outils.** C'est vrai que, euh, bah, l'action sur les environnements favorables à la santé c'est vraiment du registre de, de ce que sait faire ou de ce qu'a développé comme mode de pensée la DGS ces dernières années, ces dix dernières années et avec la mise en place du comité interministériel santé, en collaboration avec un certain nombre de ministères correspondants. Les autres directions ont plus de mal en fait à actionner ce type de levier, c'est pas tout à fait de leur registre. **Donc quand on demande à cinq directions de se mettre autour de la table pour élaborer une stratégie nationale en fonction de leur façon de penser ou de leur champ d'intervention, voilà c'est pas évident quand même.** C'est de ça qu'il s'agit. » (entretien, fonctionnaire)

Ces difficultés de conceptualisation pourraient également être une explication au fait que le traitement des inégalités de santé apparait de manière plus systématique dans les parties des stratégies dédiées à l'accès aux soins (phénomène qui s'observe tant en France qu'au Portugal et en Suisse, voir section précédente). En effet, l'accès aux soins se traite en partie en termes de ressources, ce qui permet de fait d'établir des catégories entre les individus selon leurs revenus : la notion de gradient y est plus facilement applicable et conceptualisable que lorsqu'il s'agit de traiter des différentes habitudes de vie par exemple. On observe d'ailleurs que la notion de « seuil » est souvent présente lorsqu'il s'agit de traiter des problématiques financières de l'accès aux soins.⁷⁶ Or, cette idée « d'effet de seuil » entretient des proximités logiques avec la notion de gradient, l'idée sous-jacente étant qu'établir une distinction nette entre les individus situés aux extrémités du gradient et le reste de la population conduit à mettre de côté tout un ensemble de difficultés rencontrées par les personnes situées en dehors de ces extrémités.

Un argument similaire peut être avancé au regard des inégalités territoriales de santé, puisqu'elles se conceptualisent sous forme de différences de ressources d'ordre médical sur un territoire donné. Pour les instruments de politique publique ne présentant pas de dimension financière (ou de « ressource » plus ou moins facilement mesurable), l'adaptation des instruments à la problématique des inégalités devient plus difficile.

L'enquête prend l'exemple du Nutriscore : « **Tout le monde le voit de la même façon, on ne peut pas vraiment faire de l'universalisme proportionné.** Sauf à faire plus de communication dans certains quartiers. Ce sont des choses qui se font parfois, de la communication ciblée. Mais **le plus souvent l'universalisme proportionné est en lien avec une prestation de type financier.** »

« **Certains facteurs de risque ne suivent pas le gradient,** avec un défi puisque les CSP ce n'est pas une variable ordonnée, on ne sait pas vraiment comment les ordonner. » L'enquête avait regardé par exemple la catégorie des ouvriers « dans laquelle on trouve vraiment de tout, chaque profession avec des facteurs de risque ou de protection très différents, et puis avec des échelles de stress qui peuvent être plus importantes pour les professions intellectuelles supérieures par exemple. Cela marche dans pas mal de cas mais pas tout le temps. **Cela marche sur une**

⁷⁶ Dans la SNS française, la notion d'effet de seuil est directement mobilisée, tandis qu'en Suisse on observe plutôt une attention dédiée à plusieurs segments de la population (jusqu'aux classes moyennes) lorsqu'il s'agit de traiter de la dimension financière de l'accès aux soins (paiement des primes).

échelle de revenus, mais sur les CSP cela ne se classe pas aussi facilement. »

« L'idée de l'universalisme proportionné ça existe au niveau des impôts et des prestations sociales, mais on ne sait pas ce que serait une politique de lutte qui serait attachée à chaque CSP. On a même des contre-exemples, on a plein de maladies où il faudrait faire plus pour les hommes et moins pour les femmes, alors que généralement ce qu'on fait c'est l'inverse. Ce serait difficile de mettre ça en place. » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire)

Quels que soient les effets de ces conceptions sur le traitement des inégalités de santé, la structuration de la thématique des inégalités de santé dans la SNS trouve également son origine dans la feuille de route rendue par la ministre Agnès Buzyn au Premier ministre Édouard Philippe :

« Pour venir maintenant au sujet de vos travaux, alors, la place et la façon dont les inégalités ont été considérées dans l'élaboration de la stratégie. [...], donc en fait on s'est appuyé sur ce qui a été la feuille de route de la nouvelle ministre. Je sais pas si c'est quelque chose qui vous parle, donc Agnès Buzyn a présenté sa feuille de route comme tous les ministres en l'occurrence, à... Au Premier ministre, et bah en fait on s'est dit bah voilà ce qui serait tout à fait logique c'est pour la stratégie nationale de santé portée par la ministre de la Santé et bah on va reprendre sa feuille de route, et à partir de là on va construire quelque chose qui sera cohérent avec ce qu'elle propose comme projet au Premier ministre. Donc dans cette feuille de route, vous aviez le premier axe enfin la première feuille de route [?] protection sociale, personnes vulnérables, une feuille de route sur ça à l'époque, et puis il y avait une feuille de route, une partie pardon de la feuille de route santé, donc la première partie c'était évidemment de mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé. Ça, ça a gardé sa première place. Ça n'était pas explicité dans la feuille de route mais enfin ce qui était sous-jacent au problème c'était l'accent sur les déterminants de santé [?] visait à réduire la mortalité évitable [?] pardon qui sont constitués du fait du manque d'intervention sur les déterminants de santé [?]. Ça n'était pas explicité mais en tout cas c'était je dirais un implicite. »

« [...] Et donc je vous disais que si on a mis ce deuxième axe, il était [?] les inégalités sociales et territoriales de santé, c'est parce que c'était présenté comme ça dans la feuille de route de la ministre. » (entretien, fonctionnaire)

Lorsqu'on analyse cette feuille de route, plusieurs constats émergent. Premièrement, on observe que concernant la prévention en santé, la question des déterminants sociaux est évoquée. Néanmoins, les objectifs semblent davantage être une amélioration générale de l'état de la population qu'une réduction du gradient (le mot lui-même de « gradient » n'est pas présent). Ensuite, on peut noter que le deuxième axe « Améliorer l'accès aux soins pour tous et sur l'ensemble du territoire » fait finalement assez peu référence aux questions d'inégalités sociales de santé, et insiste davantage sur la question des inégalités territoriales. Les mesures évoquées visent ainsi l'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, du travail coordonné entre professionnels et des parcours de soins. Les dernières lignes du paragraphe traitent cependant du tiers-payant et du reste à charge, ce qui peut être implicitement rattaché aux questions d'inégalité sociales.

La manière dont a été structurée la thématique des inégalités dans la SNS 2018-2022, que ce soit son traitement implicite dans l'Axe 1, ou son traitement plus explicite en lien avec l'accès

aux soins (Axe 2), semble donc fortement tributaire de la façon dont la ministre et son équipe avaient rédigé leur feuille de route en premier lieu.⁷⁷

Enfin, une dernière piste d'explication à la difficulté de la traduction de l'objectif de réduction des inégalités en dispositifs concrets de politique publique réside dans la hiérarchisation des objectifs opérée par les acteurs de politique publique. En effet, le but de l'intervention publique en santé vise souvent une amélioration de l'état de santé de la population générale, avant de viser une réduction des inégalités. De ce fait, la réduction des inégalités de santé est rarement un objectif prioritaire, ce qui peut expliquer qu'il soit laissé de côté, ou qu'il devienne difficile à appliquer une fois que l'intervention publique a été conçue pour viser en premier lieu la population générale.

« **C'est d'abord on essaie de faire une politique pour tout le monde** et ensuite on essaie d'aider ceux en difficulté pour que la politique soit plus efficace. »

« Historiquement, l'idée que les inégalités sont traitées partout, ce n'est pas un axe à part, on est censé avoir en tête qu'on les prend en compte. **Ce n'est pas l'objectif n°1 de réduire les inégalités de santé, on veut d'abord améliorer l'état de santé de la population en général** et réduire les inégalités peut y contribuer, d'où parfois des "zappings". »

« Quand il y a ces deux approches, la majorité reste souvent axée sur les plus démunis, c'est l'approche la plus consensuelle. Après **quand on commence à vouloir mener des politiques, on pense global**, par exemple on veut que la prévalence du tabagisme diminue, objectif qui serait concurrencé par une réduction des inégalités dans le tabagisme. L'objectif de réduction des inégalités est compliqué parce que la prévalence peut rester stable. Donc la finalité en elle-même est plus compliquée à manipuler. Ce qui fait qu'on arrive tout le temps à une politique globale, qui fait attention aux plus fragiles. » (compte rendu d'entretien, fonctionnaire)

[...] **On fait déjà pour la population générale et on fera après**, sauf que comme ça, ça marche pas, la première on fait jamais après, c'est la première chose parce que voilà un chantier chasse l'autre, et puis deuxièmement si on conçoit pas directement on peut pas forcément adapter ce qu'on a conçu en population plus générale pour les populations les plus éloignées. Et si on concevait directement pour des personnes les plus éloignées [...]. Si on concevait, de manière un peu plus, un peu plus large ces dispositifs-là pour ces publics-là, et ben ce serait utile pour les autres. » (entretien, association d'utilisateurs du système de santé)

[...] **L'aspiration à mettre la même solution partout pour tout le monde** et que ce serait ça l'égalité c'est encore très fort. » (entretien, association d'utilisateurs du système de santé)

On retrouve, dans ces entretiens, l'idée que les politiques de réduction des inégalités de santé se font en quelque sorte « aspirer » dans une conception plus générale de l'égalitarisme à la française, qui veut que l'intervention publique soit pensée avant tout en

⁷⁷ Nous n'avons pas pu retrouver la feuille de route établie par la ministre (présentée au Premier ministre dans une note de onze pages début juillet 2017), mais celle signée en août 2017 par le Premier ministre à destination d'Agnès Buzyn. On retrouve dans cette feuille de route trois axes (qui sont sans doute les trois axes de départ de la SNS qui ont été transformés en quatre axes par la suite) : « Vous engagerez une transformation du système de santé orientée en priorité vers la prévention, la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ainsi que vers l'efficacité et la qualité de prise en charge. » (communication du Premier ministre Édouard Philippe à destination de la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn, Paris le 9 août 2017).

fonction de la « population générale ». Or, les interventions « généralistes » peuvent potentiellement contribuer à renforcer les inégalités de santé :

« L'alimentation est de fait un champ intersectoriel pour lequel des avancées considérables ont été réalisées. Dans un premier temps, le PNNS n'a pas considéré les inégalités sociales de santé au sens de gradient social et a inclus uniquement les populations les plus précaires. Puis les inégalités sociales de santé ont été incluses dans la réflexion, mais sans réel contenu concret. Plus récemment, le Nutriscore représente une avancée décisive dans les politiques intersectorielles. Il reste à évaluer son impact sur les inégalités sociales de santé car, s'agissant d'une mesure d'information destinée à mieux éclairer les choix individuels, une hypothèse est que ces informations puissent être utilisées préférentiellement par les populations les plus éduquées et paradoxalement aggraver les inégalités sociales d'alimentation. »⁷⁸

C. Conclusion : les inégalités de santé, un objectif bien présent au niveau stratégique mais peu incarné au niveau des instruments de politique publique

Les résultats de cette étude montrent que la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est un objectif bien ancré au niveau des stratégies nationales de santé, en particulier dans le cas de la SNS française et du PNS portugais. Ainsi, la nécessité de réduire ce type d'inégalité semble être un élément important de l'agenda politique en matière de santé publique. En France, cette thématique est apparue sur l'agenda il y a une vingtaine d'années, notamment grâce à la mobilisation d'un collectif interdisciplinaire de chercheur.e.s (« communautés épistémiques »). Depuis, cette thématique s'est stabilisée sur l'agenda et fait désormais partie de la plupart des plans et discours politiques en matière de santé. Un phénomène relativement similaire a pu être observé au Portugal, où le PNS 2012-2020 fait également des références abondantes au problème des inégalités de santé, en particulier d'origine sociale. Tout comme en France, il semblerait que des acteurs issus du monde académique, en lien avec l'international (en particulier l'OMS) aient fortement contribué à mettre en lumière cette thématique au niveau national. Au regard du traitement des inégalités de santé, la Suisse apparaît comme un pays contrasté en comparaison avec la France et le Portugal, puisque ce sujet n'est traité que marginalement dans la stratégie Santé2020. Outre un contexte politico-institutionnel peu favorable, nous n'avons pas pu repérer de communauté scientifique structurée sur ce sujet. Il semblerait donc que la mise sur agenda de la réduction des inégalités de santé soit en partie tributaire de la présence de « communautés épistémiques » capables d'influencer le champ politique.

Malgré une mise sur agenda visible de cette thématique en France et au Portugal, l'analyse a montré que de nombreux acteurs déploraient le manque de mise en œuvre concrète d'instruments de lutte contre les inégalités de santé. Si la présente étude est limitée à l'analyse des stratégies nationales de santé et ne peut se prononcer sur les instruments effectivement mis en place pour lutter contre les inégalités de santé, la récolte des données a toutefois permis de mettre en lumière plusieurs pistes d'explication relatives aux difficultés de pilotage de ce sujet à un niveau stratégique. Ainsi, il semblerait que des désaccords ou des décalages persistent entre différentes conceptions de ce que désignent les inégalités de santé et donc sur la manière d'y remédier. Les notions de « gradient » et « d'universalisme proportionné » sont ainsi souvent considérées au même titre que les approches se focalisant davantage sur

⁷⁸ HCSP (2021). *Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution*. Actualité et dossier en santé publique. Paris : publications du HCSP, p. 19.

les populations précaires, vulnérables ou éloignées du système de santé. Outre ces différentes conceptions, il faut également noter une certaine difficulté à traduire les grands principes de la lutte contre les inégalités de santé en instruments concrets d'action publique. En effet, il peut parfois être difficile de concevoir des interventions publiques qui prendraient pleinement en compte un gradient qui s'exprime souvent de manière plus subtile que par le seul prisme des catégories sociales. Enfin, la hiérarchisation des objectifs en politique publique, qui vise souvent à intervenir en premier lieu pour la population générale, entre souvent en contradiction avec la production d'instruments visant plus directement la réduction des inégalités. Ainsi, si la mise sur agenda de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé semble désormais actée en France, la traduction de cet objectif en instruments concrets de politiques publiques à même de traiter directement ce problème semble toujours difficile, en particulier en ce qui concerne les inégalités sociales de santé.

Références académiques

- Bali, A. S., Adam, H. (2021). Policy Styles in Healthcare: Understanding Variations in Health Systems. Dans Howlett, M., Tosun, J. (dir.). *The Routledge Handbook of Policy Styles*. (p. 105-122). Routledge.
- Belot, C., Jacquot, S. (2020). Eurobarometer surveys: another history of European gender equality policy?, *European Journal of Politics and Gender* (3:3, p. 331–347).
- Biosse Duplan, A. (2017). *Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé*. Malakoff, France : Dunod.
- Blatter, J., Haverland, M. (2012). *Designing Case Studies: Explanatory Approaches in Small-N Research*. Basingstoke, United Kingdom ; New York, United States: Palgrave Macmillan.
- Bossy, T., Evrard, A. (2014). Communauté épistémique. Dans Boussaguet, L., Jacquot, S., Ravinet, P. (dir.). *Dictionnaire des politiques publiques* (p. 140-146). Paris, France : Presses de Sciences Po.
- Bousquet, F., Ghadi, V. (2017). La participation des usagers aux systèmes de santé : un tour d'horizon international. *Revue française des affaires sociales*, 1, 116-127.
- Boussaguet, L. (2009). Les « faiseuses » d'agenda. *Revue française de science politique*, 59:2, 221-246.
- Bréchat, P.-H., Batifoulier, P., Jeunet, O., Magnin-Feysot, C. (2014). La « méthode de l'Arucah » pour élaborer des priorités de santé : un exemple de démocratie de terrain. *Les Tribunes de la santé*, hors-série 3:5, 89-106.
- Copeland, P., James, S. (2014). Policy windows, ambiguity and Commission entrepreneurship: explaining the relaunch of the European Union's economic reform agenda. *Journal of European Public Policy*, 21:1, 1-19.
- Epstein, S. (1996). *Impure Science*. Berkeley, United States: University of California Press.
- Friedrichs, J., Kratochwil, F. (2009). On Acting and Knowing: How Pragmatism Can Advance International Relations Research and Methodology. *International Organization*, 63:4, 701-731.
- Gusfield, J. (1984). *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*. Chicago, United States: University of Chicago Press.
- Haas, P. M. (1992). Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. *International Organization*, 46:1, 1–35.
- Hassenteufel, P., et al. (2020). The role of professional groups in policy change: Physician's organizations and the issue of local medical provision shortages in France and Germany. *European Policy Analysis*, 6:1, 38–57.
- Immergut, E. (1992). The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden. Dans Steinmo, S., Thelen, K., Longstreth, F. (dir.). *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis* (p.57-89). Cambridge, United Kingdom; New York, United States: Cambridge University Press.

- Kingdon, J. W. (2002). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. New York, United States: Pearson.
- Lascoumes, P. (2007). L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? *Politiques et Management public*, 15:2, 129-144.
- Mintrom, M., Norman, P. (2009). Policy Entrepreneurship and Policy Change. *Policy Studies Journal*, 37:4, 649-667.
- Pierru, F. (2007). *Hippocrate malade de ses réformes*. Bellecombe-en-Bauges, France : Éditions du Croquant.
- Remund, A., *et al.* (2019). Longer and healthier lives for all? Successes and failures of a universal consumer-driven healthcare system, Switzerland, 1990-2014. *International Journal of Public Health*, 64:8, 1173-1181.
- Yishai, Y. (2012). Participatory Governance in Public Health: Choice, but no Voice. Dans David Levi-Faur (dir.). *The Oxford Handbook of Governance, Oxford Handbooks Online* (p. 1-15). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Zahariadis, N. (2003). *Ambiguity and Choice in Public Policy: Political Decision Making in Modern Democracies*. Washington, United State: Georgetown University Press.

Annexes

1. Liste thématique et alphabétique des documents analysés

France

- **Lois, documents de stratégie de politique publique**

Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2013). *Stratégie nationale de santé, feuille de route*. Paris : publications du ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2017). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. Paris : publications du ministère des Solidarités et de la Santé (version en novembre 2017 et version finale).

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

- **Rapports**

Ceretti, A.-M., Albertini, L. (2011). *Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002*. Rapport remis à M. le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

Compagnon, C. (2014). *Pour l'An II de la Démocratie sanitaire. Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé*.

Conférence nationale de santé (1996). Rapport de la conférence nationale de santé, septembre 1996. Paris, France : La Documentation française.

Conférence nationale de santé (2021). *La démocratie en santé en période de crise sanitaire*. Avis adopté lors de la séance plénière du 20 janvier 2021.

Haut Conseil de la santé publique (2009). *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris, France : publications du HCSP.

Haut Conseil de la santé publique (2010). *Évaluation des 100 objectifs de la loi du 9 août 2004, Scannographie en décembre 2009*. Paris, France : publications du HCSP.

Haut Conseil de la santé publique (2021). *Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution*. Actualité et dossier en santé publique. Paris, France : publications du HCSP.

OpinionWay (2017). *Consultation stratégie nationale de santé*. Sondage OpinionWay pour les ministères sociaux. Paris, France : OpinionWay.

- **Autres**

Communication du Premier ministre Édouard Philippe à destination de la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn, Paris, le 9 août 2017.

France Assos Santé (2017). Lettre ouverte à Madame Agnès BUZYN, ministre de la Santé et des Solidarités. Paris, le 17 octobre 2017.

Touraine, M. (2014). Health inequalities and France's national health strategy, *The Lancet*, 383:9923, 1101–1102.

Portugal

- **Lois, documents de stratégie de politique publique**

Directorate-general of health, ministry of health (2004). *National health plan 2004-2010, Volume I – priorities*. Lisbon, Portugal: Directorate-general of Health publications.

Ministère de la Santé, service national de santé (2013). *Plan national de santé 2016-2020 – Version récapitulative (Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Versão Resumo)*. Lisbonne, Portugal : publications du ministère de la Santé portugais.

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde, Orientações estratégicas para 2004-2010*. Lisbonne : publications du ministère de la Santé.

- **Rapports**

Simões, J.d.A., Figueiredo Augusto, G., Fronteira, I., Hernández-Quevedo, C. (2017). *Portugal: Health system review*. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, 19(2).

WHO Europe, Ministério da Saúde, Alto Commissariado da Saúde (2010). *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe publications.

Suisse

- **Lois, documents de stratégie de politique publique**

Confédération suisse (2013). *Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral*. Publications du Conseil fédéral. Berne, Suisse : publications de l'OFSP.

Confédération suisse, conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé (2016). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024*. Berne, Suisse : publications de l'OFSP.

Conseil fédéral (2019). *Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020-2030*. Publication du Conseil fédéral. Berne, Suisse : publications de l'OFSP.

- **Rapports**

De Pietro, C., *et al.* (2015). *Switzerland: Health system review*. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, 17(4).

- **Autres**

Communiqué de presse du 9 septembre 2013, Confédération suisse, disponible sur : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-50191.html>

Communiqué de presse du 26 janvier 2015, Confédération suisse, disponible sur : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-56006.html>

Lehmann, P. (2012). Les inégalités sociales en santé ont la vie dure. Page web publiée sur le site de Reiso, revue d'information sociale. Disponible sur : <https://www.reiso.org/articles/themes/politiques/131-les-inegalites-sociales-en-sante-ont-la-vie-dure>

Oris, M., *et al.* (2020). En Suisse, les inégalités de vie en santé se creusent... et leur mesure se détériore. Page web publiée sur le site de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH). Disponible sur : <https://www.sagw.ch/fr/assh/actualites/blog/details/news/en-suisse-les-inegalites-de-vie-en-sante-se-creusent-et-leur-mesure-se-deteriore/>

Autres

Davies, J., Sherriff, N. (2012). *The Gradient Evaluation Framework (GEF): A European framework for designing and evaluating policies and actions to level-up the gradient in health inequalities among children, young people, and their families*. Technical report, 10.13140/RG.2.1.2594.0881.

2. Liste anonymisée des entretiens réalisés

France

N°	Type entretien	Fonction	Date entretien	Durée entretien
1	Observation d'entretien	Fonctionnaire ayant participé à la rédaction de la SNS 2018-2022	25/02/2021	00:47:50
2	Entretien	Fonctionnaire ayant participé à la rédaction de la SNS 2018-2022	28/04/2021	01:03:25
3	Rendez-vous téléphonique	Fonctionnaire ayant participé à la rédaction de la SNS 2018-2022	02/06/2021	00:58:30
4	Entretien	Fonctionnaire du ministère de la Santé	23/03/2021	.
5	Rendez-vous téléphonique	Fonctionnaire du ministère de la Santé	07/05/2021	00:51:38
6	Entretien	Membre de cabinet ministériel (Marisol Touraine)	23/03/2021	00:54:00
7	Observation d'entretien	Instance de représentation de la démocratie en santé	31/03/2021	57:35:00
8	Observation d'entretien	Instance de représentation de la démocratie en santé	04/05/2021	00:59:00
9	Entretien	Association d'usagers du système de santé	12/05/2021	01:06:29
10	Entretien	Association d'usagers du système de santé	12/05/2021	01:15:53
11	Entretien	Association d'usagers du système de santé	20/05/2021	00:35:24
12	Entretien	Association d'usagers du système de santé	31/05/2021	01:14:00
13	Entretien	Association d'usagers du système de santé	01/06/2021	01:04:56
14	Rendez-vous téléphonique	Association d'usagers du système de santé	03/06/2021	00:42:53
15	Entretien	Association d'usagers du système de santé	16/06/2021	01:13:15
16	Entretien	Association d'usagers du système de santé	25/06/2021	01:27:42

17	Entretien	Scientifique, spécialiste des inégalités de santé	22/03/2021	00:45:43
----	-----------	---	------------	----------

Portugal

N°	Type entretien	Fonction	Date entretien	Durée entretien
18	Entretien	Fonctionnaire ayant participé à la rédaction du PNS 2012-2016	27/05/2021	01:04:02
19	Entretien	Scientifique ayant participé à la rédaction du PNS 2012-2016	27/07/2021	00:31:08
20	Entretien	Association d'usagers du système de santé	28/07/2021	00:39:15
21	Entretien	Association d'usagers du système de santé	28/07/2021	00:42:25
22	Questions écrites	Association d'usagers du système de santé	31/10/2021	.

Suisse

N°	Type entretien	Fonction	Date entretien	Durée entretien
23	Entretien	Association d'usagers du système de santé	12/07/2021	01:15:36

3. Les caractéristiques positives associées aux processus de démocratie en santé par les représentants d'utilisateurs

Dans cette annexe, nous avons recensé les exemples positifs de processus de consultation tels que rapportés par les acteurs que nous avons rencontrés. L'analyse de ces exemples a permis de mettre en lumière plusieurs caractéristiques positives associées aux dispositifs de démocratie en santé. En particulier, plusieurs acteurs ont souligné l'importance de mettre en place des processus sur un temps relativement long, avec des échanges répétés et de bonne qualité avec les administrations ou les cabinets ministériels.

Tableau 4. Les caractéristiques positives associées aux processus de démocratie en santé

Caractéristiques jugées positives	Extraits d'entretiens correspondants
Itérations, travail de longue durée	« Voilà et donc parfois on les voit trois ou quatre fois, et ça c'est intéressant. Alors on les voit dans le mois le mois et demi et du coup on a le temps de faire des allers et retours, et donc plus ça va, plus la [?] elle est proche de ce qu'on a pu demander ou plus on a pu trouver des compromis. » (entretien, association d'utilisateurs du système de santé)
	« [...] Notamment il y a eu un vrai temps de, de dialogue et de construction avec l'ensemble des acteurs autour de la table dont les associations, dont du coup [l'association], et c'est un processus qui s'est mis en place sur plusieurs mois, alors moi j'ai quitté [l'association] avant la fin, la fin des négociations et du processus, mais ça a vraiment plutôt bien fonctionné. Un autre exemple qui a plutôt fonctionné en exemple de démocratie sanitaire. [...] Et on a abouti pareil à une décision partagée par l'ensemble des acteurs mais c'est un processus qui a mis plusieurs mois à aboutir parce que qui dit consultation et concertation dit la nécessité de faire des réunions du coup de, bah d'écouter chacune des parties prenantes, d'arriver avec à des points de convergence euh, qui sont pas toujours actés et simples dès le début. » (entretien, association d'utilisateurs du système de santé)
	« Sur HPST avec Roselyne Bachelot on avait pris du temps, travaillé en groupe pendant deux ans. » (compte rendu d'entretien, association d'utilisateurs du système de santé)
	« Alors la stratégie nationale de santé ça s'est développé beaucoup plus rapidement, le PRS c'était sur une année entière, alors que la stratégie nationale de santé ça été fait en deux ou trois mois, enfin j'ai le souvenir cette année d'avoir travaillé surtout sur le PRS. » (compte rendu d'entretien, association d'utilisateurs du système de santé)
Contacts spécifiques et de bonne qualité au sein de l'administration ou des cabinets ministériels	« Parfois on a des bons contacts dans les administrations centrales, ça fait aussi partie de notre travail, ou on l'apprend par la bande ou autre ou on redemande, et puis il y a des fois où ça se fait bien spontanément notamment au [...] ce qui s'est beaucoup fait à un moment mais on travaillait très, très

	<p>bien avec la Direction XX. Qui écrivait toutes ses circulaires avec un groupe de travail issu des commissions du [...]. » (entretien, association d'usagers du système de santé)</p>
	<p>« [...] J'ai des souvenirs plus marquants par exemple j'ai un souvenir d'un super échange avec la Direction XX et un membre de cabinet [...] où justement à l'issue des États généraux qu'on avait pu mener on avait une quinzaine de propositions et d'actions concrètes et la Direction XX avait balayé toutes nos actions et nos propositions pour les mettre au regard des priorités de la SNS, et voir ce qui rentrait dans le cadre ce qui était possible de faire, ce qui était pas possible, etc. Et ça j'avais trouvé que c'était un travail hyper intéressant de collaboration parce que c'est un moyen de rencontrer d'un côté les priorités d'une association et d'un autre côté les priorités de l'État et de faire des arbitrages, et les arbitrages je pense que c'est aussi ça le travail de concertation, c'est voir quels sont les points d'action et de convergence possibles. Et je me souviens vraiment d'un travail hyper détaillé de la Direction XX qui avait fait un tableau. » (entretien, association d'usagers du système de santé)</p>
	<p>« Sur le thème de la vaccination il y a eu des réunions avec le cabinet ministériel, avec France Assos Santé et des associations de France Assos Santé volontaires, c'était des réunions de très bon niveau. Cela a beaucoup manqué au début de la crise. Dans ce cadre, les propositions de l'association sont souvent prises en compte. » (compte rendu d'entretien, association d'usagers du système de santé)</p>
	<p>« Alors euh ouais non là au moment de la loi franchement ça se passe hyper bien. [...] Moi je pense que les associations franchement du quinquennat de [...] enfin en tout cas [...] et [...] ils sont hyper contents, tous les deux. Et c'est quand même eux qui mènent la danse. Après euh... [soupon] c'est vrai aussi qu'ils ont pas fait de demandes exorbitantes, c'est pas comme s'ils avaient demandé la lune et qu'on leur avait donné parce qu'on avait peur mais voilà on a vraiment travaillé ensemble correctement. Mais là on parle de travail en interindividuel entre un conseiller du cabinet et un représentant associatif, là je ne vous parle pas des structures normales de concertation et de consultation. » (entretien, ex-membre de cabinet ministériel)</p>
<p>Travail précoce, en amont</p>	<p>« Si. Si sur le médico-social, par exemple sur le médico-social comme on est un organisme gestionnaire assez important, on est souvent associés en amont du [...] ça va dépendre en fait après de nos interlocuteurs en administration centrale, plus ils ont compris que c'était bien de bosser avec nous de manière précoce, plus voilà on a différents moments, par exemple sur le médico-social on peut avoir une réunion de concertation en amont, ensuite ça passe au [...] et ensuite ça passe au [...] qui est une autre instance de concertation spécifique au médico-social, social et médico-social. » (entretien, association d'usagers du système de santé)</p>
<p>Déplacements sur le terrain</p>	<p>« Typiquement ce qu'ils ont fait sur le numérique en santé avec des ateliers citoyens où ils sont allés se promener dans les régions pour entendre les vrais gens et pouvoir faire des contributions par</p>

	rapport à ça me semble autrement plus pertinent en fait, et complémentaire. » (entretien, association d'utilisateurs du système de santé)
Travail en concertation avec les autres parties prenantes	« Par contre, ce dont on peut être fier, c'est que pour la construction du PRS, il y a eu vraiment travail, je me souviens que nous avons en 2015 sur la région [...] 22 groupes de travail qui travaillaient sur un ou des points particuliers du PRS, on avait vraiment l'impression d'un bouillonnement intercatégoriel quoi, les groupes de travail étaient mixtes bien sûr avec divers acteurs du système de santé, et donc nous pouvions nous frotter à toutes ces personnes ces personnalités, ces demandes et on aboutissait forcément à des propositions de compromis ou de consensus à l'ARS. » (compte rendu d'entretien, association d'utilisateurs du système de santé)

Annexe 4

Juin-septembre 2019

Évaluation de la stratégie nationale
de santé 2018-2022

Analyse comparative internationale des stratégies nationales de santé

Eunice Low, candidate au master en santé publique de l'École des hautes études
en santé publique (EHESP), 2018-2020

Table des matières

INTRODUCTION.....	2
PREMIÈRE PARTIE : Vue d'ensemble et analyse des stratégies mises en place à l'international.....	3
1.1. Définition du terme « stratégie » employé dans ce rapport.....	3
1.2. Approches stratégiques	3
1.3. Gouvernance des stratégies	5
1.4. Durée de la stratégie / temporalité	6
1.5. Tableau comparatif visant à mettre en parallèle les quatre axes prioritaires de la stratégie nationale de santé (SNS) française avec les stratégies et plans de santé nationaux de 18 autres pays (ou États).....	8
1.6. Méthodologie d'étude.....	18
DEUXIÈME PARTIE : Discussion sur l'analyse comparative des stratégies mises en œuvre dans plusieurs pays au regard des quatre axes principaux de la SNS 2018-2022.....	20
2.1. Premier axe de santé prioritaire : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie	20
2.2. Deuxième axe de santé prioritaire : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé	23
2.3. Troisième axe de santé prioritaire : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé.....	25
2.4. Quatrième axe de santé prioritaire : Innover pour transformer le système de santé en réaffirmant la place des usagers	27
TROISIÈME PARTIE : MÉTHODES D'ÉVALUATION	29
3.1. Tableau comparatif des méthodes d'évaluation de onze pays ayant mis en place une stratégie nationale de santé publique (telle que définie dans la partie 1.1).....	30
3.2. Stratégies d'évaluation similaires à celles de la SNS	32
3.3. Analyse des méthodes d'évaluation dans d'autres pays	33
CONCLUSION	35
ANNEXE I	36
ANNEXE II	42

INTRODUCTION

L'analyse comparative représente un outil de gestion essentiel pour identifier et mettre en place les bonnes pratiques dans le secteur public, et ce bien souvent au meilleur coût¹. Nombre d'études ont depuis démontré que, lorsque toutes les conditions sont réunies, la comparaison est un vecteur clé de performance. De plus en plus, l'analyse comparative internationale se révèle être une source précieuse d'inspiration et d'apprentissage pour les décideurs politiques lorsqu'il s'agit de développer et de mettre en place des politiques publiques concluantes². L'analyse comparative internationale s'intègre notamment dans une politique globale et participative d'amélioration continue de la qualité (ACQ), en particulier dans le secteur de la santé³.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 (SNS)⁴ vient d'être officiellement adoptée à la fin du mois de décembre 2017. Cette décision, en accord avec les principes de l'OMS, démontre que la santé est une préoccupation majeure des politiques publiques en France. Cette stratégie a pour objectif de relever les principaux défis auxquels sont confrontés la santé publique et le système de soins français, notamment ceux identifiés par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) :

- les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux substances toxiques ;
- les risques d'exposition de la population aux maladies infectieuses ;
- les maladies chroniques et leurs conséquences ;
- l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux.

L'objectif général de ce rapport consiste à réaliser une analyse comparative internationale des dernières stratégies nationales de santé mises en place dans plusieurs pays, en poursuivant trois objectifs principaux :

- comparer les approches stratégiques et notamment la gouvernance et la temporalité des différentes politiques mises en place ;
- comparer ces approches stratégiques à celles des quatre axes prioritaires de santé de la SNS, tout en faisant ressortir les mesures principales des plans de santé ou de leur mise en œuvre ;
- comparer les méthodes d'évaluation et de suivi mises en place pour ces stratégies internationales, ainsi que tout indicateur pertinent ou tout autre outil utilisé.

1 <http://www.oecd.org/governance/budgeting/1902957.pdf>

2 C. Dominique, Kathleen & Anees Malik, Ammar & Remoquillo-Jenni, Valerie. (2013). International benchmarking: Politics and policy. *Science and Public Policy*. 40. 504-513. 10.1093/scipol/scs128.

3 Ettorchi-Tardy, A., Levif, M., & Michel, P. (2012). Benchmarking: a method for continuous quality improvement in health. *Healthcare policy = Politiques de santé*, 7(4), e101–e119.

4 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

PREMIÈRE PARTIE : VUE D'ENSEMBLE ET ANALYSE DES STRATÉGIES MISES EN PLACE À L'INTERNATIONAL

1.1. Définition du terme « stratégie » employé dans ce rapport

Stratégie similaire à celle de la SNS 2018-2022, à des fins de comparaison : politique nationale ou fédérale actuellement appliquée dans un pays (ou État), qui recouvre au moins deux des axes prioritaires de la SNS, et dont la durée (temporalité) est clairement définie dans le programme.

1.2. Approches stratégiques

Stratégies similaires à la SNS

Sur les 18 pays sélectionnés pour cette analyse et cette évaluation⁵, onze⁶ ont actuellement une stratégie nationale ou fédérale qui correspond aux quatre axes prioritaires de la SNS, avec un échéancier établi en vue de mettre en œuvre ces politiques. Il ressort de notre analyse que neuf de ces onze pays ont mis en place une stratégie qui recouvre les quatre axes prioritaires de la SNS. Deux d'entre eux, l'Australie avec son plan national de santé à long terme⁷ et la Suisse avec son programme Santé2020⁸, ont une stratégie très similaire à celle de la SNS. Ces deux pays ont désigné quatre axes prioritaires, à l'image de ceux définis en France par la SNS. Ils ont en outre fixé une échéance à dix et sept ans, respectivement. En Europe, la Suède a par ailleurs lancé en 2018 une politique de santé publique avant-gardiste au niveau national⁹, instaurée par le Comité national de santé publique du gouvernement suédois. Auparavant, seuls des domaines (ou priorités) cibles de santé publique nationale et des plans spécifiques aux maladies étaient disponibles. Cette politique de santé publique servira de guide pour l'élaboration de stratégies en vue d'améliorer la société dans son ensemble via huit domaines cibles prioritaires, et ce au cours des deux prochaines années.

Les quatre pays asiatiques étudiés dans cette analyse ont mis en place des stratégies nationales qui recouvrent les quatre axes prioritaires établis par la SNS. Pour commencer, la stratégie israélienne Healthy Israel 2020¹⁰ dispose d'un plan de promotion et de prévention de la santé complet qui recouvre douze domaines de santé différents. Néanmoins, ce programme propose également des objectifs pour les trois autres axes prioritaires définis par la SNS. De même, Singapour a mis en place des politiques de santé publique qui recouvrent l'ensemble des quatre axes prioritaires de la SNS, comme stipulé dans sa politique récemment publiée par le Comité d'approvisionnement 2019 du ministère de la Santé, Initiatives Healthier Together. Ces politiques mettent notamment l'accent sur des services de soins de santé

5 Allemagne, Angleterre, Australie, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, Irlande, Israël, Italie, Japon, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Singapour, Suède, Suisse, Taïwan

6 L'Australie, la Finlande, l'Irlande, Israël, le Japon, la Nouvelle-Zélande, Singapour, la Suède, la Suisse, Taïwan et les États-Unis.

7 https://www.health.gov.au/sites/default/files/australia-s-long-term-national-health-plan_0.pdf

8 <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html>

9 <https://translate.google.com/translate?hl=en&sl=sv&u=https://lagen.nu/prop/2017/18:249&prev=sear>

10 <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03391690>

durables¹¹. Le Japon a instauré quant à lui une politique similaire à celle de Singapour, avec sa stratégie The Japan Vision : Health Care 2035¹², un programme visant à transformer le système de soins de santé du pays en vingt ans, qui compte parmi ses objectifs principaux le financement pérenne du système de santé. Taïwan a également mis en place un plan sur dix ans pour les soins de longue durée, le Long-term Care Plan 2.0¹³, de même qu'un plan de prévention, de soins et d'action pour les maladies neurodégénératives, reconnaissant ainsi l'importance que revêt la mise en place de mesures adaptées au vieillissement de sa population.

Plus au sud, la Nouvelle-Zélande a initié une stratégie nationale de santé publique sur dix ans (New Zealand Health Strategy : Future direction 2016-2026¹⁴). Cette stratégie intègre des thèmes clés de chacun des quatre axes prioritaires de la SNS à travers cinq objectifs principaux. Par ailleurs, le programme national de santé des États-Unis sur dix ans, Healthy People 2020¹⁵, comprend des objectifs de promotion de la santé et de prévention des maladies qui englobent 42 thématiques et plus de 1 200 objectifs pour lesquels des valeurs cibles sont à atteindre. Certains de ces objectifs recourent ceux des quatre axes prioritaires de la SNS.

En Finlande, pays nordique, les premier, second et quatrième axes de la SNS sont visés. La stratégie du pays, Strategy 2030,¹⁶ a pour objectif de mettre en place une société solidaire et un bien-être à long terme au cours des douze prochaines années. Elle comporte cinq objectifs stratégiques intersectoriels qui recouvrent les aspects suivants : santé et bien-être, sécurité, financement, travail et justice sociale.

Même si l'Irlande, avec son programme Healthy Ireland Framework¹⁷, ne recouvre que deux des axes prioritaires de la SNS (la prévention et la promotion de la santé ainsi que la réaffirmation de la place des usagers dans le système de santé), elle a prévu un échéancier précis pour mettre en place les objectifs énoncés dans sa stratégie ainsi que des procédures d'évaluation ultérieures.

Autres politiques

Les politiques de santé nationales ou fédérales des sept pays étudiés restants recouvrent moins de deux des quatre axes prioritaires de la SNS ou ne s'accompagnent pas d'échéanciers précis.

Le Canada dispose d'un plan de santé publique annuel défini par le ministère, le rapport annuel du pays orientant les plans et politiques à l'échelle nationale. Le pays peut par exemple mettre en place une stratégie ou un plan de prévention pour un domaine de santé en particulier. De telle sorte, le gouvernement peut fixer des priorités, allouer des budgets, définir des objectifs nationaux de santé ainsi que des méthodes d'évaluation comprenant des indicateurs clés à surveiller chaque année.

11 Healthier Together, Ministry of Health Committee of Supply 2019 initiatives.

12 https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryoku2035/assets/file/healthcare2035_proposal_150703_summary_en.pdf

13 <https://www.mohw.gov.tw/cp-4344-46546-2.html>

14 <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/new-zealand-health-strategy-futuredirection-2016-apr16.pdf>

15 <https://www.healthypeople.gov/>

16 <https://stm.fi/en/strategy>

17 <https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/HealthyIrelandBrochureWA2.pdf>

L'Angleterre représente elle aussi un cas particulier, deux « stratégies » ou cadres distincts coexistant dans le pays. Ces stratégies sont mises à jour annuellement, tout comme leurs indicateurs. Le Public Health Outcomes Framework (PHOF)¹⁸ introduit des objectifs et des indicateurs répondant de manière générale à deux finalités, à savoir l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et la réduction des disparités sociales relatives à l'espérance de vie en bonne santé et à l'espérance de vie en général. *A contrario*, la stratégie NHS Outcomes Framework¹⁹ et ses indicateurs recouvrent cinq domaines se rapportant au NHS, le système national de santé britannique. Aucun échéancier n'a été défini pour cette politique, même si une version mise à jour de chacune de ces stratégies est produite chaque année.

Trois pays d'Europe (l'Espagne, l'Allemagne et les Pays-Bas) disposent de politiques nationales ou fédérales en vigueur en matière de promotion et de prévention de la santé (le premier axe prioritaire de la SNS). L'Espagne dispose d'un plan de prévention et de promotion de la santé publique qui comprend cinq objectifs spécifiques. Ces objectifs visent deux catégories de personnes en particulier : les enfants de moins de 15 ans et les personnes de plus de 50 ans. Ce plan a pour objectif général d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé de deux ans d'ici 2020. En Allemagne, seule une loi nationale sur la prévention de la santé, visant à mettre en place une stratégie de promotion et de prévention à l'échelle nationale, a été signée en 2015²⁰. Cela est dû au fait que le système de santé allemand est très décentralisé, les lands assurant la gouvernance des plans et stratégies régionaux en matière de santé publique. De même, aux Pays-Bas, un plan de prévention national orienté vers la réduction des maladies chroniques a été mis en place.

Les stratégies nationales de santé numérique en Australie, au Danemark et en Italie s'attaquent également au quatrième axe prioritaire défini par la SNS, c'est-à-dire l'innovation et la satisfaction des besoins des usagers du système de santé. Cependant, même si certaines mesures décrites dans ces stratégies de santé numérique relèvent d'autres domaines prioritaires de la SNS, elles se concentrent trop sur les détails de certains objectifs énoncés dans ces domaines pour être envisagées comme une stratégie générale (globale) similaire à la SNS.

1.3. Gouvernance des stratégies

Stratégies similaires à la SNS

Parmi les onze pays dont la stratégie de santé est similaire à la SNS telle que définie ci-dessus, huit²¹ ont une gouvernance au niveau national par le biais du ministère de la Santé, qui dirige les stratégies ou plans de santé nationaux ou fédéraux concernés. En Irlande et en Nouvelle-Zélande, le ministère de la Santé est seul responsable de la gouvernance de la stratégie de santé. Les autres pays bénéficient quant à eux de la contribution d'autres administrations gouvernementales en plus de celle du ministère de la Santé.

Trois pays ayant une stratégie similaire à la SNS (telle que définie plus haut) sont gouvernés au niveau fédéral. Le plan national de santé à long terme, en Australie, est régi par le ministère

18 <https://fingertips.phe.org.uk/profile/public-health-outcomes-framework>

19 <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/ci-hub/nhs-outcomes-framework>

20 <https://www.dguv.de/en/prevention/topics-a-z/praevg/index.jsp>

21 La Finlande, l'Irlande, Israël, le Japon, la Nouvelle-Zélande, Singapour, la Suède et Taïwan.

fédéral de la Santé. La stratégie Santé2020 de la Suisse est régie au niveau fédéral par l'Office fédéral de la santé publique. Enfin, le ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, en collaboration avec de nombreux partenaires, est chargé de définir les thématiques de santé publique figurant dans la stratégie Healthy People 2020, chaque État disposant de l'autonomie nécessaire pour élaborer ensuite ses propres programmes et politiques en fonction de ces thématiques et des principaux indicateurs de santé.

Autres politiques

Parmi les sept autres pays qui ne disposent pas d'une stratégie nationale de santé à long terme correspondant aux quatre axes prioritaires de la SNS, cinq ont une gouvernance à l'échelle nationale par le ministre de la Santé et ses organes affiliés²². Parmi ces cinq pays, on retrouve l'Angleterre qui dispose d'une agence dédiée, Public Health England. Cette agence exécutive relevant du département de la Santé et de la protection sociale applique sa stratégie de santé publique, contrôle et met à jour ses indicateurs. À l'inverse, en Allemagne et au Canada, les politiques sont régies au niveau fédéral par le ministère fédéral de la Santé. Leurs directives politiques accordent aux États de ces deux pays le droit de superviser de manière indépendante les mesures prises en conformité avec les stratégies de santé fédérales.

1.4. Durée de la stratégie / temporalité

Stratégies similaires à la SNS

Les échéanciers fixés pour mettre en place les priorités, objectifs et mesures des stratégies de santé varient parmi les pays sélectionnés pour cette analyse, mais huit²³ des onze pays pris en compte dans ce rapport ont une échéance de dix ans ou plus. Ces délais à long terme permettent aux ministères de la Santé de suivre et d'évaluer les stratégies globales mises en place mais aussi d'actualiser les mesures ainsi que les indicateurs au fil du temps et de la modernisation des technologies.

Dans le cas de la stratégie nationale de santé Suisse, comportant de nombreuses similitudes avec la SNS, une échéance de sept ans a été définie afin de mettre en œuvre les 36 actions énoncées dans les douze objectifs des quatre axes prioritaires.

À la différence des autres pays pris en compte pour cette analyse comparative, la Suède a commencé par énoncer huit domaines prioritaires, et s'est ensuite laissée plus de temps pour définir une stratégie de mise en œuvre sur le long-terme

Autres politiques

On constate que pour les pays dont les stratégies de santé ne comportent que peu de similitudes avec la SNS, les délais prévus pour la mise en œuvre varient également. Par exemple, l'Italie et les Pays-Bas ont défini des échéances plus courtes pour leurs plans de prévention et de promotion de santé, fixant en moyenne un délai de cinq ans pour leur mise en place, leur suivi et leur évaluation. Le Canada dispose quant à lui d'un plan fédéral annuel

22 Le Danemark, l'Angleterre, l'Italie, les Pays-Bas et l'Espagne.

23 La Finlande, l'Irlande, Israël, le Japon, la Nouvelle-Zélande, Singapour, Taïwan et les États-Unis.

établi au niveau ministériel. En Angleterre, le PHOF Outcomes Framework et le NHS Outcomes Framework sont mis à jour annuellement, tout comme leurs indicateurs respectifs. L'Espagne n'a pas déterminé d'échéance pour la mise en œuvre de sa stratégie de prévention et de promotion de la santé définie en 2014. L'Allemagne n'a pas non plus fixé d'échéance pour les mesures énoncées dans sa loi sur la prévention de la santé de 2015.

Les stratégies de santé numérique au Danemark, en Australie et en Italie ont en moyenne une échéance de cinq ans.

1.5. Tableau comparatif visant à mettre en parallèle les quatre axes prioritaires de la stratégie nationale de santé (SNS) française avec les stratégies et plans de santé nationaux de 18 autres pays (ou États)

La partie 1.6 propose un tableau comparatif visant à mettre en parallèle les quatre axes prioritaires de la SNS avec les politiques, stratégies, plans et programmes nationaux de santé existants dans 18 autres pays, ainsi que les domaines de santé prioritaires associés. En partant de la colonne de droite vers celle de gauche, le lecteur peut retrouver le pays ou l'État sélectionné, savoir si une stratégie nationale comparable à la SNS y a été mise en place et, le cas échéant, retrouver dans les deux colonnes suivantes le nom et l'organe de gouvernance de ladite stratégie. Nous avons utilisé cette méthode d'analyse comparative en sélectionnant les objectifs clés, les priorités et les ambitions des stratégies de santé nationales notables (au sens de la partie 1.1) pour les 18 pays étudiés et les avons classés selon les quatre axes prioritaires de la SNS :

1. Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie
2. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
3. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé
4. Innover pour transformer le système de santé en réaffirmant la place des usagers

Si une politique (ou stratégie) nationale de santé mise en place dans les pays pris en compte introduit des objectifs ou priorités qui n'ont pas été identifiés en France, ces derniers seront rapportés dans la colonne suivante intitulée « Commentaires supplémentaires ou domaine non couvert par la SNS ». Enfin, dans la dernière colonne, l'échéance de la politique est précisée.

Pays / État	Existe-t-il une stratégie nationale similaire à la SNS ?	Nom de la stratégie	Description et gouvernance de la stratégie	1 : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie	2 : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé	3 : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé	4 : Innover pour transformer le système de santé en réaffirmant la place des usagers	Commentaires supplémentaires ou domaines non couverts par la SNS	Échéance (durée de la politique)
EUROPE									
Danemark	Non	Programme de qualité des soins de santé danois - objectifs nationaux du système de santé danois	Niveau national - Gouvernement central du Danemark		Accentuation des mesures à destination des patients atteints de maladies chroniques et des personnes âgées	Meilleure continuité des soins dans les parcours cliniques Meilleures chances de survie, sécurité des patients améliorée Examens rapides et traitements de qualité Systèmes de santé plus efficaces	Plus grande implication des patients vis-à-vis de leur propre santé		2018-aujourd'hui
		Stratégie de santé numérique danoise	Ministère de la Santé, ministère des Finances, municipalités, collectivités territoriales	Plans de prévention numériques pour les patients atteints de maladies chroniques, suivi de vaccination et dépistage du cancer			Faire du patient un partenaire actif Communication numérique sécurisée, améliorée et plus rapide Données fiables et sécurisées Infrastructure informatique commune		2018-2022
Angleterre	Non - Recouvre au moins deux des axes prioritaires de la SNS, mais aucune échéance définie - Deux cadres distincts (Public Health Outcomes Framework [PHOF] et NHS Outcomes	Plan stratégique de Public Health England - Public Health Outcomes Framework	Niveau national - Département de la Santé et de la protection sociale (DHSC) - Public Health England	S'attaquer aux problèmes de l'obésité, du tabagisme et de la consommation d'alcool en vue de leur réduction Assurer un meilleur départ dans la vie pour chacun Réduire le risque de maladies neurodégénératives Lutter contre la tuberculose et la				Augmenter l'espérance de vie en bonne santé Réduire les disparités territoriales et sociales en terme d'espérance de vie et d'espérance de	Plan établi sur la période 2016-2020. Cependant, le PHOF est mis à jour chaque année

	Framework). Stratégies faisant suite à la publication en 2010 d'un livre blanc intitulé <i>Healthy Lives, Healthy People - Strategy for public health England</i> (Équilibre du mode de vie, équilibre de la santé - Stratégie de santé publique en Angleterre)	NHS Outcomes Framework	Secrétaire d'État - NHS England, en collaboration avec les groupes de mise en service clinique (GMS) et le département de la Santé et de la protection sociale (DHSC)	résistance aux agents antimicrobiens Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'affections longue durée Accompagner les personnes dans leur rétablissement suite à des problèmes de santé ou des accidents		Garantir une expérience positive des soins pour les patients Dispenser des traitements et soins aux individus dans un environnement sûr et les protéger de tout préjudice évitable		vie en bonne santé (PHOF) Prévenir les décès prématurés	2010-aujourd'hui (cinq domaines restent les mêmes, les résultats sont mis à jour tous les ans)
Finlande	Oui - Néanmoins, il existe une stratégie qui englobe les objectifs de développement durable et une stratégie de santé numérique et d'aide sociale en ligne	Strategy 2030 - une société solidaire et un bien-être à long terme	Niveau national - ministère des Solidarités et de la Santé	Cadres de vie et de travail sûrs et sains Promotion individualisée de la santé et du bien-être	Réduction des inégalités en matière de santé et de bien-être lors de la prestation de services de santé		Renouvellement permanent des compétences dans le secteur de la santé et de l'aide sociale	Pérennité financière - contrôle des coûts en matière de santé et d'aide sociale	2018-2030
		Stratégie de santé et d'aide sociale en ligne	Niveau national - ministère des Solidarités et de la Santé				Coopération, coordination des informations	Accessibilité, intégrité et protection des données	2015-2020
Allemagne	Non - Aucune échéance n'a été mise en place à l'instar de la SNS, mais elle recouvre deux des domaines abordés par celle-ci	Loi sur la prévention de la santé	Niveau fédéral (ministère de la Santé)	Intensifier les campagnes de prévention et de promotion en matière de santé publique dans tous les lieux de vie (écoles, maisons de retraites) Renforcer le dépistage à des stades précoces des maladies, augmenter les taux de vaccination		Améliorer la coopération entre les différentes institutions sociales, les États fédéraux et les autorités locales <i>via</i> des objectifs communs en matière de santé		Améliorer les campagnes de promotion de la santé sur les lieux de travail - intégration des campagnes de promotion dans les programmes de santé et de sécurité au travail	2015-aujourd'hui
Irlande	Oui - Similaire à la SNS, avec une échéance spécifiée. Néanmoins, la stratégie est plus orientée sur la prévention	Healthy Ireland Framework	Niveau national - ministère de la Santé	Protéger les citoyens des menaces qui pèsent sur leur santé et leur bien-être Réduire les inégalités en matière de santé Faire en sorte que la proportion de personnes en bonne santé à tout âge augmente			Mettre en place un environnement dans lequel chaque individu et secteur de la société peut contribuer au succès du programme Healthy Ireland		2013-2025

Italie	Non - La stratégie de santé numérique a une échéance bien définie et recouvre deux domaines prioritaires de la SNS. Cependant, le plan national de prévention de la santé publique ne se concentre que sur son premier axe prioritaire	Plan national de prévention de la santé publique	Niveau national - ministère de la Santé	Réduire le fardeau que représentent les maladies non transmissibles, la mortalité et les infirmités évitables Réduire les conséquences des troubles neurosensoriels Promouvoir la santé mentale Prévenir les addictions Réduire l'exposition aux substances nocives Réduire l'incidence des maladies infectieuses				Prévenir les accidents de la route et agir afin de réduire leur gravité Prévenir les accidents de travail et les maladies professionnelles Intensifier les actions de prévention en matière de sécurité sanitaire des aliments et de santé publique vétérinaire	2014-2019
		Stratégie de santé numérique italienne - stratégie de développement numérique	Niveau national - ministère de la Santé		Télémedecine - Spécialistes et télésanté (soins de santé primaires combinés à la télésurveillance pour une prise en charge à distance)		Dossiers médicaux électroniques - Pour faciliter la prise en charge des patients, intégrer les professionnels de santé et développer les compétences		2014-2020
Pays-Bas	Non - Une échéance a été fixée. Ne se focalise néanmoins que sur le premier axe prioritaire de la SNS	Programme national de prévention	Niveau national - ministère de la Santé 6 ministères et municipalités Sociétés civiles	Lutter contre les maladies chroniques <i>via</i> la réduction du tabagisme, de la consommation d'alcool, du diabète, de l'obésité, de la dépression et de la sédentarité Se focaliser sur les mesures de prévention en matière de santé publique dans les écoles, à destination d'un public jeune					2014-016 2016-2020
Espagne	Non - Aucune échéance n'a été fixée pour le plan de prévention et de promotion de la santé publique. Ne se focalise que sur	Stratégie de prévention et de promotion de la santé publique mise en place par le système	Niveau national - ministère de la Santé	Promouvoir la santé et le bien-être des citoyens en encourageant les modes de vie et les environnements sains, ce qui permet d'améliorer la				Augmenter l'espérance de vie en bonne santé de deux ans pour les citoyens nés en Espagne	2014-aujourd'hui

	le premier axe prioritaire de la SNS.	de santé espagnol		sécurité et de prévenir les blessures				(données quantifiables à partir de 2020)	
Suède	Oui - Santé publique efficace et équitable, une politique de santé publique novatrice qui recouvre les 4 domaines prioritaires de la SNS dans ses grandes lignes, avec une échéance de 2 ans pour le développement des stratégies énoncées dans ses 8 domaines prioritaires	<i>För en god och jämlik hälsa</i> (Santé publique efficace et équitable), une politique de santé publique novatrice	Niveau national - ministère de la Santé et des affaires sociales, Agence de santé publique de Suède	Conditions de vie des enfants Modes de vie	Égalité dans l'accès aux soins de santé	Amélioration des services de soins de santé	Connaissances, compétences et éducation dans le domaine de la santé	Travail, conditions de travail et milieu professionnel Revenus et sources de revenu Hébergement et environnement local	2018 - aujourd'hui Développer d'ici 2020 des stratégies afin de créer les conditions sociétales énoncées dans les 8 domaines prioritaires
		11 domaines cibles en matière de santé publique	Niveau national - ministère de la Santé et des affaires sociales, Agence de santé publique de Suède	Conditions de vie des enfants et des jeunes Protection contre la propagation des maladies infectieuses Sexualité et santé reproductive Activité physique Habitudes alimentaires et alimentation Tabagisme, consommation d'alcool et de drogue, dopage et jeux d'argent Santé au travail Milieux environnementaux et produits		Campagnes de promotion de la santé publique par les services de santé	Participation et influence au sein de la société		2000-aujourd'hui
Suisse	Oui - Stratégie sur 7 ans qui recouvre tous les axes prioritaires de la SNS. Nombreux autres plans et stratégies nationaux qui élaborent des priorités stratégiques de santé nationales dans le secteur de la promotion de la santé. Activités de prévention	Santé2020	Niveau fédéral - Office fédéral de la santé publique	Priorités clés - Intensifier les campagnes de promotion de santé publique et de prévention des maladies : Plans et stratégies actuels - Addictions, résistance aux antibiotiques, cancer, maladies neurodégénératives, rougeole, grippe, maladies non transmissibles, tuberculose, infections liées aux soins de santé, VIH/sida, vaccination	Renforcer l'équité au niveau de l'accès aux soins et des financements	Promouvoir la qualité des services et la prestation des soins de santé Transparence, contrôle renforcé et coordination des soins de santé	Promouvoir les formes modernes de soins de santé Démocratiser le recours à la santé numérique Travailleurs plus qualifiés et plus nombreux	Maintenir un accès aux soins de santé à moindre coût en améliorant l'efficacité de la prise en charge	2013-2020

ASIE

Israël	Oui - 10 ans. Campagnes de promotion de la santé publique élaborées et schémas directeurs de programmes de prévention de la santé qui recouvrent les domaines prioritaires de la SNS	Healthy Israel 2020 : plan de campagnes de promotion de santé publique et de prévention des maladies	Niveau national - ministère de la Santé, en collaboration avec le Service de la santé au travail	Modification des comportements en matière de santé : promotion de l'activité physique, lutte contre l'obésité, promotion d'une alimentation saine, lutte contre le tabagisme, prévention contre les excès d'alcool, promotion de la vigilance, prévention des troubles alimentaires, prévention de l'exposition excessive aux rayons UV Maladies infectieuses évitables ou pour lesquelles des vaccins sont disponibles Prévention des maladies chroniques Santé mentale et santé bucco-dentaire	Accès équitable aux soins de santé pour l'ensemble de la population	Sécurité des patients et qualité des soins	Infrastructures visant à concrétiser ces objectifs	Prévention des accidents et de la violence Prévention des maladies chroniques chez les personnes handicapées Santé maternelle et infantile Santé des enfants et des jeunes Santé des personnes âgées	2005-2020
		Stratégie de santé numérique israélienne	Niveau national - ministère de la Santé		Consultations à distance pour un meilleur accès régional aux soins de santé	Collaboration entre les différents systèmes de santé, « cliniques faciles d'accès », plateformes régionales en ligne	Dématérialisation des services d'urgence		2016-aujourd'hui
Japon	Oui - The Japan Vision : Health Care 2035 est une stratégie à très long terme, sur 20 ans, dont les objectifs sont comparables à ceux des axes prioritaires de la SNS	The Japan Vision : Health Care 2035	Niveau national - ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales	Société sans tabac d'ici 2035	Mise en place de la télémédecine pour des consultations, traitements et interventions à distance	Définir une approche du système de santé fondée sur la valeur Responsabiliser la population et soutenir les individus dans leurs choix personnels Informations pour améliorer la performance, la qualité, la valeur et la sécurité des soins de santé	Infrastructures en vue de concrétiser la vision du pays : innovation, professionnels de santé	Assumer un rôle de chef de file et contribuer à la santé publique mondiale Financement pérenne	2015-2035 Objectifs à atteindre d'ici 2020 et 2035
		Health Japan 21 (phase II)	Niveau national - ministère de la Santé, du Travail	Prévention de l'apparition et de la progression des maladies liées au mode de vie				Maintien et amélioration des conditions	2013-2022

			et des Affaires sociales	Mise en place d'environnements sociaux en vue de promouvoir et de protéger la santé Habitudes quotidiennes : nutrition et régimes alimentaires, activité physique et exercice, repos, consommation d'alcool, tabagisme, santé bucco-dentaire				nécessaires à la vie sociale.	
Singapour	Oui - Toutes les politiques énumérées ici ont une échéance définie et recouvrent au moins deux des axes prioritaires de la SNS. Stratégie de santé nationale lancée il y a peu et qui reprend les campagnes de promotion précédentes ainsi que le plan de soins de santé (HLMP) existant	Initiatives Healthier Together, Comité d'approvisionnement 2019 du ministère de la Santé	Niveau national - ministère de la Santé	Encourager les Singapouriens à adopter un mode de vie sain - Cadre propice à un mode de vie sain	Soins de santé abordables, efficaces et de qualité à destination de tous les Singapouriens	Renforcement des structures de soins de santé primaires Améliorer les soins de proximité et la prestation de soins, y compris en matière de santé mentale	Doter les professionnels de santé et les prestataires de soins de santé des moyens nécessaires à leur travail	Soins de santé durables	2019-2030
		Healthy Living Master Plan (HLMP)	Niveau national - ministère de la Santé en collaboration avec le Comité de promotion de la santé	Domaines à améliorer en priorité : nutrition, activité physique, contrôle du tabagisme, bilans médicaux réguliers Promotion d'un mode de vie sain auprès de la jeunesse Environnement physique et social Accès étendu aux espaces verts et aux centres sportifs	Amélioration de la couverture de l'assurance santé et réduction des frais à la charge des patients				2014-2030
		Healthcare 2020 Masterplan	Niveau national - ministère de la Santé		Améliorer l'accès aux hôpitaux locaux et aux hôpitaux généraux (nouveaux hôpitaux et agrandissement des hôpitaux et cliniques existants) Rendre les services de santé plus abordables	Améliorer la qualité des services, notamment en offrant plus de services aux personnes âgées et en améliorant leur qualité	Former et encourager des professionnels de santé compétents		2012-2020
Taiwan	Oui - Recouvre les 4 domaines prioritaires de la SNS. Publication	Plan sur 10 ans pour les soins de longue durée, Long	Niveau national - ministère de la Santé et des Affaires sociales	Établir un lien entre les soins préventifs, le vieillissement actif et le ralentissement du processus d'invalidité	Soins de longue durée universels et abordables	Services de pointe, diversifiés et dispensés en continu	Former les professionnels à la prise en charge des	Transition des services de soins à domicile vers des centres	2017-2026

	d'un rapport annuel des avancées administratives de l'année précédente. Un plan sur 10 ans pour les soins de longue durée a cependant été mis en place, incluant un plan de prévention et de prise en charge des maladies neurodégénératives	term care Plan 2.0 Maladies neurodégénératives : plan de prévention, de prise en charge et d'action				Services de proximité à objectifs multiples Renforcement de la gestion des dossiers médicaux et des mécanismes de service au niveau local Extension du réseau de ressources, création de centres de prise en charge intégrée des maladies neurodégénératives	maladies neurodégénératives	hospitaliers en vue de réduire la charge de soin qui pèse sur les familles des patients Versement d'allocations	2018-2025
		Rapport du ministère de la Santé et des Affaires sociales publié en 2018	Niveau national - ministère de la Santé et des Affaires sociales	Promotion des domaines relatifs à la santé suivants : cadre accueillant, mode de vie sain, santé tout au long de la vie, maladies neurodégénératives, dengue	Accès amélioré pour les personnes âgées et d'âge mûr aux services de promotion de la santé au niveau local	Qualité du système de soins de longue durée et mise en place de ressources complètes pour les services de soins longue durée	Développer la recherche innovante et translationnelle : transfert des technologies et licences sur les brevets dans le domaine de la recherche et du développement des technologies biomédicales, des programmes de recherche sur le cancer et dans le cadre de la coopération internationale.		Publiée en janvier 2019

OCÉANIE

Australie	Oui - La dernière stratégie publiée recouvre l'ensemble des 4 axes prioritaires de la SNS. Son échéance a été fixée à 10 ans	Plan national australien de santé à long terme	Niveau fédéral - ministère de la Santé du gouvernement australien	Santé mentale et soins préventifs Bien vieillir et soins gériatriques	S'assurer de la continuité du système d'assurance santé Medicare, renforcer les soins de santé primaires et améliorer l'accès aux traitements via le Pharmaceutical Benefits Scheme	Soutenir les hôpitaux publics et privés, notamment <i>via</i> l'amélioration des assurances santé complémentaires privées	Recherche médicale en vue de sauver des vies et de dynamiser l'économie du pays		2019-2030
		National Healthcare Agreement	Niveau fédéral - Commonwealth d'Australie, États et territoires	Mettre l'accent sur la prévention des maladies et des blessures et sur le maintien en bonne santé	Garantir un accès immédiat à des services de santé de qualité pour tous les Australiens en			Pérennité du système de santé australien	2010-aujourd'hui (mise à jour chaque année)

				Promouvoir un mode de vie sain, prévenir les maladies et les blessures, diagnostiquer et traiter les maladies <i>via</i> l'offre de soin	fonction de leurs besoins, indépendamment de là où ils vivent et de leur capacité à payer				
		Stratégie de santé numérique australienne	Niveau fédéral - Agence australienne de la santé numérique			My Health Record - Informations médicales facilement disponibles et accessibles, échange sécurisé d'informations médicales, données de haute qualité dont la signification peut être comprise par tous et qui peuvent être utilisées en toute confiance, accès amélioré aux informations relatives aux prescriptions et aux médicaments et meilleure disponibilité de ces dernières	Modèles de soins numériques en vue d'améliorer l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins Les professionnels de santé utilisent en toute confiance les technologies numériques de santé pour la prestation de services de soins et de santé Un système de santé numérique en plein essor, porteur d'une innovation de renommée mondiale		2016-2022
Nouvelle-Zélande	Oui - Stratégie nationale de santé sur 10 ans, recouvrant tous les domaines	Stratégie New Zealand Health Strategy : Future direction	Niveau national - ministère de la Santé	Promouvoir activement la santé dans les domaines du bien-être, des maladies chroniques ou encore de l'obésité	Fournir des services de soins à proximité des lieux de vie des populations - Services nationaux de télésanté	Système de santé très performant, source de valeur Développer la capacité d'analyse à l'échelle nationale par le recours aux dossiers électroniques et aux portails patients et améliorer la diffusion des technologies de recherche en matière de santé	Renforcer les connaissances en matière de santé Développer des méthodes de travail intersectorielles et systémiques, renforcer le <i>leadership</i> et le savoir-faire, soutenir la pérennité et la capacité d'adaptation du personnel de santé Innovation dans l'ensemble du système de santé		2016-2026

AMÉRIQUE DU NORD

Canada	Non - Seul un plan de santé ministériel qui recouvre les points clés des 4 axes prioritaires de la SNS est publié annuellement	Plan ministériel 2019-2020	Niveau fédéral - ministère de la Santé	Protéger contre les produits et les substances disponibles dans le commerce et présentant des risques pour les consommateurs, encourager un mode de vie sain <i>via</i> une alimentation équilibrée, lancer une réforme des emballages et des étiquettes produits, contrôler le tabagisme et le vapotage ainsi que la consommation de cannabis	Assurance - médicaments abordable, amélioration de l'accès aux services de santé pertinents et efficacité des soins	Encourager la mise en place de systèmes de soins de santé durables Garantir l'accès à des produits de santé sûrs, efficaces et de bonne qualité	Attirer et recruter du personnel diversifié et performant, et mettre en place des conditions de travail respectueuses	Environnement de travail sécurisé - santé mentale et bien-être au travail, personnel protégé et productif ayant accès à des outils et à des locaux modernes	2019-2020
États-Unis	Oui - La stratégie recouvre 42 domaines de santé avec plus de 1 200 objectifs quantifiables. Le rapport « Principaux indicateurs de santé - contrôle de mi-parcours » a défini 12 thématiques et 26 objectifs précis	Programme Healthy People 2020. Principaux indicateurs de santé	Niveau fédéral - Département de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec de nombreux partenaires extérieurs	Parmi les domaines prioritaires, on retrouve : les services cliniques de médecine préventive, la qualité de l'environnement, la santé mentale, la nutrition, l'activité physique et la réduction de l'obésité, la santé bucco-dentaire, la santé reproductive et sexuelle, la toxicomanie et le contrôle du tabagisme	Domaine prioritaire : améliorer l'accès aux services de santé	Domaines de santé : sécurité du système de soins - prévenir, réduire, et à terme, éliminer les infections nosocomiales	Sont inclus dans ce domaine de santé : l'amélioration des technologies de communication et d'information relatives à la santé, notamment <i>via</i> la démocratisation des connaissances relatives à la santé.	Les blessures et la violence (domaine prioritaire) La santé maternelle et pédiatrique Les déterminants sociaux de la santé	2010-2020 Rapport 2010 - 2014 : <i>Principaux indicateurs de santé - contrôle de mi-parcours</i>

1.6. Méthodologie d'étude

En premier lieu, nous avons repris un travail interne de la DREES réalisé en 2013-2014 qui synthétisait les stratégies nationales et fédérales (ou autres politiques) clés, leurs échéances, objectifs ou priorités ainsi que le suivi des indicateurs pour les pays suivants faisant partie de l'Union européenne : Angleterre, Allemagne, Danemark, Espagne, Finlande, Irlande, Italie, Suède, Suisse. Ce travail intégrait également des pays ne faisant pas partie de l'Union européenne : Australie, Canada, États-Unis et Nouvelle-Zélande. Nous avons décidé d'entreprendre un suivi des travaux pour ces pays afin de déterminer si des changements ou des mises à jour avaient été apportés au niveau de leurs stratégies de santé nationales et fédérales. Par ailleurs, nous avons souhaité décliner l'étude pour chacun de ces pays en fonction des quatre axes prioritaires de la SNS.

Nous avons tout d'abord examiné les différents sites Internet gouvernementaux des pays listés plus haut, en l'occurrence les sites internet des ministères de la Santé, et avons noté les informations pertinentes disponibles. Par la suite, nous avons décidé d'ajouter d'autres pays à notre analyse, ces derniers ayant mis en place des stratégies de santé nationales ou fédérales intéressantes, ayant défini des objectifs précis et proposant des données relatives à leurs indicateurs (en anglais). Ces quatre pays, faisant partie de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), sont Israël, le Japon, les Pays-Bas et Singapour. Nous avons par ailleurs décidé de prendre en compte Taiwan dans cette analyse au vu des travaux de recherche et d'analyse portant sur son système de santé performant qui ont été conduits par le passé. Nous avons par la suite étudié chaque pays un à un en passant en revue leurs stratégies de santé nationales ou fédérales (ou dans le cas de Taïwan, étatique), qu'elles soient encore en vigueur ou non, à partir des sites internet des ministères de la Santé. Nous avons ensuite récapitulé les thèmes, délais, objectifs ou priorités ainsi que les méthodes d'évaluation comprenant des indicateurs pour chaque stratégie de santé (nationale ou fédérale) présentée dans la troisième partie de cette analyse.

Afin de repérer les stratégies de santé nationales ou fédérales (ou étatiques) intéressantes, les politiques qui y sont liées et les indicateurs correspondants, nous avons effectué une étude exploratoire à l'aide de mots clés saisis sur Google et Google Scholar, en plus d'avoir consulté les sites internet des différents ministères de la Santé ou autres agences de santé publique. Nous avons ensuite passé en revue la littérature scientifique trouvée sur Medline, Cochrane et des revues reconnues afin de recueillir des informations relatives aux stratégies de santé, aux politiques qui y sont liées ainsi qu'à leurs indicateurs. Nous avons par ailleurs recueilli des statistiques internationales relatives aux indicateurs auprès du registre des statistiques et des indicateurs de chaque pays, mais aussi par le biais d'Eurostat (indicateurs de santé de la Communauté européenne), de l'OCDE, de la Banque mondiale et de l'Agence européenne pour l'environnement.

Nous avons initialement établi un tableau comparatif après avoir passé en revue les résultats de nos recherches, afin de nous servir de guide pour la rédaction de la première partie de ce rapport. Une fois le tableau de comparaison achevé et analysé, nous avons pu déterminer quels critères étaient nécessaires pour comparer une « stratégie » à la SNS, et avons ainsi pu qualifier ces stratégies de similaires à celles de la France. Cette étape a permis de définir les contours de la discussion pour chaque sous-partie relative aux approches stratégiques, à la gouvernance des stratégies ainsi qu'à leur temporalité. Pour la seconde partie de ce rapport, nous avons compilé et comparé les domaines, mesures et objectifs de santé nationaux

pertinents qui ont été répertoriés sous les quatre axes prioritaires de la SNS 2018-2022. Pour la troisième partie, nous avons analysé la documentation disponible pour les différentes méthodes d'évaluation (c'est-à-dire les données relatives aux indicateurs), sites internet et applications liées aux politiques ou stratégies nationales de santé des 18 pays étudiés, afin de proposer une brève discussion des principales méthodes d'évaluation mises en place dans certains pays en vue d'évaluer leurs stratégies nationales de santé. Ces deux parties comprennent une analyse des pays ayant mis en place des procédures d'évaluation similaires à celle de la SNS, mais aussi de ceux utilisant d'autres méthodes. Enfin, pour la quatrième partie, nous avons créé une feuille de calcul Excel dans laquelle nous avons indiqué sous chaque indicateur de la SNS les dernières données recueillies auprès de revues scientifiques ou registres des statistiques que nous avons utilisées pour comparer les données des 18 pays avec celles de la France.

DEUXIÈME PARTIE : DISCUSSION SUR L'ANALYSE COMPARATIVE DES STRATÉGIES MISES EN ŒUVRE DANS PLUSIEURS PAYS AU REGARD DES QUATRE AXES PRINCIPAUX DE LA SNS 2018-2022

Dans cette partie, nous approfondirons la discussion autour de l'analyse comparative des stratégies mises en place par les onze pays²⁴ dans chacun des quatre domaines prioritaires de la SNS. Dans chaque domaine prioritaire se trouveront des sous-parties ainsi qu'un paragraphe qui récapitule les objectifs généraux notables des plans ou mesures mis en place par chaque stratégie nationale pour cet axe. En ce qui concerne le quatrième axe prioritaire, « Innover pour transformer le système de santé en réaffirmant la place des usagers », les stratégies pertinentes en matière de santé numérique ou d'innovation numérique mises en place dans d'autres pays et dont les objectifs et mesures clés relèvent de ces sous-parties seront incluses.

2.1. Premier axe de santé prioritaire : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie

Les onze pays dont la stratégie de santé est similaire à la SNS ont également mis en place des objectifs ou des priorités comparables en matière de promotion et de prévention de la santé. La plupart de ces pays ont des objectifs et des priorités qui recourent ceux des trois sous-parties de la SNS. Nous les aborderons dans cette partie. Une brève discussion portant sur les objectifs et priorités des stratégies mises en place dans les sept autres pays, qui ne disposent pas d'une stratégie similaire à celle de la France, suivra également.

2.1.1. Promouvoir un mode de vie sain

L'ensemble de ces onze pays ont pour objectifs et priorités la promotion de comportements sains. Depuis 2011 et la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, la communauté internationale prête une attention grandissante à la propagation de ces maladies. Quatre facteurs de risque importants sont notamment à l'origine de cette évolution : la consommation d'alcool, le tabagisme, le manque d'activité physique et les mauvaises habitudes alimentaires. Le plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (MNT) 2013-2020²⁵ de l'Assemblée mondiale de la Santé a pour vocation de servir de guide aux gouvernements et de faire reculer les MNT en recommandant des interventions politiques fondées sur des données concrètes.

Même si la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS, qui a pour objectif de protéger les générations présentes et futures des retombées sanitaires, sociales,

24 L'Australie, la Finlande, l'Irlande, Israël, le Japon, la Nouvelle-Zélande, Singapour, la Suède, la Suisse, Taïwan et les États-Unis.

25 World Health Assembly, Sixty-Sixth Session, *Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, 25 May 2013 (A66/A/CONF./1) 2013; World Health Organization, *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, 2013.

environnementales et économiques dévastatrices du tabagisme et du tabagisme passif, a été ratifiée en 2003, beaucoup de travail reste à faire. Les parties doivent mettre en œuvre des mesures à l'échelle nationale, régionale et internationale afin de faire reculer progressivement et de façon substantielle la prévalence du tabagisme et du tabagisme passif²⁶. Il ressort de notre analyse que tous les pays se sont engagés dans la lutte contre le tabagisme. C'est le cas notamment du Japon, qui s'est engagé dans le cadre de sa stratégie The Japan Vision : Health Care 2035, à des Jeux olympiques de Tokyo 2020 sans tabac. Pour ce faire, le Japon a mis en place une série de mesures telles que la prévention du tabagisme chez les jeunes, l'augmentation des taxes sur le tabac, la réglementation relative aux emballages et à la publicité, et des programmes de soutien et de traitement du sevrage tabagique. Le principal défi consiste à instaurer une société sans tabac au Japon d'ici 2035, au moyen de mesures similaires à celles mises en place en France dans le cadre de son plan de santé publique 2013-2017²⁷.

La lutte contre la consommation d'alcool est également une des priorités visées par les stratégies nationales de santé de ces onze pays. La stratégie 2016-2022 de l'Union européenne pour réduire les dommages liés à l'alcool²⁸ vise à lutter contre la consommation nocive d'alcool au moyen de mesures qui impactent l'offre et la demande d'alcool dans l'ensemble de l'UE. Depuis 2008, la Suède a entrepris de réduire le tabagisme et la consommation d'alcool (en plus du dopage et des jeux d'argent) chez ses citoyens, en instaurant une politique restrictive concernant la vente d'alcool, notamment grâce à un monopole gouvernemental sur l'alcool. Cela a permis de réduire la quantité totale d'alcool consommée et le *binge drinking* chez les jeunes²⁹.

Les recommandations mondiales de l'OMS sur l'activité physique pour la santé, portant sur la prévention primaire des MNT par le biais de l'activité physique et visant l'ensemble de la population, sont instituées depuis 2010. Des niveaux d'activité physique ont été définis pour trois catégories d'âge : les 5-17 ans, les 18-64 ans et les personnes âgées de 65 ans ou plus. À la suite de ces recommandations, l'Irlande a ordonné la mise en place d'une directive politique dans le cadre de sa stratégie Healthy Ireland Framework 2013-2025, qui prévoit notamment l'élaboration d'un plan national de santé publique pour la promotion et la mise en œuvre de programmes d'activité physique. Ainsi, en 2016, suivant les directives de l'OMS et d'autres recommandations d'experts pour la population irlandaise, le National Physical Activity Plan 2016-2025 (plan national relatif à l'activité physique 2016-2025)³⁰ a été lancé.

Enfin, des objectifs ont été fixés en vue de promouvoir une alimentation équilibrée suite à la publication³¹ du plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Ces objectifs prévoient notamment de freiner la recrudescence du diabète et de l'obésité et de réduire de 30 % la consommation de sel d'ici 2025. Avant que ce plan d'action mondial ne soit publié, le sous-comité des comportements en santé du ministère israélien de la Santé avait publié en 2011 une politique relative à la nutrition et à une alimentation équilibrée fixant des objectifs à atteindre d'ici 2020 et au-delà.

26 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf;jsessionid=C55955E7FC442855AC1FC968E0D51902?sequence=1>

27 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publique__psnp.pdf

28 https://www.cep.eu/Studien/cepInput_Alkoholstrategie/cepInput_Alcohol_Strategy.pdf

29 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/ev_20180320_co05_en.pdf

30 <https://www.getirelandactive.ie/Professionals/National-PA-Plan.pdf>

31 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1

Parmi ces recommandations, on retrouve par exemple la réduction de la consommation de sel de 35 % d'ici 2020³².

2.1.2. Promouvoir des conditions de vie et de travail favorables à la santé et maîtriser les risques environnementaux

Le cadre stratégique de l'UE en matière de santé et de sécurité au travail 2014-2020³³ a défini des objectifs stratégiques clés et une variété d'actions à entreprendre en vue de promouvoir la santé et la sécurité des travailleurs, après avoir identifié les problèmes non résolus et les défis majeurs à relever dans ce domaine. Parmi les onze pays que nous avons sélectionnés, la Suède présente la stratégie la plus complète en matière de promotion des conditions de travail et des modes de vie sains, notamment lorsqu'il s'agit de réduire les inégalités en matière de santé, de supprimer les obstacles qui entravent l'accès au marché du travail et d'intensifier les efforts visant à améliorer les conditions de travail. Singapour, par ailleurs, a adopté une approche intéressante visant à mettre en place des milieux de travail sains. Cette approche centrée sur les travailleurs et les différents secteurs d'activité est facilitée par des partenariats tripartites et la mise en place d'environnements physiques et sociaux au sein de la société, en travaillant avec le gouvernement et les localités et en sensibilisant les jeunes à un mode de vie sain.

2.1.3. Mobiliser les outils de prévention du système de santé

Il ressort de notre analyse portant sur ces onze pays que la quasi-totalité d'entre eux ont pour objectif de renforcer la couverture vaccinale de leur population.

Un plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens, y compris la résistance aux antibiotiques, a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015³⁴. Ce plan vise à assurer la prévention et le traitement de maladies infectieuses au moyen de médicaments sûrs et efficaces. La Suisse a adopté ce plan d'action mondial par le biais de sa stratégie contre la résistance aux antibiotiques en 2015³⁵, dans le cadre de sa stratégie nationale globale Santé2020³⁶, avec pour objectif général de surveiller et de combattre la résistance aux antibiotiques afin de protéger la santé humaine et animale.

Le développement des méthodes de dépistage des maladies non transmissibles est également une des priorités premières du plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020³⁷. Le dépistage des maladies chroniques (hypertension artérielle, hypercholestérolémie et diabète) ainsi que des cancers les plus courants tels que les cancers du col de l'utérus, du côlon et du sein est particulièrement important pour la prévention de la santé de la population. Afin d'améliorer la proportion de Singapouriens vivant en bonne santé, selon les initiatives Healthier Together du

32 https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/nutrition-2020_en.pdf

33 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0332&from=EN>

34 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>

35 <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/star/strategie-star.pdf.download.pdf/strategie-antibioresistance-ch.pdf>

36 <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheit2020/g2020/bericht-gesundheit2020.pdf.download.pdf/rapport-sante2020.pdf>

37 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1

Comité d’approvisionnement 2019 du ministère de la Santé³⁸, certains médecins généralistes doivent proposer un dépistage du risque cardiovasculaire sans jeûne aux citoyens à revenu faible ou moyen, et recevoir des subventions importantes pour améliorer la prise en charge des personnes âgées et des retraités.

2.2. Deuxième axe de santé prioritaire : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d’accès à la santé

L’analyse de ces onze pays montre que la plupart des pays et des États se sont fermement engagés à garantir l’équité et l’égalité, notamment en matière d’accès aux soins de santé pour leurs citoyens.

2.2.1. Surmonter les obstacles sociaux et économiques : augmenter les prestations d’assurance sociale et réduire les frais à la charge des personnes vulnérables pour leur permettre d’accéder aux services de santé

La France dispose déjà d’une solide couverture maladie universelle complémentaire ou CMU-C (actuellement « complémentaire santé solidaire »). Ainsi, au 31 décembre 2018, environ 5 millions de personnes à faibles revenus bénéficient de la couverture maladie universelle et peuvent profiter de ce dispositif d’assurance maladie gratuite³⁹. Malgré tout, les procédures administratives empêchent toujours certaines personnes d’accéder à des traitements dans tout le pays. Il est donc pertinent de comparer la manière dont d’autres pays s’efforcent d’aborder la réduction des dépenses de santé et l’augmentation des prestations d’assurance sociale.

Singapour, en particulier, a pour priorité de s’assurer que les soins de santé restent durables et abordables pour ses citoyens. Sa stratégie implique notamment de soutenir les personnes âgées en augmentant les subventions, de proposer une assurance santé à vie de qualité (MediShield) pour certaines maladies et d’augmenter les aides financières sous forme de subventions annuelles afin de couvrir les besoins de toutes les personnes à faible ou moyen revenu souffrant de maladies chroniques.

En Suisse, dans la cadre de la stratégie Santé2020⁴⁰, l’un des objectifs permettant de renforcer l’égalité des chances et la responsabilité individuelle en matière de santé pour toute la population est de renforcer l’égalité en matière d’accès aux soins et de financement. Les mesures à mettre en place doivent permettre de répondre aux besoins de certains groupes vulnérables dans la population, notamment les migrants, les enfants et les adolescents, afin d’accroître leur accès au système de santé. Pour contribuer à minimiser le risque d’inégalités,

38 <https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider5/default-document-library/cos-booklet-design-draft-6-mar-1000hrs33dcd84cb634436ca4731b01926c9598.pdf>

39 <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/couverture-maladie-universelle-cmu.php>

40 <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheit2020/g2020/bericht-gesundheit2020.pdf.download.pdf/rapport-sante2020.pdf>

il sera nécessaire de créer un fonds de compensation pour les soins onéreux ainsi que de séparer l'assurance de base des assurances complémentaires.

Pour la Suède, la lutte contre les inégalités sociales et économiques, entre autres, est une priorité depuis 2003⁴¹. Le cadre intersectoriel de sa politique de santé publique s'articule autour de onze domaines d'objectifs qui englobent les principaux vecteurs de la santé et des inégalités associées. Ces domaines ont ensuite été ramenés à huit priorités ciblées à partir de 2018, formant ainsi la base du programme Santé publique bonne et équitable - une politique de santé publique avant-gardiste. La recommandation générale de cette politique est de s'appuyer sur les institutions, programmes et interventions déjà en place utilisant des marqueurs fiables pour mesurer les inégalités en fonction de la position sociale, du sexe, de l'ethnicité ou d'autres dimensions clés, qui font l'objet d'un suivi constant et sont évaluées en termes d'impact sur l'égalité. Ainsi, elle reconnaît que, bien qu'elle soit une institution importante dans l'amélioration des résultats en matière de santé chez les enfants et les adolescents, la capacité de l'école à créer des conditions et des opportunités égales dans l'acquisition de compétences et de connaissances doit être améliorée. La principale question est donc la qualité et la disponibilité de l'enseignement et des établissements. La promotion de la santé des étudiants avec l'aide de l'État afin de renforcer l'égalité à l'école en est une des mesures fondamentales.

2.2.2. Lever les obstacles géographiques : garantir et améliorer l'accès aux soins dans tout le pays, l'utilisation des technologies numériques et les compétences des professionnels de santé

Les personnes vivant dans des villages reculés et ruraux sont souvent isolées et donc désavantagées par rapport à leurs homologues citadins en ce qui concerne les soins de santé. Il est donc important de mettre en œuvre des stratégies clés en privilégiant l'amélioration de l'accès aux soins de santé, l'augmentation de la main-d'œuvre sur le terrain et l'utilisation des technologies numériques innovantes. En Nouvelle-Zélande, l'un des thèmes clés de la stratégie nationale de santé 2016-2026⁴² est « plus près de chez soi », l'objectif étant de fournir des services de soins se rapprochant des lieux où les gens vivent, étudient, travaillent et se divertissent, notamment pour la gestion des affections de longue durée. Les services peuvent être repensés afin de s'assurer que les professionnels de santé et du handicap soient formés pour fournir un plus large éventail de services dans les collectivités. Les personnes qui vivent dans des zones rurales peuvent bénéficier, par exemple, de la télésanté, de camionnettes mobiles et de cliniques de proximité pour recevoir les soins optimaux dont ils ont besoin. Dans son plan national de santé à long terme 2019-2030⁴³, publié très récemment, l'Australie s'est engagée à fournir des services de santé plus solides dans les zones rurales. Sa stratégie Stronger Rural Health (renforcer la santé rurale), dotée d'un budget de 550 millions de dollars, vise à mettre en place un personnel de santé durable et de qualité, réparti en fonction des besoins des collectivités, en particulier dans les régions rurales et

41 Lundberg, O. (2018). The next step towards more equity in health in Sweden: how can we close the gap in a generation? *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(22_suppl), 19–27.

<https://doi.org/10.1177/1403494818765702>

42 <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/new-zealand-health-strategy-futuredirection-2016-apr16.pdf>

43 https://www.health.gov.au/sites/default/files/australia-s-long-term-national-health-plan_0.pdf

isolées. L'objectif est d'augmenter le nombre de médecins et d'infirmiers (de 3 000 pour chacune de ces professions) dans les zones rurales australiennes sur une période de dix ans.

2.3. Troisième axe de santé prioritaire : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé

Qu'il s'agisse de soins primaires, secondaires ou tertiaires, la qualité, la sécurité et la pertinence de la réponse aux besoins des patients sont essentielles pour améliorer les résultats en matière de santé.

2.3.1. Transformer l'offre de santé dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population

En raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, les professionnels de santé ambulatoires sont en première ligne pour les soins de routine. De ce fait, une transformation de l'offre de soins de santé primaires pour répondre aux besoins de cette population est nécessaire. À Taïwan, le plan sur dix ans pour les soins de longue durée, Long term care Plan 2.0,⁴⁴ a pour objectif, entre autres, de mettre en place un système de services de soins de longue durée universel, de qualité et à prix raisonnable afin d'atteindre les idéaux communautaires ; le but étant de fournir aux citoyens nécessitant des soins de longue durée des services de base et de leur permettre de vieillir dans un environnement familial en allégeant la charge pesant sur leurs familles. Les bénéficiaires de ces services et de cette aide financière appartiennent à quatre groupes « vulnérables » de la population : les personnes atteintes de maladies neurodégénératives (âgées de 50 ans et plus), les personnes autochtones présentant des limitations fonctionnelles (âgées de 55 à 64 ans), les citoyens de moins de 49 ans souffrant d'un handicap mental ou physique, et les personnes âgées fragiles de plus de 65 ans qui n'ont besoin que d'une assistance pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

La santé mentale est un domaine prioritaire de la santé nationale depuis 1996. Le plan national de santé à long terme 2019-2030⁴⁵ récemment publié par l'Australie comprend des mesures alignées sur le plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS⁴⁶, par exemple pour développer des stratégies clés en matière de santé mentale ciblant les groupes vulnérables tels que les enfants, les jeunes et les populations indigènes (aborigènes et insulaires du détroit de Torres). Les années précédentes ont vu l'amélioration de l'accès et des services pour les personnes de tous âges grâce à des programmes de santé mentale dans les écoles, ainsi que des remboursements de Medicare pour le traitement des troubles de l'alimentation, le soutien de la santé mentale par vidéoconférence, et un nouveau programme pour les personnes âgées. La politique mentionne qu'afin de mieux répondre aux besoins croissants en services de santé mentale de qualité, sûrs et appropriés, il est

44 <https://www.mohw.gov.tw/cp-137-47558-2.html>

45 https://www.health.gov.au/sites/default/files/australia-s-long-term-national-health-plan_0.pdf

46 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1

nécessaire de mettre en place un réseau de centres de santé mentale sans rendez-vous pour les adultes, des centres résidentiels pour les troubles de l'alimentation, et une extension du réseau Headspace (organisation australienne à but non lucratif pour la santé mentale des jeunes, créée par le gouvernement australien en 2006).

2.3.2. Développer une culture de la qualité et de la pertinence

Deux pays en particulier ont adopté des mesures pour améliorer la qualité et la pertinence de la prestation des soins de santé. Par exemple, l'un des principaux axes de la stratégie de santé de la Nouvelle-Zélande (New Zealand Health Strategy : Future direction 2016-2026)⁴⁷ est « la qualité et la haute performance », en s'efforçant d'obtenir la meilleure valorisation possible pour les services, afin que les Néo-Zélandais bénéficient de services de haute qualité, abordables et durables. Afin de réaliser cette vision et atteindre les objectifs du système de santé, le programme néo-zélandais Triple Aim s'appuie sur trois axes : l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'expérience des soins pour le patient, l'amélioration de la santé et de l'équité pour toutes les populations et l'optimisation des ressources du système de santé publique. Il est essentiel, pour toute prise de décision, de reconnaître que les défaillances en matière de qualité, de sécurité et d'adéquation du système de soins de santé sont coûteuses et de prendre des mesures pour réduire ces défaillances ainsi que pour réaliser des investissements intelligents en adoptant une perspective holistique de la valeur et des coûts pour la société. Parmi les mesures les plus importantes, citons le développement des connaissances et l'amélioration des pratiques concernant l'asthme et la mort subite du nourrisson, l'établissement d'un lien entre le logement et la santé, l'utilisation de casques réfrigérants pour les bébés prématurés et le développement d'outils d'aide à la décision dans le cadre des maladies cardiaques. Tout comme la Nouvelle-Zélande, le Japon a adopté une approche des soins de santé fondée sur la valorisation pour assurer la qualité et la pertinence du système de santé. L'optimisation des soins de santé est l'un des piliers énoncés dans la stratégie The Japan Vision : Health Care 2035⁴⁸. Elle s'efforce de mettre en œuvre des améliorations de la qualité et de l'efficacité fondées sur la valorisation afin de fournir de meilleurs soins à moindre coût. Pour y parvenir, des actions clés sont envisagées d'ici à 2020, telles que la mise en œuvre systématique de l'évaluation des technologies de la santé et l'amélioration de la qualité des services de soins par le biais d'initiatives professionnelles. D'ici à 2035, elle prévoit aussi l'évaluation des technologies de la santé en fonction de résultats fondés sur la valorisation, tels que l'efficacité et la fixation des taux de remboursement en fonction de ces valeurs, ainsi que l'analyse comparative des performances pour évaluer les résultats.

2.3.3. Prendre soin de ceux qui soignent

Il est important d'améliorer les formations initiales et continues des professionnels de santé du secteur social et médico-social. Ainsi, à Singapour, des mesures sont prévues pour améliorer les compétences des professionnels de santé⁴⁹. Il s'agit notamment de mesures pour la formation d'un plus grand nombre de professionnels de santé et des soins infirmiers, pour une

47 <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/new-zealand-health-strategy-futuredirection-2016-apr16.pdf>

48 <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/new-zealand-health-strategy-futuredirection-2016-apr16.pdf>

49 http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/singapore/singapore_healthcare_masterplan_2020.pdf

meilleure évolution de carrière et une reconnaissance renforcée (augmentation de salaire), pour une augmentation du financement et de la formation, et pour le développement d'un institut d'apprentissage dédié au personnel travaillant dans le domaine des soins de longue durée.

2.4. Quatrième axe de santé prioritaire : Innover pour transformer le système de santé en réaffirmant la place des usagers

Pour améliorer les soins centrés sur les patients grâce à la qualité, la sécurité et la pertinence de ces soins, il est impératif que la coordination et la continuité des soins soient renforcées par des infrastructures développées de manière appropriée. Les avancées en matière de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé sont à même de garantir la durabilité des systèmes de soins de santé pour les générations futures dans le monde entier.

2.4.1. Soutenir la recherche et l'innovation

Dans cette partie, il convient de considérer non seulement les onze pays qui disposent d'une stratégie nationale de santé similaire à la SNS, mais aussi d'autres pays qui ont une stratégie distincte en matière de santé ou d'innovation numérique. Premièrement, les dossiers médicaux électroniques révolutionnent l'avenir du système de soins de santé en garantissant un accès facile aux informations de santé pour tous les prestataires de soins concernés, ce qui améliore l'efficacité et la continuité des soins. Depuis 2018, l'Australie a adopté un carnet de santé numérique, My Health Record⁵⁰, pour tous les patients (sauf en cas de refus). Tous les professionnels de santé seront en mesure de compléter et d'utiliser les informations de santé contenues dans My Health Record pour le compte de leurs patients, ce qui leur permettra de fournir des informations potentiellement vitales sur leurs médicaments, leurs allergies, leurs analyses de laboratoire et leurs maladies chroniques, et d'améliorer considérablement la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins, ce qui devrait bénéficier aux patients, au système de santé et à l'économie. La stratégie de numérisation danoise 2018-2022⁵¹ prévoit de mettre à niveau le Registre médical national déjà existant *via* le portail danois de santé numérique (sunhed.dk), qui contient les dossiers médicaux des patients, notamment concernant les hospitalisations, les autres données médicales, les vaccins, les analyses de laboratoire, les adressages et les journaux de connexion. Les dossiers médicaux des médecins généralistes doivent être présentés sur le portail danois de santé numérique (sundhed.dk). Par ailleurs, les accords avec les hôpitaux privés concernant les dossiers médicaux des patients doivent être décrits en parallèle des informations médicales déjà émises par les hôpitaux publics. De même, depuis 2018, en Finlande, le très moderne système de santé électronique a permis la délivrance de 65 millions de médicaments dans tout le pays, les ordonnances papier n'étant autorisées que dans des circonstances exceptionnelles, comme les pannes d'électricité⁵². Depuis 2013, le système national d'archivage des données des patients rend les documents médicaux des hôpitaux et des médecins ambulatoires

50 https://conversation.digitalhealth.gov.au/sites/default/files/adha-strategy-doc-2ndaug_0_1.pdf

51 <https://www.healthcaredenmark.dk/media/1611539/The-Danish-Digitalisation-strategy-2018-2022.pdf>

52 <https://www.mobihealthnews.com/content/europe/digital-finland-towards-ecosystem-health-and-wellbeing-apps>

accessibles aux professionnels de santé et aux patients. En 2019, l'infrastructure d'imagerie sera disponible dans les régions pilotes. Par ailleurs, de nouveaux types de documents et de données sont constamment ajoutés au référentiel, tels que les documents pour les soins optométriques et dentaires.

En outre, il convient de tenir compte de la performance et de l'intégration numériques du système de santé israélien, qui n'utilise plus de papier depuis une vingtaine d'années. Bien qu'il n'existe pas de système universel pour les dossiers médicaux électroniques de tous les hôpitaux israéliens, les différents systèmes communiquent entre eux. Quatre réseaux de soins coordonnés (Health Maintenance Organisation [HMO]) sont responsables du système de soins de santé du pays. Les échanges se font par le biais d'un système de partage des informations de santé (OFEK). Par exemple, si un patient se présente aux urgences, les professionnels de santé peuvent immédiatement accéder aux données de son HMO et de toute autre visite antérieure à l'hôpital.

Le Japon, dans son infrastructure pour réaliser sa stratégie Japan Vision : Health Care 2035⁵³, prévoit les actions à mener d'ici 2020 et 2035. Il s'agit notamment de la mise en place d'une plateforme d'essais et d'études cliniques, du soutien des ressources humaines, de la création d'environnements de recherche et de formation qui soutiennent l'application pratique des efforts de recherche, et de la garantie de ressources adéquates pour la poursuite de la recherche sur les maladies, notamment le cancer et les maladies neurodégénératives.

2.4.2. Réaffirmer la place des usagers dans le système de santé

Les politiques de nombreux pays confirment l'importance du rôle actif des usagers du système de santé, en comparaison avec la SNS de la France. Par exemple, au Danemark, une application qui améliore les solutions existantes pour la communication entre les médecins généralistes et les patients permet à ces derniers d'accéder facilement et de manière flexible à la prise de rendez-vous, au renouvellement des ordonnances et à la téléconsultation (y compris en vidéoconférence) avec leur médecin généraliste⁵⁴. Des questionnaires standardisés seront élaborés pour démontrer les résultats pour les patients (Patient Related Outcomes [PRO]) dans l'ensemble du système de santé. Les aides numériques pour les exercices de rééducation constituent également une avancée importante, tout comme l'intégration de l'utilisation des applications de santé, telles que les outils d'aide à la décision pour les patients atteints de cancer et un outil numérique d'accompagnement de la grossesse. De même, en Finlande, l'accès des patients à leurs données médicales personnelles est possible *via* des applications de santé et de bien-être qui s'ajoutent à l'ensemble des données médico-sociales existantes⁵⁵. Les citoyens utilisent les services en ligne et produisent des données pour leur propre usage et pour celui des professionnels.

Grâce à ces avancées technologiques, à la recherche et à l'innovation, les pays inclus dans notre analyse se sont engagés à jouer un rôle actif non seulement pour profiter de ces initiatives afin d'améliorer la santé et le bien-être de leur population, mais aussi pour contribuer

53 https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/assets/file/healthcare2035_proposal_150703_summary_en.pdf

54 https://conversation.digitalhealth.gov.au/sites/default/files/adha-strategy-doc-2ndaug_0_1.pdf

55 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev_20150512_co53_en.pdf

à développer l'information et les technologies tant dans leurs régions respectives qu'au niveau international.

TROISIÈME PARTIE : MÉTHODES D'ÉVALUATION

Dans cette partie, l'accent sera mis sur les onze pays⁵⁶ qui disposent d'une stratégie nationale de santé afin d'examiner en détail leurs méthodes d'évaluation actuelles. Le tableau résume les méthodes d'évaluation (le cas échéant) en fonction de la stratégie nationale de santé de chacun des onze pays. Ces méthodes seront brièvement discutées dans les paragraphes suivants, avec une description des indicateurs clés et des outils d'évaluation pertinents (par exemple, outil interactif de données en ligne, etc.). À la fin de la section, une brève analyse des pays qui ne disposent pas actuellement d'une stratégie nationale de santé au sens de la partie 1.1 sera présentée, avec les méthodes d'évaluation notables qui peuvent être intéressantes pour orienter les futures méthodes d'évaluation de la SNS.

56 Onze pays disposent actuellement d'une stratégie nationale de santé au sens de la partie 1.1 : l'Australie, la Finlande, l'Irlande, Israël, le Japon, la Nouvelle-Zélande, Singapour, la Suède, la Suisse, Taïwan et les États-Unis.

3.1. Tableau comparatif des méthodes d'évaluation de onze pays ayant mis en place une stratégie nationale de santé publique (telle que définie dans la partie 1.1)

Pays	Nom de la stratégie nationale de santé (et méthode d'évaluation spécifique, le cas échéant, y compris les dernières données actualisées).	La méthode d'évaluation de la stratégie inclut-elle le suivi des indicateurs ?	Existe-t-il d'autres indicateurs généraux ou statistiques sanitaires pertinents ?	Autres méthodes d'évaluation
Australie	Plan national australien de santé à long terme (2019-2030)	Pas encore développée (stratégie publiée très récemment)	Liste des indicateurs généraux : National Health Performance Framework, indicateurs clés disponibles en ligne	
Finlande	Stratégie 2030, une société solidaire et un bien-être à long terme (2018-2030) PATH2030, évaluation de la politique de développement durable de la Finlande (2018-2019)	Oui, 232 indicateurs, présentés selon un système de feux tricolores, avec une description détaillée de la manière dont l'évaluation a été réalisée	Oui, liste des indicateurs généraux : Findicator, disponible en ligne	
Irlande	Healthy Ireland Framework (2013-2025) Healthy Ireland Framework Outcomes (2018)	Oui, des indicateurs ont été définis, mais aucun objectif n'a été mis en place	Oui, Health in Ireland Key Trends 2018 fournit des synthèses statistiques sur la santé et les soins de santé au cours des 10 dernières années	
Israël	Healthy Israel 2020 (2005-2020)	Non	Oui	5 rapports publiés en 2011 autour de 5 thèmes de prévention de la santé

Japon	The Japan Vision : Health Care 2035 (2015-2035)	Non ⁵⁷	Oui, indicateurs liés à Health 21 Japan (plan de prévention)	
Nouvelle-Zélande	New Zealand Health Strategy : Future direction (2016-2026)	Non, des indicateurs doivent encore être développés	Oui, les indicateurs clés sont rapportés en fonction de l'enquête sur la santé en Nouvelle-Zélande, sur un outil web interactif.	Rapport trimestriel existant pour 5 objectifs de santé nationale
Singapour	Initiatives Healthier Together, Comité d'approvisionnement 2019 du ministère de la Santé (2019-2030)	Non, des indicateurs doivent encore être développés		
Suède	Santé publique efficace et équitable, une politique de santé publique novatrice (2018-2020 [date cible de 2020 pour la mise en œuvre des stratégies])	Non, pas encore développés	Oui, suivi complet des indicateurs pour l'alcool, le tabac, les drogues et les jeux d'argent grâce à un outil en ligne	
Suisse	Santé2020 (2013-2020) Les indicateurs Santé2020 (2017)	Oui, 52 indicateurs couvrant 12 objectifs définis dans la stratégie		
Taïwan	Plan sur dix ans pour les soins de longue durée, Long-term Care Plan 2.0 (2017-2026)	Non, pas encore développés	Oui, rapport sur les indicateurs globaux de santé et de bien-être	
États-Unis	Programme Healthy People 2020 (2010-2020) Principaux indicateurs de santé (2014)	Oui, deux rapports sur les principaux indicateurs de santé, publiés en 2014 et à venir en 2020	Oui, il existe un rapport sur 26 indicateurs couvrant 12 domaines clés de la santé	

⁵⁷ Selon nos méthodes de recherche, aucun indicateur ne semble soutenir cette stratégie nationale de santé.

3.2. Stratégies d'évaluation similaires à celles de la SNS

Comme le montre le tableau ci-dessus, seuls trois des onze pays ont un processus défini de suivi des indicateurs lié à leur stratégie nationale de santé. En Suisse, à l'instar de la SNS, il existe 52 indicateurs quantifiables couvrant les six domaines associés aux douze objectifs généraux. Ces domaines comprennent le financement et les frais, la santé mentale, la santé de la population, les professionnels de santé, l'âge et les soins de longue durée, ainsi que le système de santé. Chaque indicateur est présenté dans un graphique interactif, publié sur le site web⁵⁸ avec une carte représentant le pays et les régions et pouvant être filtrée pour les deux sexes (hommes et femmes). Il y a aussi un tableau avec les chiffres exacts (n) pour chaque année où l'indicateur a été calculé, par canton et par classe d'âge. Toutes les informations peuvent être téléchargées via Excel. La définition, la provenance et l'année de la dernière mise à jour sont indiquées pour chaque indicateur. Un graphique linéaire montre la tendance générale de l'indicateur et un graphique en barres présente chaque indicateur en fonction des différents âges (15-34, 35-49, 50-64 et 65+).

La Finlande a récemment publié PATH2030, évaluation de la politique de développement durable de la Finlande⁵⁹ le 13 mai 2019. Ce rapport de projet évalue non seulement la politique de développement durable de la Finlande, mais formule également des recommandations concrètes pour l'avenir. Les méthodes d'évaluation englobent des outils vastes et diversifiés comprenant des indicateurs, des documents, ainsi que des avis d'experts recueillis par le biais d'enquêtes, d'entretiens et d'ateliers. Le calendrier de l'évaluation s'étend de la mise en place du programme en 2016 à aujourd'hui. Un système de feux tricolores est utilisé pour évaluer l'état des indicateurs (y compris le gris pour « ambigu ou inconnu »), l'état des objectifs de développement durable (ODD) [moyenne des deux indicateurs les plus faibles] et l'évaluation des tendances des ODD (moyenne arithmétique des indicateurs de tendance des ODD), avec une liste des sources et des documents de référence pour les données. Le résultat de ce rapport d'évaluation a finalement démontré que la politique de développement durable devrait principalement aborder les thèmes suivants : le changement climatique, les questions environnementales, la consommation et l'accroissement des inégalités. Le résumé des recommandations conclut que les futurs gouvernements finlandais devraient faire de la réalisation des objectifs de l'Agenda 2030 la base de leurs programmes, avec une feuille de route nationale jusqu'en 2030 incluant une allocation de fonds publics pour le développement durable, le renforcement de la viabilité des données des indicateurs et le suivi des objectifs de l'Agenda 2030.

En Irlande, le rapport *Healthy Ireland Outcomes Framework*⁶⁰ (*Cadre de résultats pour une Irlande en bonne santé*), qui servira de base pour mesurer les progrès réalisés en matière d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, a été publié en décembre 2018. Ce cadre repose sur un modèle conceptuel de santé et de bien-être qui intègre l'état de santé (dix indicateurs), les résultats en matière de santé (dix indicateurs) et les déterminants de la santé et du bien-être (dix indicateurs) tout au long de la vie, couvrant les six sous-domaines suivants : mesures préventives, risques associés au mode de vie et au comportement, mortalité et morbidité, facteurs de bien-être, facteurs environnementaux et facteurs socio-

58 <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/maladies-mentales-les-plus-frequentes-en-traitement-stationnaire>

59 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161601/VN_TEAS_23_Path%202030.pdf

60 <https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2018/12/Healthy-Ireland-Outcomes-Framework-2018.pdf>

économiques. Le rapport papier définit l'indicateur et la source des données mais, comme pour la SNS, il n'y a pas d'objectifs spécifiques à atteindre, de comparaisons avec les données de référence, ni de délais pour améliorer ces indicateurs.

3.3. Analyse des méthodes d'évaluation dans d'autres pays

Comme les outils d'évaluation disponibles dans les onze pays énumérés dans le tableau ci-dessus sont limités, il convient de mentionner les méthodes d'évaluation des politiques d'autres pays.

Nous pouvons tout d'abord nous pencher sur la méthode d'évaluation rigoureuse de l'Angleterre concernant ses résultats en matière de santé publique, intitulée Public Health Outcomes Framework⁶¹ (PHOF, ou cadre des résultats en matière de santé publique), mise en place en 2012. Ceux-ci sont officiellement examinés par l'agence gouvernementale Public Health England (PHE [Santé publique d'Angleterre]), qui est chargée de réactualiser les indicateurs inclus dans le cadre tous les trois ans. La version actuelle du PHOF (2016-2019) se compose de 66 catégories d'indicateurs de haut niveau qui comprennent 159 indicateurs individuels. Ces indicateurs sont regroupés en indicateurs généraux et en quatre catégories porteuses :

- les indicateurs globaux (résultats de haut niveau de l'espérance de vie) ;
- les déterminants de la santé au sens large ;
- l'amélioration de la santé ;
- la protection de la santé ;
- la santé publique et la mortalité prématurée.

Le 2 août 2019, PHE a publié son rapport intitulé *Public Health Outcomes Framework from 2019/20 : a consultation. Government response*⁶² (*Cadre de résultats en matière de santé publique dès 2019-2020 : une consultation. Réponse du gouvernement*). À partir de novembre 2019-2020, 75 catégories d'indicateurs de haut niveau seront instaurées, comprenant 161 indicateurs individuels, comme indiqué dans le cadre d'une consultation gouvernementale. PHE a collaboré avec des collègues du département de la Santé et de la protection sociale (DHSC) et d'autres services ministériels afin de réviser les indicateurs du cadre et d'identifier les indicateurs existants en fonction d'une série de critères (par exemple, sources de données obsolètes ou modifiées, nouveaux domaines à mesurer identifiés pour le développement de nouveaux indicateurs). Les statistiques d'utilisation de l'outil web Google Analytics ont été utilisées pour orienter le processus décisionnel visant à ajouter, modifier ou supprimer des indicateurs.

Outre le Public Health Outcomes Framework, il existe un autre cadre important qui évalue des domaines de santé publique plus spécifiques en Angleterre : les NHS Outcomes Framework Indicators⁶³ (indicateurs du cadre de résultats de l'assurance maladie britannique). Cet ensemble d'indicateurs a été établi par le département de la Santé et de la protection sociale pour surveiller les résultats en matière de santé des adultes et des enfants en Angleterre. Ce

61 <https://fingertips.phe.org.uk/profile/public-health-outcomes-framework>

62 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/822149/Government_response_to_proposed_changes_to_PHOF_2019_to_2020.pdf

63 <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/clinical-indicators/adult-social-care-outcomes-framework-ascof/current>

cadre donne une vision d'ensemble des performances du NHS. La dernière publication de mai 2019 est disponible aux formats PDF⁶⁴, Excel et CSV. Dans le tableau récapitulatif, chaque indicateur est présenté selon les entrées suivantes : année des dernières données disponibles, valeur de l'indicateur, unité, évolution dans le temps et derniers résultats.

Au niveau municipal, le Danemark a publié une vue d'ensemble des résultats municipaux pour certains indicateurs énumérés à la fin de sa stratégie, sous le titre Objectifs nationaux du système de santé danois⁶⁵. Ceux-ci sont comparés à la moyenne nationale par le biais d'un système de feux tricolores, en indiquant les tendances de l'évolution des données de référence de 2016-2017 et le statut par rapport à la moyenne nationale (rouge = tendance à l'aggravation/pire que la moyenne nationale, jaune = tendance constante/identique à la moyenne, vert = tendance à l'amélioration/mieux que la moyenne nationale). Les sources sont listées en bas de page.

Nous pouvons donc constater que, dans l'ensemble, les méthodes d'évaluation varient d'un pays à l'autre, la plupart des pays disposant de bases de données d'indicateurs généraux ou de statistiques pertinentes, qui ne sont pas liées à leur stratégie nationale de santé (telle que définie dans la partie 1.1). À l'avenir, pour les pays dont les stratégies ont été récemment publiées et mises en œuvre, le développement, le contrôle et le suivi de ces indicateurs constitueront des éléments importants pour les décideurs politiques des différents ministères de la Santé nationaux ou fédéraux, ainsi que pour les autres parties prenantes. Cela permettra d'évaluer le succès de leurs politiques et stratégies de santé publique et d'apporter les changements nécessaires pour améliorer les résultats en matière de santé de leurs citoyens et des générations à venir.

64 <https://files.digital.nhs.uk/F4/37F1B0/nhs-out-frm-ind-may-19-dash.pdf>

65 https://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2018/National-goals-2019/national-goals-of-the-danish-healthcare-system-2018.pdf

CONCLUSION

Selon l'analyse des 18 pays sélectionnés sur la base de nos méthodes de recherche, onze ont une stratégie nationale (ou fédérale) de santé (telle que définie dans la partie 1.1) comparable à la SNS. Les stratégies fédérales de la Suisse et de l'Australie présentent le plus de similitudes, couvrant les quatre axes prioritaires de la SNS, bien que la durée de ces politiques soit nettement plus longue, à savoir respectivement sept et dix ans. La politique nationale de santé publique avancée de la Suède servira de base pour la création de stratégies visant à améliorer les inégalités sociales et économiques en matière de santé au cours des deux prochaines années dans huit domaines de santé prioritaires. En Asie, les quatre pays inclus dans notre analyse, à savoir le Japon, Israël, Singapour et Taïwan, disposent de stratégies nationales de santé à long terme (sur dix ans ou plus) généralement axées sur des soins de santé durables pour une population vieillissante. La Nouvelle-Zélande dispose également d'une stratégie nationale de santé sur dix ans qui recouvre les quatre axes prioritaires de la SNS à travers cinq objectifs, bien que ceux-ci soient présentés différemment. Les États-Unis ont quant à eux un programme national de santé très complet sur dix ans, qui couvre également les quatre axes prioritaires en fixant des objectifs dans différents domaines de santé. Enfin, les stratégies nationales de santé de la Finlande et de l'Irlande, d'une durée de douze ans, se concentrent respectivement sur la durabilité des soins et l'égalité en matière de santé, et sur la prévention et la promotion de la santé. Parmi ces onze pays, seuls trois (la Suisse, la Finlande et l'Irlande) disposent de méthodes d'évaluation concrètes de leurs stratégies nationales de santé similaires à celles de la SNS. Il est important de mettre en place à l'avenir une surveillance afin de contrôler la mise à jour des objectifs et des plans de mise en œuvre des stratégies nationales de santé de ces pays, ainsi que les méthodes de suivi et d'évaluation correspondantes, et éventuellement d'inclure d'autres pays afin de réaliser de futures études comparatives.

ANNEXE I

Tableau I. Méthodes d'évaluation dans les 18 pays pris en compte, comprenant des liens hypertextes renvoyant vers les outils disponibles

Pays	Outils existants	Indicateurs existants	Liens hypertextes renvoyant vers les outils disponibles
Allemagne	Rapport de prévention rédigé tous les 4 ans (pour atteindre les objectifs nationaux de santé) Système d'information pour l'évaluation de la santé	4 domaines couverts : état de santé, aspects liés aux risques et à la santé comportementale, maladies et système de santé	https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/praevgnat_praevkon/bundesrahm/bundesrahmenenglisch.pdf http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gast&p_aid=48470453&p_sprache=E
Angleterre	Public Health Outcomes Framework NHS Outcomes Framework Adult Social Health Care Framework (cadre de prise en charge socio-sanitaire des adultes)	66 catégories d'indicateurs de haut niveau qui comprennent 159 indicateurs individuels (PHOF)	https://fingertips.phe.org.uk/profile/public-health-outcomes-framework https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/ci-hub/nhs-outcomes-framework https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/clinical-indicators/adult-social-care-outcomes-framework-ascof/current Le 2 août 2019, PHE a publié son rapport intitulé : « <i>Public Health Outcomes Framework from 2019/20: a consultation. Government response</i> ». À partir de novembre 2019-2020, 75 catégories d'indicateurs de haut niveau comprenant 161 indicateurs individuels seront utilisées, comme indiqué lors de la consultation gouvernementale.
Espagne	Rapport publié en 2018 au niveau municipal (page 42)	Le nombre de municipalités qui adhèrent à la stratégie de prévention et de promotion de la santé	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111830164X https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_implementacion_local.pdf
Danemark	Objectifs nationaux du système de santé danois	Indicateurs suivis tous les 6 mois aux niveaux	https://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2018/National-goals-2019/national-goals-of-the-danish-healthcare-system-2018.pdf

		national et municipal	
Finlande	PATH 2030 / POLKU 2030 Évaluation de la politique de développement durable de la Finlande 2018-2019 Outre la production d'un rapport final, le projet proposera également une représentation graphique de ses résultats, une note d'orientation et un panel de choix pour les domaines du projet	Index des ODD et indicateurs des tableaux de bord 10 rubriques d'indicateurs du système de suivi de l'état du développement durable Documents en lien avec les Dialogues sur les politiques d'Helsinki	http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161601/VN_TEAS_23_Path%202030.pdf
Irlande	Healthy Ireland Outcomes Framework	3 domaines généraux (état de santé, résultats en matière de santé et déterminants sociaux de la santé couvrant 6 sous-domaines), 30 indicateurs au total	https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2018/12/Healthy-Ireland-Outcomes-Framework-2018.pdf
Italie	PNE (programme national d'évaluation) : audit clinique et organisationnel pour l'équité et l'efficacité du système d'assurance maladie italien Indicateurs LEA : rapport sur les niveaux de soins essentiels	175 indicateurs (en 2018)	https://pne.agenas.it/risultati/tipo4/intr_struas14_HC.php?ind=44&tipo=4&area=11 Graphiques et objectifs au niveau régional avec des objectifs opérationnels et des outils de suivi http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2832_allegato.pdf Toutes les régions sont tenues de communiquer les indicateurs, malgré l'autonomie régionale en matière de financement ; elles doivent également mettre en place des dispositions différentes en matière de soins

Pays-Bas	Les rapports trimestriels sur l'état de la santé publique aux Pays-Bas fournissent des informations importantes pour la formulation des politiques de santé et permettent également d'évaluer les politiques des années précédentes	Impossible de trouver la liste exacte des indicateurs	http://www.chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/07/150708Netherlands-CHRODIS-final-draft-correctie-voor-website2.pdf
Suède	Sous-objectifs et objectifs provisoires pour tous les domaines clés mentionnés dans la partie 1, mais pas d'application stricte des méthodes d'évaluation. Indicateurs disponibles en anglais pour l'alcool, les stupéfiants, le dopage et le tabac	Plus de 200 indicateurs pour l'alcool, les stupéfiants, le tabac et les jeux d'argent). Les méthodes d'évaluation pour d'autres sujets de santé ne sont pas disponibles en anglais.	http://www.andtuppfoljning.se/en/indikatorlabbet/
Suisse	L'Obsan/Office fédéral de la santé publique (OFSP) publie un rapport national annuel depuis 2017 ainsi que des rapports régionaux	52 indicateurs mesurables	Graphiques et observations pour chaque indicateur : https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs
Israël	Pas de processus d'évaluation fixe, mais des rapports ont été publiés en 2010-2011, sans certitude quant à une date de révision future	60 objectifs ciblés autour de 5 domaines	https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Obesity-prof_en.pdf https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/2020-sport-final_en.pdf pg12 https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/nutrition-2020_en.pdf https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Alcohol_Prevention_prof_En.pdf https://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthy_israel_2020.pdf
Japon	Indicateurs pour Health Japan 21, phase II	57 indicateurs couvrant	http://www.nibiohn.go.jp/eiken/

	Japan Vision : chronologie de la stratégie Health Care 2035, avec des mesures ciblées essentielles à réaliser d'ici 2020 et 2035, pour chacun des 3 domaines et des 5 infrastructures	5 domaines différents avec des objectifs à atteindre en 2022 (Health Japan 21, phase II)	http://www.nibiohn.go.jp/eiken/kenkounippon21/en/kenkounippon21/
Singapour	Mesures mises en place, mais sans liste d'indicateurs (initiatives Healthier Together, Comité d'approvisionnement 2019 du ministère de la Santé) Projet pilote : Enquête nationale sur la santé de la population en 2016-2017	9 indicateurs, la prochaine enquête est prévue entre 2018 et 2019.	https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider5/resources-statistics/reports/executive-summary-nphs-2016_17.pdf
Taiwan	<i>Rapport sur la santé et le bien-être à Taïwan (2018)</i>	Liste des indicateurs publiée chaque année autour de 3 domaines de santé (disponible à l'index du document)	https://www.mohw.gov.tw/dl-53890-ab61de27-bdc4-4f00-80f5-8f33c65e2961.html
Australie	Indicateurs du cadre normalisé du National Health Agreement Cadre d'évaluation des avantages de l'Agence	Indicateurs principaux : 34 indicateurs répartis en 3 domaines de santé généraux, 10 sous-domaines	https://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/392569 https://www.mja.com.au/system/files/issues/210_06/mja250034.pdf

	australienne de la santé numérique	Élaboration d'un cadre d'évaluation multiméthode pour évaluer de manière exhaustive les avantages du système My Health Record	
Nouvelle-Zélande	Indicateurs pas encore définis (New Zealand Health Strategy : Future direction) Les indicateurs clés sont rapportés selon l'enquête sur la santé en Nouvelle-Zélande	Rapport trimestriel existant pour 5 objectifs de santé nationale 8 indicateurs clés, 18 domaines généraux et 97 indicateurs	https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/health-targets/how-my-dhb-performing-2017-18 https://minhealthnz.shinyapps.io/nz-health-survey-2017-18-annual-data-explorer/ w_06f9f9aa/#!/home Outil de données interactif accessible au public
Canada	Plan annuel du ministère de la Santé 2019-2020	Indicateurs communiqués pour tous les résultats, avec des objectifs spécifiques et un calendrier pour les atteindre.	https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/corporate-management-reporting/report-plans-priorities/2019-2020-report-plans-priorities.html
États-Unis	Leading Health Indicators (principaux indicateurs sanitaires) pour Health 2020	Tous ces indicateurs (objectifs mesurables) ont une source d'information, une mesure de base et un objectif spécifique à atteindre d'ici 2020.	https://www.healthypeople.gov/2020/data-search/midcourse-review/lhi https://www.healthypeople.gov/2020/tools-and-resources/program-planning/Track Ce site présente les étapes suivies par les États-Unis au cours de leur processus d'évaluation générale

		Un rapport d'examen à mi-parcours, <i>Leading Heath indicators</i> , publié en 2014 montre les résultats de 26 indicateurs spécifiques	
--	--	--	--

ANNEXE II

Analyse comparative internationale portant sur les indicateurs de la SNS, réalisée en 2019

Premier axe prioritaire. Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie

Tableau 1 - Prévalence du tabagisme quotidien chez les adultes

Pays / État	Âge (ans)	Sexe	Période	Valeur	Unité de mesure	
France	18-75	H/F	2017	26,9	%	Source : Baromètre santé de l'ANSP, France métropolitaine
Danemark	15+	H/F	2017	16,9	%	Source : OCDE
Angleterre	18+	H/F	2015-2017	14,9	%	Source : enquête annuelle sur la population
Finlande	15+	H/F	2016	15	%	Source : OCDE
Allemagne	15+	H/F	2017	18,8	%	Source : OCDE
Irlande	15+	H/F	2016	18	%	Source : OCDE
Italie	15+	H/F	2016	20	%	Source : OCDE
Pays-Bas	15+	H/F	2016	18	%	Source : OCDE
Espagne	15+	H/F	2019	22	%	Source : MDS, gouvernement espagnol
Suède	16-84	H/F	2018	7	%	Source : Folkhalsomyndigheten (Agence de santé publique)
Suisse	15+	H/F	2016	18	%	Source : Office fédéral de la santé publique
Australie	14+	H/F	2016	12,2	%	Source : NDSHS (enquête sur les ménages dans le cadre de la stratégie nationale antidrogue)
Canada	18+	H/F	2017	21,3	%	Source : Santé Infobase
Nouvelle-Zélande	15+	H/F	2017-2018	13,1	%	Source : ministère de la Santé
États-Unis	18+	H/F	2017	14,1	%	Source : enquête nationale sur la santé, Centres de contrôle et de prévention des maladies/Centre national des statistiques de santé (CDC/NCHS)

Japon	20+	H/F	2017	18,2	%	Source : JT (Japan Tobacco), MIAC (ministère des Affaires intérieures et des Communications)
Israël	15+	H/F	2017	17,2	%	Source : OCDE
Singapour	18-69	H/F	2017	12	%	Source : ministère de la Santé de Singapour, NPHS (enquête nationale sur la santé de la population)
Taiwan	18+	H/F	2017	14,5	%	Source : Administration de la promotion de la santé, ministère de la Santé et des Affaires sociales, République de Chine (Taiwan)

Tableau 2 - Taux de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées

Pays / État	Âge (ans)	Sexe	Période	Valeur	Unité de mesure	
France	65+	H/F	2018-2019	51	%	Source : SNDS-DCIR, tous régimes, ANSP (2016-2018)
Danemark	65+	H/F	2016-2017	47	%	Source : ECDC
Angleterre	65+	H/F	2017-2018	72,6	%	Source : PHOF
Finlande	65+	H/F	2018-2019	49,5	%	Source : THI
Allemagne	65+	H/F	2017	34,8	%	Source : OCDE
Irlande	65+	H/F	2017	53,5	%	Source : OCDE
Italie	65+	H/F	2017	52	%	Source : OCDE
Pays-Bas	65+	H/F	2015	66,8	%	Source : OCDE
Espagne	65+	H/F	2017-2018	55,7	%	Source : MSD, gouvernement espagnol
Suède	65+	H/F	2017-2018	49,4	%	Source : Folkhalsomyndigheten (Agence de santé publique)
Suisse	65+	H/F	2012	38,5	%	Source : Swiss Med Weekly
Australie	65+	H/F	2009	74,6	%	Source : AIHW (Institut australien de la santé et du bien-être)
Canada	65+	H/F	2016-2017	69,5	%	Source : Santé Canada

Nouvelle-Zélande	65+	H/F	2016	66,7	%	Source : ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande
États-Unis	65+	H/F	2018-2019	63,1	%	Source : NFIS, CDC estimation du début de la saison
Japon	65+	H/F	2015	51	%	Source : OCDE
Israël	65+	H/F	2017	59,8	%	Source : OCDE
Singapour	50+	H/F	2013	15,2	%	Source : NHSS
Taiwan	65+	H/F	2016	49,2	%	Source : CDC de Taiwan

Tableau 3 - Taux de dépistage du cancer colorectal

Pays / État	Âge (ans)	Sexe	Période	Valeur	Unité de mesure	
France	50-74	H/F	2017-2018	32,1	%	Source : Données sur le cadre de gestion des examens de dépistage (ANSP)
Angleterre	60-74	H/F	2018	59	%	Source : PHOF
Danemark	50-72	H/F	2014-2015	29,6	%	Source : Étude de cohorte rétrospective
Allemagne	50-79	H/F	2013-2016	67,2	%	Source : Étude
Finlande	60-69	H/F	2014-2016¹	66,6	%	Source : CE
Espagne	50-69	H/F	2014-2016¹	52,2	%	Source : CE
Irlande	60-69	H/F	2013-2016	43,1	%	Source : CE
Italie	60-69	H/F	2013-2016	45,7	%	Source : CE
Pays-Bas	55-75	H/F	2014	71,3	%	Source : CE
Espagne	50-69	H/F	2014-2016	52,2	%	Source : CE
Suède	60-69	H/F	2017	60,2	%	Source : CE Stockholm, Gotland
Suisse	50-75	H/F	2012	22,2	%	Source : PLOS
Australie	50-74	H/F	2015/2016	40,9	%	Source : AIHW (Institut australien de la santé et du bien-être)

Canada	50-74	H/F	2013-2017	45,4	%	Source : Santé Infobase
Nouvelle-Zélande	60-74	H/F	2012	56,8	%	Source : ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande, Waitemata District Health Board (WDHB [Conseil de santé du district de Waitemata]) Taux de dépistage pour un projet pilote au sein du District Health Board
États-Unis	50-74	H/F	2015	62,4	%	Source : enquête nationale sur la santé, CDC/NCHS
Japon	40-69	H/F	2013	38	%	Source : NCC
Israël	50-74	H/F	2013	57	%	Source : ministère de la Santé d'Israël, INIHDR
Singapour	50-69	H/F	2013	34	%	Source : HBSS
Taiwan	50-69	H/F	2017	41	%	Source : base de données du registre des cancers de Taïwan

Deuxième axe prioritaire. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé

Tableau 1 - Pourcentage de personnes n'ayant pas eu recours à des soins dentaires pour des raisons financières pour le quintile le plus défavorisé et le reste de la population

Pays / État	Âge	Sexe	Population	Période	Valeur	Unité de mesure	
France	16+	H/F	H/F	2017	2,7	%	Source : SILC-SRCV (Eurostat) 2008-2017.
	16+	H/F	Quintile le plus défavorisé	2017	5,7	%	
Angleterre	16+	H/F	H/F	2017	2,3	%	Source : Eurostat, population pour le Royaume-Uni
	16+	H/F	Quintile le plus défavorisé	2017	2,5	%	
Allemagne	16+	H/F	H/F	2017	0,5	%	Source : Eurostat
	16+	H/F	Quintile le plus défavorisé	2017	1,6	%	
Danemark	16+	H/F	H/F	2018	3,9	%	Source : Eurostat, provisoire
	16+	H/F	Quintile le plus défavorisé	2018	8,3	%	
Espagne	16+	H/F	H/F	2018	4,6	%	Source : Eurostat
	16+	H/F	Quintile le plus défavorisé	2018	12	%	
Finlande	16+	H/F	H/F	2018	0,5	%	Source : Eurostat
	16+	H/F	Quintile le plus défavorisé	2018	0,9	%	
Irlande	16+	H/F	H/F	2017	3	%	Source : Eurostat
	16+	H/F	Quintile le plus défavorisé	2017	5,5	%	
Italie	16+	H/F	H/F	2017	2,1	%	Source : Eurostat
	16+	H/F	Quintile le plus défavorisé	2017	4,7	%	
Pays-Bas	16+	H/F	H/F	2018	0,2	%	Source : Eurostat, provisoire

	16+	H/F	Quintile le plus défavorisé	2018	0,6	%	
Suède	16+	H/F	H/F	2018	1,4	%	Source : Eurostat
	16+	H/F	Quintile le plus défavorisé	2018	4,6	%	
Suisse	16+	H/F	H/F	2017	3	%	Source : Eurostat
	16+	H/F	Quintile le plus défavorisé	2017	5,7	%	
Australie	5+	H/F	H/F	2013	32	%	Source : NDTIS 2013
Canada	18+	H/F	H/F	2016	28	%	Source : CHI, étude du Commonwealth Fund
États-Unis	18+	H/F	H/F	2017	11	%	Source : enquête nationale sur la santé
				2017-2018	43,7	%	
Nouvelle-Zélande	15+	H/F	H/F	2017-2018	43,7	%	Source : ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande
	15+	H/F	Quintile le plus défavorisé	2017-2018	51,5	%	
Israël	22+	H/F	H/F	2016	18	%	Source : SMCHPR
	22+	H/F	Quintile le plus défavorisé	2014	30	%	

Troisième axe prioritaire. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé

Tableau 1 - Taux de polymédication chez les personnes âgées

Pays / État	Âge	Sexe	Période	Valeur	Unité de mesure	
France¹	75+	H/F	2017	22	%	Source : DCIR (CNAM), Insee, DREES
Angleterre	75+	H/F	2015/2016	22	%	Source : étude BMJ ≥5 médicaments
Allemagne	61+	H/F	2017	37,5	%	Source : IQVIA ≥5 médicaments
	65+	H/F	2015	30,3	%	Source : SHARE, vague 6 ≥5 médicaments
Danemark	75+	H/F	2016(?)	33	%	Source : DMJ ≥5 médicaments
	65+	H/F	2015	32,7	%	Source : SHARE, vague 6 ≥5 médicaments
Espagne	65+	H/F	2017	27,3	%	Source : enquête nationale sur la santé, Espagne, 2017, ≥5 médicaments
	65+	H/F	2015	31,6	%	Source : SHARE, vague 6 ≥5 médicaments
Finlande	75+	H/F	2007	33	%	Source : étude 6-9 médicaments
Irlande	65+	H/F	2012	60,4	%	Source : étude ≥5 médicaments
Italie	65+	H/F	2014	67,2	%	Source : étude, 5-9 médicaments
	65+	H/F	2015	32,9	%	Source : SHARE, vague 6 ≥5 médicaments
Pays-Bas	65+	H/F	2013-2014	26,7	%	Source : étude ≥5 médicaments
Suède	65+	H/F	2011-2013	11,7	%	Source : Clin Epi ≥10 médicaments
	65+	H/F	2015	31	%	Source : SHARE, vague 6 ≥5 médicaments
Suisse	65+	H/F	2012-2013	59	%	Source : USB ≥5 médicaments
	65+	H/F	2015	26,3	%	Source : SHARE, vague 6 ≥5 médicaments
Australie	70+	H/F	2017	36,1	%	Source : étude MJA, ≥5 médicaments
Canada	65+	H/F	2016	65,7	%	Source : ICIS ≥5 médicaments

États-Unis	65+	H/F	2010	39	%	Source : NHNES, ≥5 médicaments
Nouvelle-Zélande	65+	H/F	2016	34	%	Source : HQSC NZ ≥5 médicaments
Japon	65+	H/F	2016	49,4	%	Source : MHLW (ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales), étude ≥5 médicaments
Singapour	65+	H/F	2015-2016	18,1	%	Source : étude sur les personnes âgées valides, ≥5 médicaments
Taiwan	60+	H/F	2019	46,6	%	Source : étude sur les personnes âgées atteintes de diabète, ≥5 médicaments
Israël	65+	H/F	2011-2012	42,6	%	Source : étude ≥5 médicaments
	65+	H/F	2015	37,5	%	Source : SHARE, vague 6 ≥5 médicaments

Quatrième axe prioritaire. Innover pour transformer le système de santé en réaffirmant la place des usagers

Tableau 1 - Proportion de la population satisfaite de la qualité des soins de santé (dispensés par les professionnels de santé)

Pays / État	Âge	Sexe	Professionnel de santé	Période	Valeur	Unité de mesure
France	Tout âge	H/F	Médecins généralistes (hors hôpital)	2018	86	%
	Tout âge	H/F	Médecins spécialistes (hors hôpital)	2018	82	%
Angleterre	Tout âge	H/F	Médecins généralistes (hors hôpital)	2018	83,8	%
Allemagne	Tout âge	H/F	Médecins généralistes (hors hôpital)	2017	~ 80	%
Danemark	Tout âge	H/F	Médecins généralistes (hors hôpital)	2019	96,5	%
Espagne	Tout âge	H/F	Médecins généralistes (hors hôpital)	2012	74,4	%

Source : Baromètre d'opinion de la DREES

Source : enquête auprès des patients des médecins généralistes

Source : FP

Source : KIAP

Source : étude

Finlande	Tout âge	H/F	Médecins généralistes et personnel infirmier (hors hôpital)	2011	95	%	Source : étude
Irlande	Tout âge	H/F	Médecins généralistes (hors hôpital)	2018	91	%	Source : étude
Italie	Tout âge	H/F	Médecins généralistes (hors hôpital)	2014-2016	82,4	%	Source : étude sur les utilisateurs des outils de santé numérique
Suisse	Tout âge	H/F	Médecins généralistes (hors hôpital)	2013	93,7	%	Source : <i>Commonwealth Fund</i>
Australie	Tout âge	H/F	Médecins généralistes (hors hôpital)	2017-2018	77	%	Source : ABS, PES - 3 catégories
	Tout âge	H/F	Médecins spécialistes (hors hôpital)	2017-2018	81	%	
Canada	Tout âge	H/F	Médecins généralistes (hors hôpital)	2017-2018	83,7	%	
Nouvelle-Zélande	Tout âge	H/F	Médecins spécialistes (hors hôpital)	2011-2012	82,3	%	Source : ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande
Japon	Tout âge	H/F	Tout médecin	2011	70	%	Source : ISSP

Israël	20+	H/F	Médecins généralistes (hors hôpital)	2015-2016	88	%
	20+	H/F	Médecins spécialistes (hors hôpital)	2015-2016	81	%

Source : étude Résidents juifs en Samarie et en Judée

Source : étude Résidents juifs en Samarie et en Judée

Annexe 5

Septembre 2022

Évaluation de la stratégie nationale
de santé 2018-2022

État de santé de la population en France

DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 102

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 102 • septembre 2022

L'état de santé de la population en France

Septembre 2022

Guillaume Bagein, Vianney Costemalle, Thomas Deroyon, Jean-Baptiste Hazo, Diane Naouri, Elise Pesonel, Annick Vilain (DREES)

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 102 • septembre 2022

Synthèse

L'état de santé de la population en France

Septembre 2022

Guillaume Bagein, Vianney Costemalle, Thomas Deroyon, Jean-Baptiste Hazo, Diane Naouri, Elise Pesonel, Annick Vilain (DREES)

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.sante.gouv.fr

SYNTHÈSE

L'état de santé en France : une évolution contrastée parcourue par de fortes inégalités

- **Le vieillissement** de la population française **se poursuit**, avec 16 % de personnes de 75 ans ou plus attendus en 2052, contre 9 % aujourd'hui. L'espérance de vie à la naissance s'élève à 85,4 ans pour les femmes et à 79,3 ans pour les hommes en 2021. Si les espérances de vie à la naissance et à 65 ans continuent de croître, malgré une baisse conjoncturelle en 2020 du fait de l'épidémie de Covid-19, cette croissance s'amenuise. Même si elle ralentit aussi, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans progresse plus rapidement que l'espérance de vie à 65 ans : entre 2009 et 2019, la première a augmenté de 2,1 ans contre 0,8 an pour la seconde chez les femmes, et de 1,4 an contre 1,2 an chez les hommes. La réduction de la mortalité, prématurée ou non, se poursuit, **avec les cancers et les maladies cardio-neurovasculaires qui demeurent les causes les plus fréquentes**, concernant chacun plus du quart des décès.
- Les **maladies chroniques** surviennent plus fréquemment chez les personnes aux faibles revenus et conduisent à **renforcer les inégalités d'espérance de vie** observées entre les plus modestes et les plus aisés.
- **Une personne sur dix présente des symptômes évocateurs de troubles dépressifs** en France métropolitaine en 2019 parmi les plus de 15 ans, avec des écarts du simple au double selon le niveau de vie. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), la situation est plus critique, avec au moins 2 personnes sur 10 concernées en Guyane ou à Mayotte. Par ailleurs, un adulte sur deux est gêné par des problèmes de sommeil.
- 30 % des habitants de France métropolitaine de 15 ans ou plus déclarent ressentir des douleurs physiques. **9 % ont un problème de santé handicapant** puisque qu'il les empêche de faire « ce que les autres personnes font habituellement » depuis au moins 6 mois.
- La période particulière de crise sanitaire due à **l'épidémie de Covid-19** a entraîné une surmortalité estimée à **95 000 décès supplémentaires de mars 2020 à décembre 2021**. **L'impact psychologique sur la population a été important**, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes, avec des syndromes dépressifs atteignant 22 % des 15-24 ans à la fin du premier confinement. Si les hospitalisations pour tentatives de suicide ou violences auto-infligées ont globalement diminué en 2020, on observe une **très forte augmentation de ces hospitalisations en 2021 chez les filles et les jeunes femmes**.

Déterminants de santé et prévention

- La France demeure dans le groupe de pays européens les plus consommateurs d'alcool. Même si la consommation continue de baisser, **les alcoolisations ponctuelles importantes (API) augmentent**, et concernent en France métropolitaine 26,5 % des femmes et 50,1 % des hommes de 15 ans ou plus en 2019, contre 16,5 % et 42,0 % en 2014. **Le tabac** constitue la **première cause de mortalité évitable**, avec 75 000 décès en 2015. La **tendance** est cependant **à la baisse entre 2014 et 2019** : 18,5 % des 15 ans ou plus fument quotidiennement en 2019, alors qu'ils étaient 25 % en 2014. En 2020, la baisse semble marquer un coup d'arrêt, dans un contexte de crise sanitaire.
- Si en France métropolitaine **plus de 3 habitants sur 4 consomment tous les jours des fruits et légumes**, c'est moins de 50 % dans les DROM, où la consommation de boissons sucrées est aussi plus répandue. **20 % des habitants de France métropolitaine et 30 % des habitants des DROM ne font aucun trajet à pied d'au moins 10 minutes par semaine**.
- **La surcharge pondérale concerne 45 % des personnes** en France dont 14 % souffrant d'obésité. Les prévalences d'obésité sont plus élevées dans la partie nord de la France où elles dépassent 20 % dans certains départements, ainsi que dans les DROM, sauf à La Réunion. La part de personnes obèses diminue lorsque le niveau de diplôme ou le niveau de vie augmente.
- En ce qui concerne la santé au travail, le risque d'accidents est plus élevé en manutention manuelle, avec 37,4 accidents du travail par million d'heures travaillées chez les ouvriers en 2016 contre 5,0 chez les cadres, et des contraintes physiques qui touchent particulièrement les ouvriers. **La majorité des maladies professionnelles concernent les troubles musculo-squelettiques**.
- Le recours au dépistage du cancer est inégal selon le niveau de vie, avec par exemple, 24 % des femmes de 50-74 ans parmi le cinquième des personnes les plus aisées n'ayant jamais eu de mammographie ou en ayant eu une il y a plus de 2 ans contre 39 % pour les femmes parmi le cinquième des personnes les plus modestes en 2019. **Dans les DROM, la prévention est moins répandue, surtout à Mayotte** où 85 % des hommes de 50-74 ans n'ont jamais eu de dépistage du cancer colorectal, contre 47 % en France métropolitaine. La vaccination contre la grippe saisonnière, qui concerne 6 personnes sur 10 parmi les 75 ans ou plus, est légèrement plus répandue parmi les personnes les plus aisées.

L'accès aux soins demeure inégal d'un territoire à l'autre et, dans un contexte de baisse attendue de la démographie médicale, les inégalités d'accessibilité aux professionnels de santé (et en particulier aux généralistes libéraux) s'accroissent. Elles **risquent de pénaliser plus fortement les plus modestes**. En effet, **inégalités spatiales et sociales semblent se renforcer**. Ainsi, dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées ; de même, l'accès aux unités neurovasculaires en cas d'AVC est moins fréquent pour les plus modestes et les différences d'accès entre les plus modestes et les plus aisés sont plus fortes dans les départements faiblement dotés en lits dans ces unités.

De la naissance aux grands âges, les problèmes de santé évoluent, les inégalités demeurent

- **Les femmes résidant dans les DROM présentent un risque de mortalité maternelle multiplié par 4 par rapport à celles de France métropolitaine**, bien que les décès liés à la grossesse, l'accouchement ou à ses suites restent rares au global (11 décès pour 100 000 naissances vivantes jusqu'à un an après la naissance). La **mortalité périnatale**, qui concerne les enfants morts nés ou décédés dans les 7 premiers jours de vie, **a cessé de diminuer et stagne** autour de 10 pour 1 000 naissances totales durant la décennie 2010.
- Les **inégalités de santé apparaissent dès avant la naissance** avec de nombreux facteurs de risques pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance plus fréquemment présents dans les milieux défavorisés (tabac, obésité). La prématurité et les petits poids à la naissance sont plus fréquents lorsque la mère est de milieu modeste.
- Lorsqu'ils grandissent, deux fois plus d'enfants d'ouvriers que d'enfants de cadres se retrouvent en surpoids en grande section maternelle. En 2017, **18 % des enfants en classe de troisième sont en surpoids et 5 % sont obèses** (3 % chez les enfants de cadre et 8 % chez les enfants d'ouvriers). La part de ces enfants en surpoids ou obèses progresse.
- La santé bucco-dentaire s'améliore globalement. Les enfants d'ouvriers ont plus souvent que ceux des cadres des troubles non corrigés de la vue.
- **La fréquence des pathologies chroniques multiples augmente avec l'âge, mais la polyopathie n'est pas limitée aux personnes âgées** : 3 % de la population cumule 3 pathologies ou traitement chronique dès 45-64 ans, 8 % à 65-74 ans et 21 % au-delà de 75 ans, plus encore chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, au grand âge, dont la part est amenée à progresser fortement, le cumul de plusieurs de ces maladies est fréquent, d'où une future pression attendue sur l'offre de soins.

SOMMAIRE

■ INTRODUCTION	4
I. L'ÉTAT DE SANTÉ EN FRANCE : UNE ÉVOLUTION CONTRASTÉE PARCOURUE PAR DE FORTES INÉGALITÉS.....	5
1 - Une population de plus en plus âgée	5
2 - L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans croît plus vite que l'espérance de vie à 65 ans sur la période récente.....	6
3 - La réduction de la mortalité et de la mortalité prématurée se poursuit malgré des épisodes de surmortalité, mais les inégalités de mortalité persistent.....	8
<i>Une réduction de la mortalité et de la mortalité prématurée.....</i>	8
<i>Plus de la moitié des décès en 2017 causés par les cancers et les maladies cardio-neurovasculaires</i>	9
<i>Une mortalité plus élevée dans le nord et le nord-est de la France</i>	9
<i>Une surmortalité saisonnière liée aux épidémies de grippe</i>	11
<i>Une surmortalité due à certains épisodes de canicule.....</i>	11
<i>Dans les milieux plus défavorisés, les décès arrivent plus tôt dans la vie.....</i>	11
4 - Les maladies chroniques, hormis certains cancers, surviennent plus fréquemment chez les personnes aux revenus les plus modestes.....	12
<i>Les maladies cardio-neurovasculaires sont les maladies chroniques les plus fréquentes, suivies par les maladies mentales, le diabète et les cancers</i>	12
<i>Des motifs d'hospitalisation souvent en lien avec une maladie chronique</i>	12
<i>Les maladies chroniques, hormis certains cancers, surviennent plus fréquemment chez les personnes financièrement défavorisées</i>	13
5 - Santé mentale, qualité de vie et handicap : les plus âgés et les plus modestes sont plus souvent négativement affectés.....	14
<i>Une personne sur dix présente des symptômes dépressifs en 2019</i>	14
<i>Une personne sur deux se plaint de problèmes de sommeil.....</i>	14
<i>Une personne sur cinq âgée de 75 ans ou plus déclare souffrir de douleurs physiques fortes ou très fortes</i>	15
<i>9 % de personnes sont handicapées, au sens où elles sont fortement limitées depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement à cause d'un problème de santé</i>	15
<i>13 % des résidents de France métropolitaine considèrent bénéficier d'un soutien social faible.....</i>	18
6 - L'épidémie de Covid-19 a directement et indirectement affecté l'état de santé de la population	19
<i>Année 2020 : une baisse de l'espérance de vie du fait du Covid-19.....</i>	20
<i>Une surmortalité exceptionnelle liée au Covid-19.....</i>	20
<i>Des inégalités sociales dans le développement de formes graves de Covid-19.....</i>	21
<i>Une prise en charge de l'activité hospitalière bousculée par la crise sanitaire</i>	22
<i>Une augmentation des problèmes de santé mentale, particulièrement chez les jeunes</i>	22
<i>Une consommation accrue de médicaments psychotropes</i>	23
<i>Une baisse des gestes suicidaires pendant les confinements de 2020 mais une augmentation continue des tentatives chez les jeunes femmes à partir de la fin 2020.....</i>	25
II. DÉTERMINANTS DE SANTÉ ET PRÉVENTION	27
1 - La consommation d'alcool diminue de manière régulière en France depuis plusieurs décennies, mais la France reste dans le groupe de pays européens les plus consommateurs	27
<i>La consommation quotidienne d'alcool continue de diminuer.....</i>	27
<i>... mais les alcoolisations ponctuelles importantes augmentent chez les jeunes entre 2014 et 2019, avant un recul en 2021</i>	27
2 - Une consommation de tabac quotidienne qui diminue	28
<i>18,5 % des 15 ans ou plus fument quotidiennement</i>	28
<i>Des différences significatives de consommation entre les territoires</i>	28
3 - Chez les plus modestes, une alimentation avec moins de fruits et légumes et plus d'obésité, mais une sédentarité généralisée	31

<i>En France métropolitaine plus de trois français sur quatre consomment tous les jours des fruits et des légumes</i>	31
<i>Une population très sédentaire</i>	31
<i>20 % des personnes résidant en France métropolitaine ne réalisent pas de trajet d'au moins 10 minutes à pied une fois par semaine en France métropolitaine, et plus de 30 % dans les DROM</i>	31
<i>45 % des personnes résidant en France métropolitaine en surcharge pondérale contre 54 % à Mayotte</i>	33
<i>La part de personnes obèses diminue avec le niveau de diplôme et le niveau de vie</i>	33
<i>Les caractéristiques sociodémographiques expliquent une partie des différences territoriales observées pour l'obésité</i>	33

4 - La pollution de l'air extérieur a des répercussions importantes sur la santé 35

5 - Plus de contraintes physiques et d'accidents du travail chez les ouvriers 35

<i>Un risque accru d'accidents du travail en manutention manuelle</i>	35
<i>Les troubles musculo-squelettiques, première cause de maladies professionnelles</i>	37
<i>Un quart des salariés exposé à un risque biologique</i>	37
<i>Les contraintes physiques, restées relativement stables entre 2005 et 2019, touchent particulièrement les ouvriers</i>	37
<i>Des risques psychosociaux stables entre 2016 et 2019</i>	37

6 - Un recours au dépistage plus fréquent parmi les catégories sociales plus aisées..... 38

<i>Les dépistages demeurent inégalement répandus</i>	38
<i>Moins de prévention dans les DROM, surtout à Mayotte, avec dix fois moins souvent de mammographies qu'en France métropolitaine</i>	38

7 - Des couvertures vaccinales souvent incomplètes et inégales 39

8 - Des disparités sociales et territoriales d'accès aux soins qui peuvent se cumuler..... 39

<i>Les inégalités d'accès aux médecins généralistes ont tendance à s'accroître</i>	39
<i>7 % des femmes en âge de procréer résident à plus de 30 minutes d'une maternité</i>	41
<i>Dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées</i>	41
<i>Parmi les patients victimes d'accident vasculaire cérébrale (AVC), un moindre accès aux unités neurovasculaires (UNV) pour les plus défavorisés</i>	41

III. DE LA NAISSANCE AU GRAND ÂGE, LES PROBLÈMES DE SANTÉ ÉVOLUENT, LES INÉGALITÉS DEMEURENT 42

1 - Femmes en âge de procréer : des disparités marquées entre France métropolitaine et DROM 42

<i>92 % des femmes utilisent un moyen de contraception</i>	42
<i>Le recours aux interruptions volontaires de grossesse est plus fréquent dans les DROM, et parmi les femmes de milieu modeste</i>	42
<i>Les femmes résidant dans les DROM présentent un risque de mortalité maternelle multiplié par 4 par rapport à celles de France métropolitaine</i>	43

2 - Périnatalité : une situation contrastée entre France métropolitaine et DROM, où la mortalité périnatale est 2 fois plus élevée 43

<i>La mortalité périnatale ne diminue plus et concerne 1 naissance sur 100</i>	43
<i>La mortalité périnatale est nettement plus élevée dans les DROM</i>	43
<i>7 % des naissances vivantes sont prématurées</i>	44

3 - Les inégalités apparaissent avant la naissance et se creusent pendant l'enfance 45

<i>De nombreux facteurs de risque pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance sont surreprésentés dans les milieux les plus défavorisés</i>	45
<i>Dès la naissance, plus de surpoids parmi les enfants d'ouvriers que parmi ceux des cadres</i>	46
<i>Les enfants d'ouvriers aussi nombreux que les autres à avoir un trouble de la vue (en 2017) mais portent moins souvent des lunettes</i>	46
<i>18 % des effectifs de classe de troisième sont en surpoids en 2017</i>	46
<i>Les habitudes de vie provoquent de fortes disparités</i>	46

4 - Les maladies chroniques chez les personnes âgées prennent de plus en plus d'ampleur 47

<i>Les polyopathologies sont de plus en plus fréquentes</i>	47
<i>À partir de 75 ans, 17 % des femmes et 26 % des hommes cumulent au moins trois pathologies</i>	48

IV. BIBLIOGRAPHIE.....	51
V. LEXIQUE.....	56

■ INTRODUCTION

La santé est un concept complexe, qui ne se laisse pas approcher par une seule mesure ou une seule dimension, mais dépend de nombreux facteurs individuels et collectifs. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) la définit de manière très large : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition fait appel au ressenti des personnes et trace un idéal à atteindre pour les politiques publiques.

Ce document propose une synthèse de l'état de santé de la population française et de ses principaux déterminants, en mobilisant les données les plus récentes, en particulier celles du Système national des données de santé (SNDS) et son appariement avec des données sociodémographiques (EDP-santé), de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019, de l'enquête Épidémiologie et Conditions de vie (EpiCov) de 2020-2021, mais aussi les résultats d'études récentes.

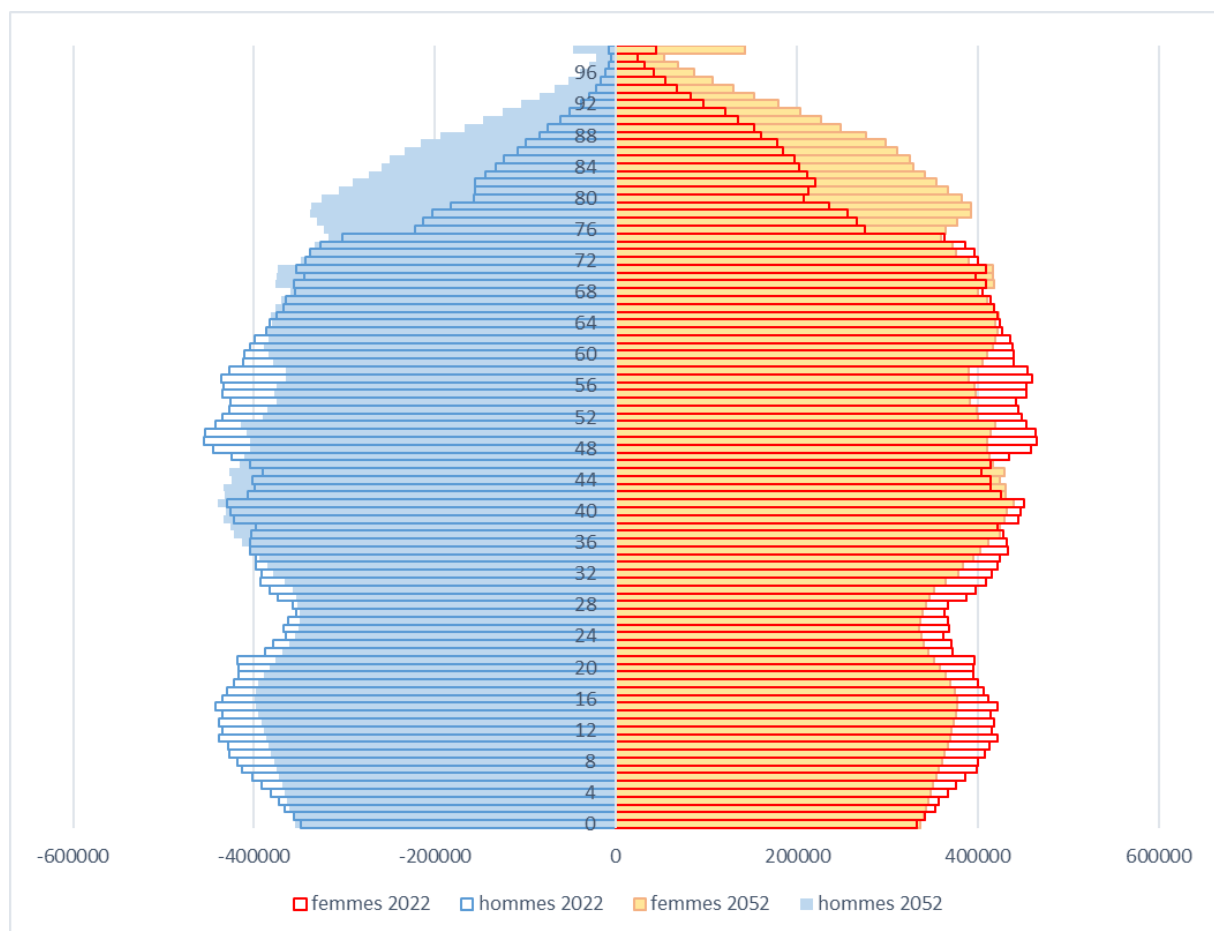
Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques sont un enjeu majeur pour la politique de santé des prochaines années et constituent un nouveau défi à l'aune des inégalités sociales et territoriales de santé pour assurer la prévention et une prise en charge qui réponde aux besoins des différentes populations et permette de vivre aussi longtemps que possible en bonne santé.

I. L'ÉTAT DE SANTÉ EN FRANCE : UNE ÉVOLUTION CONTRASTÉE PARCOURUE PAR DE FORTES INÉGALITÉS

1 - Une population de plus en plus âgée

La population française augmente régulièrement depuis plusieurs décennies et est composée de plus en plus de personnes âgées. La part de personnes âgées de 65 ans ou plus a augmenté de près d'un quart en l'espace de 10 ans, passant de 17 % en 2012 à 21 % en 2022. Cette tendance longue devrait se poursuivre selon le scénario central des projections de population de l'Insee qui indique que dans 10 ans, 25 % de la population aura 65 ans ou plus et que cette proportion passera à 28 % dans 30 ans (graphique 1). L'évolution récente est plus lente chez les personnes de 75 ans ou plus dont la part dans la population totale est passée de 9 % en 2012 à 10 % en 2022. Cette part devrait néanmoins augmenter rapidement et atteindre 13 % en 2032 et 16 % en 2052.

Graphique 1 • Pyramide des âges en 2022 et en 2052



Champ > France.

Source > Insee, bilan démographique (2022) et scénario central des projections de population (2052).

L'augmentation de la part des plus âgés sera plus forte dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) où la population de 65 ans ou plus devrait plus que doubler d'ici 2050. Le vieillissement serait particulièrement marqué en Guadeloupe et en Martinique, qui seraient alors les deux régions françaises avec la part la plus importante de personnes de 65 ans ou plus (respectivement 38 % et 42 %). Au contraire, La Réunion, la Guyane et Mayotte resteraient les régions les plus jeunes selon ce critère, avec des proportions de personnes de 65 ans ou plus s'élevant à 21 %, 16 % et 9 %.

Ce phénomène de vieillissement général de la population est porté par l'arrivée aux âges avancés des générations nées durant le baby-boom, par la stagnation depuis 2006 puis la diminution depuis 2014 de la natalité et par l'allongement du temps de vie. Cette augmentation de la part des personnes âgées ne sera sans doute pas sans conséquences sur les problématiques de santé et sur les occurrences des maladies, notamment des maladies chroniques et des handicaps.

2 - L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans croît plus vite que l'espérance de vie à 65 ans sur la période récente

L'espérance de vie rend compte du nombre d'années que peut espérer vivre une personne si elle était exposée dès sa naissance, ou à partir d'un certain âge, aux conditions de mortalité observées une année donnée dans une population. C'est un indicateur synthétique des conditions de mortalité une année donnée, qui permet de comparer ces conditions dans le temps en neutralisant les évolutions de la structure de la population par sexe et âge. L'espérance de vie sans incapacité permet, quant à elle, d'estimer le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre sans être limitée dans les activités de la vie quotidienne du fait d'un problème de santé, en prenant en compte la part de personnes déclarant des limitations d'activité. De la même manière que l'espérance de vie, c'est un indicateur synthétique de l'état de santé de la population une année donnée au regard des limitations d'activité dans la vie quotidienne. Les évolutions d'une année sur l'autre doivent être analysées avec précaution, en raison de la dimension déclarative de l'indicateur et de la taille de l'échantillon de l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) sur laquelle le calcul de l'indicateur repose. Les tendances qui se dégagent des évolutions sur de plus longues périodes sont plus robustes, en se limitant aux périodes où leur calcul est homogène (depuis 2008).

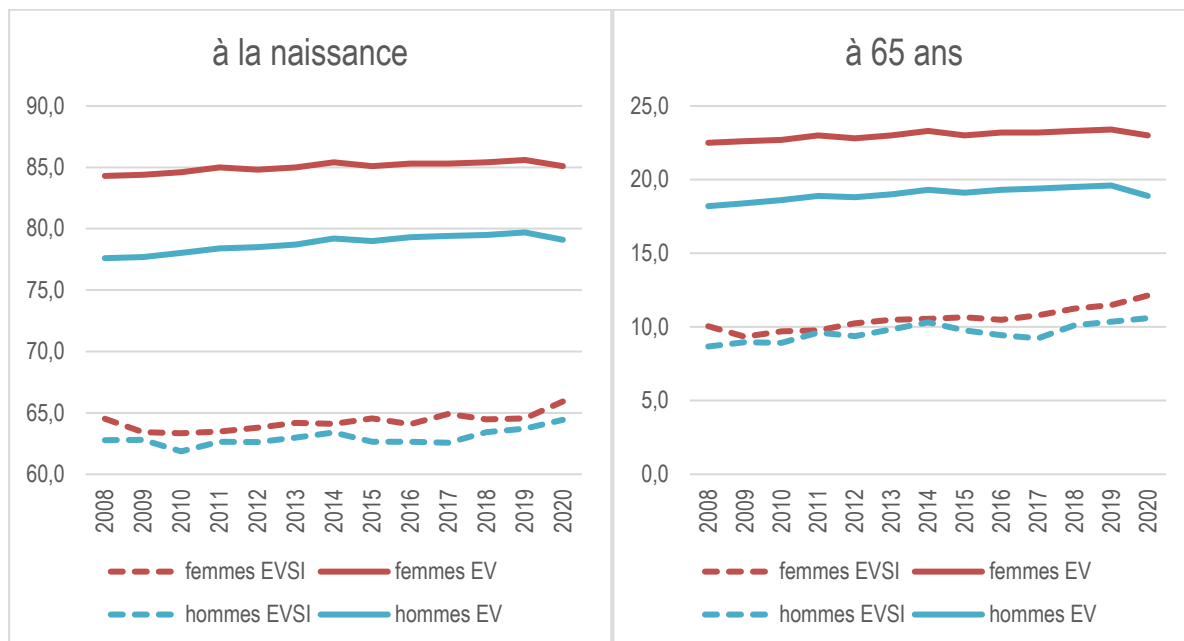
Depuis qu'elle est mesurée (1946), l'espérance de vie à la naissance est en augmentation constante, mis à part des reculs conjoncturels dus à des années avec une mortalité exceptionnelle (Papon, 2019). Sur une période plus récente, entre 2009 et 2019, elle a augmenté en l'espace de 10 ans de 1,2 an pour les femmes et de 2,0 ans pour les hommes (graphique 2). Ainsi, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes se réduit. Par ailleurs, les gains d'espérance de vie à la naissance s'amenuisent avec le temps : l'espérance de vie à la naissance a progressé chez les femmes de 1 an entre 2009 et 2014 puis de 0,2 entre 2014 et 2019, chez les hommes de 1,5 an puis de 0,5 an sur ces périodes. L'année 2020 voit l'espérance de vie à la naissance baisser de façon exceptionnelle par rapport à l'année précédente du fait de l'épidémie de Covid-19 (voir la sous-partie 6 L'épidémie de Covid-19 a directement et indirectement affecté l'état de santé de la population). En 2021, l'espérance de vie à la naissance remonte sans retrouver exactement le niveau de 2019 et s'établit à 85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes (Papon, 2019 ; Papon, 2022, a). L'espérance de vie à 65 ans a quant à elle progressé de 0,8 an chez les femmes et de 1,2 an chez les hommes en l'espace de 10 ans, entre 2009 et 2019, avec également une progression qui ralentit au cours du temps. Elle diminue aussi en 2020 du fait de l'épidémie de Covid-19 et s'établit en 2021 à 23,2 ans pour les femmes et 19,1 ans pour les hommes.

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) est par construction toujours inférieure à l'espérance de vie. Elle augmente aussi sur longue période mais avec des évolutions moins régulières que pour l'espérance de vie. Entre 2009 et 2019, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance progresse de 1,1 an pour les femmes et 0,9 an pour les hommes. En 2020, elle augmente brusquement de 1,3 an pour les femmes et 0,7 an pour les hommes, du fait des nombreux décès des plus fragiles. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans augmente elle aussi sur une longue période, de façon plus régulière et plus marquée que l'EVSI à la naissance : +2,1 ans pour les femmes et +1,4 an pour les hommes entre 2009 et 2019. En 2020, elle augmente encore et s'établit à 12,1 ans pour les femmes et 10,6 ans pour les hommes. Ces dernières années, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans augmente donc plus rapidement que l'espérance de vie à 65 ans. Ceci reflète d'une part le recul de l'âge auquel surviennent les maladies chroniques handicapantes et d'autre part l'amélioration de leur prise en charge. Entre 2008 et 2019, la part des années vécues sans incapacité dans l'espérance de vie à 65 ans est ainsi passée de 48 % à 53 % pour les hommes, et de 45 % à 49 % pour les femmes.

L'espérance de vie sans incapacité à la naissance est plus complexe à analyser que l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans. Elle reflète en effet également les incapacités présentes dès l'enfance ou apparaissant au cours de la vie active. Le moindre dynamisme, tant pour les hommes que pour les femmes, de l'espérance de vie sans incapacité à la naissance par rapport à l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans peut ainsi être dû soit à une espérance de vie plus élevée des personnes ayant des incapacités dès l'enfance, soit à l'apparition plus fréquente d'incapacités pour les personnes en âge de travailler. Les données disponibles ne permettent pas de déterminer la part de ces deux hypothèses dans les évolutions observées.

L'espérance de vie est inégale d'un territoire à l'autre, et plus élevée dans le sud et l'ouest de la France métropolitaine. Aux extrêmes, elle atteint 86,3 ans à la naissance chez les femmes et 80,3 ans chez les hommes dans le Maine-et-Loire contre seulement 82,5 ans chez les femmes et 76,0 ans chez les hommes dans le département de l'Aisne. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), l'espérance de vie à la naissance est globalement plus faible, et notamment à Mayotte où elle ne dépasse pas 73,6 ans chez les femmes et 72,3 ans chez les hommes (carte 1). Les caractéristiques sociodémographiques (niveau de formation, niveau de vie, catégorie socio-professionnelle) rendent en partie compte de ces différences territoriales (Blanpain, 2016 ; Blanpain, 2018).

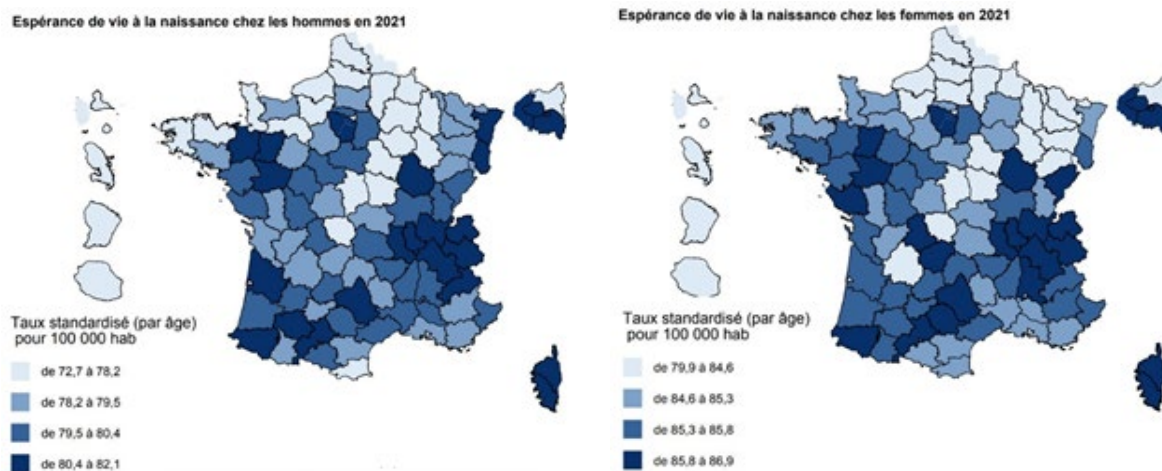
Graphique 2 • Espérances de vie et espérances de vie sans incapacité, à la naissance et à 65 ans, en années



Champ > France.

Source > Calculs Insee pour les espérances de vie (EV) et calculs DREES pour les espérances de vie sans incapacité (EVSI).

Carte 1 • Espérance de vie à la naissance par département, en années



Note > L'espérance de vie d'un département est calculée de la même façon qu'au niveau national, en s'appuyant sur les taux de mortalité par âge et sexe du département en question. Cet indicateur donne ainsi la durée moyenne de vie d'une personne si elle était confrontée toute sa vie aux taux de mortalité observés dans un département donné. Il ne correspond pas à la durée moyenne de vie des personnes effectivement nées dans un département, car elles peuvent déménager après leur naissance. Les bornes correspondent à une répartition en quatre groupes avec le même nombre de départements.

Champ > Départements français, hors Mayotte.

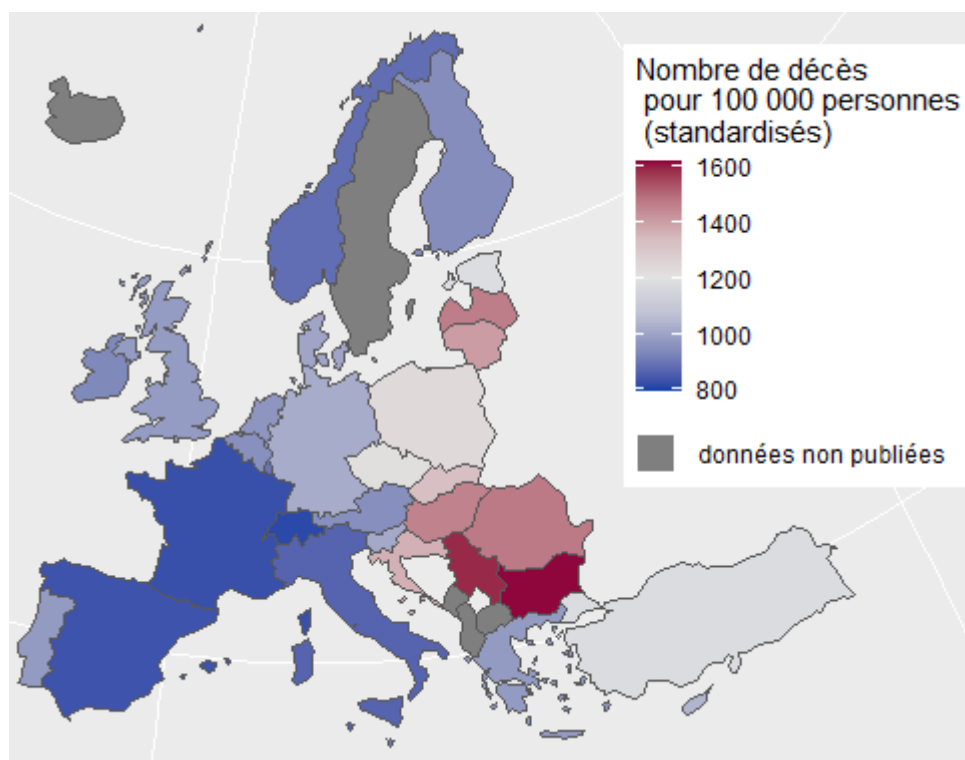
Source > Insee, état civil, estimations de population, traitements DREES.

3 - La réduction de la mortalité et de la mortalité prématurée se poursuit malgré des épisodes de surmortalité, mais les inégalités de mortalité persistent

Une réduction de la mortalité et de la mortalité prématurée

La réduction de la mortalité, observée depuis plusieurs décennies se poursuit quelle que soit la cause du décès (Fourcade, *et al.*, 2021). Afin de comparer des populations dont les structures d'âge sont différentes entre elles et varient dans le temps, des taux de mortalité standardisés sur l'âge sont calculés (voir *standardisation* dans le Lexique). On estime ainsi quel serait le taux de mortalité si la France avait une structure d'âge fixée¹. Le taux de mortalité standardisé ainsi calculé a diminué entre 2000 et 2017, passant, pour 100 000 habitants, de 1470 à 1080 décès chez les hommes et de 840 à 649 décès chez les femmes. Ce taux de mortalité est parmi les plus faibles de l'Union européenne (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_asdr2/default/table?lang=fr) dont le taux moyen s'élève en 2017 à 1246 pour les hommes et 821 pour les femmes dans l'Europe des 28 (carte 2).

Carte 2 • Taux standardisés de mortalité en 2017 pour 100 000 personnes



Source > Eurostat, traitements DREES.

On constate également depuis plus de 15 ans une diminution de la mortalité prématurée (décès survenant avant 65 ans), de moindre ampleur toutefois que la baisse de la mortalité totale : les gains d'espérance de vie se concentrent désormais aux âges élevés (Papon, 2019). En 2017, le taux de mortalité prématurée (standardisé sur l'âge) était de 190 pour 100 000 personnes, avec une différence très marquée entre les deux sexes : 257 pour les hommes et 127 pour les femmes. Il est proche de la moyenne européenne (202 pour 100 000 personnes), les différences entre sexes étant aussi marquées qu'en France.

¹ Il s'agit ici de la structure d'âge estimée pour l'ensemble des pays européens (Union européenne et l'Association européenne de libre-échange) sur la période 2011-2030, utilisée par [Eurostat pour comparer les pays européens entre eux](#).

Plus de la moitié des décès en 2017 causés par les cancers et les maladies cardio-neurovasculaires

Sur les 604 000 décès observés en France en 2017, les cancers et les maladies cardio-neurovasculaires en constituent les causes les plus fréquentes (respectivement 28 % et 24 %), suivies par les maladies de l'appareil respiratoire autres que les cancers (8 %) et les morts violentes composées des suicides, accidents et homicides (7 %). Ces quatre causes rassemblent les deux tiers de l'ensemble des décès et leurs poids relatifs évoluent lentement.

Depuis 2004, les cancers sont devenus la première cause de mortalité pour l'ensemble de la population, devant les maladies cardio-neurovasculaires. Les maladies cardio-neurovasculaires restent cependant la première cause de mortalité chez les femmes, devant les cancers, à l'inverse des hommes. Le nombre de décès par cancer pour 100 000 personnes (taux standardisé sur l'âge) est passé de 357 à 323 entre 2011 et 2017 pour les hommes, et de 180 à 179 pour les femmes. En 2017, il s'agit des huitièmes taux les plus bas de l'ensemble de l'Union européenne.

Chez les femmes, la mortalité par cancer du poumon continue d'augmenter, en relation avec une consommation de tabac qui, chez elles, n'a que peu fléchi au cours des trois dernières décennies, contrairement aux hommes chez qui la consommation a nettement diminué. Pour cette même raison, la mortalité liée à la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) a également augmenté chez les femmes.

La mortalité due aux maladies cardio-neurovasculaires diminue également : entre 2011 et 2017 le nombre de décès, standardisés sur l'âge, pour 100 000 personnes est passé de 290 à 247 pour les hommes et de 178 à 151 pour les femmes. Pour ces maladies la mortalité est la plus faible d'Europe, chez les hommes (247 pour 100 000 habitants en France contre 422 pour l'Europe des 28, en 2017), comme chez les femmes (151 contre 300). C'est le cas depuis plus de 10 ans. Parmi les causes cardio-neurovasculaires de décès, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les cardiopathies ischémiques étaient en 2017 les deux principales causes (23,0 % et 22,1 % des décès imputés aux maladies cardio-neurovasculaires) avec des taux de mortalité, standardisés sur l'âge, respectivement de 42 et 45 pour 100 000 personnes. La diminution de ces taux de mortalité est observée pour les deux sexes, chez les moins de 65 ans comme chez les 65 ans et plus.

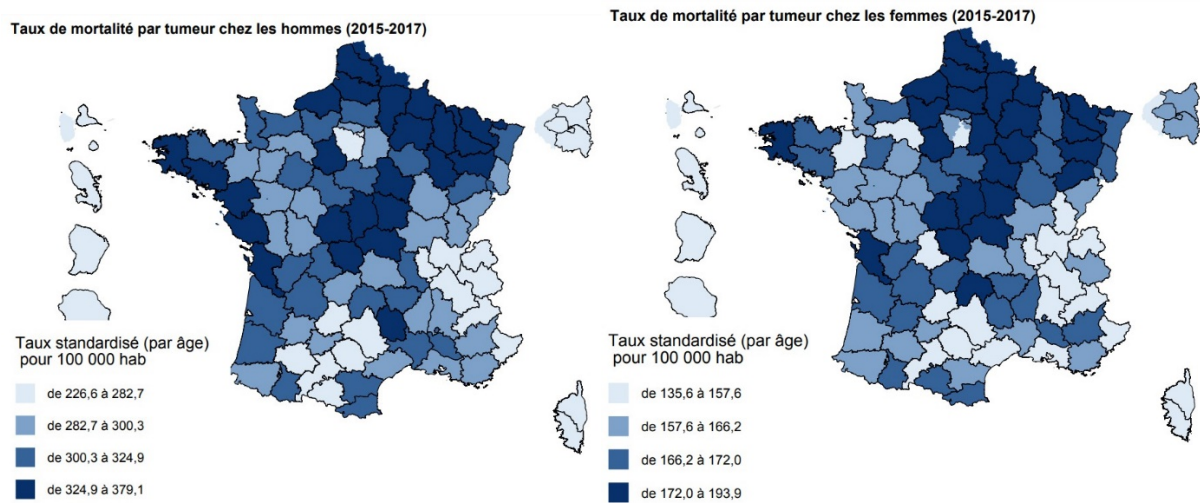
Les maladies de l'appareil respiratoire autres que les cancers ont un taux standardisé de mortalité de 59 pour 100 000 personnes en 2017 alors qu'il était de 55 en 2011. Entre 2011 et 2017 il est passé de 82 à 84 pour les hommes et de 39 à 44 pour les femmes. Cette augmentation est expliquée par l'augmentation de la mortalité liée à la grippe en 2015, 2016 et 2017 (voir le paragraphe « Une surmortalité saisonnière liée aux épidémies de grippe »). Ce taux est inférieur à la moyenne européenne de 80 pour 100 000 habitants en 2017.

Enfin, le nombre de décès par mort violente diminue entre 2011 et 2017, avec un taux standardisé qui est passé de 57 à 52 pour 100 000 personnes. La baisse est portée par les suicides, dont le taux standardisé de mortalité diminue de 17 pour 100 000 personnes en 2011 à 13 en 2017, tandis que le taux standardisé de décès par accident est globalement stable (39 pour 100 000 personnes en 2017). Le taux standardisé de mortalité par accident est près deux fois plus élevé pour les hommes (53 pour 100 000 personnes en 2017) que pour les femmes (28 pour 100 000 personnes) ; il est trois fois et demie plus élevé en ce qui concerne les suicides (21 pour 100 000 pour les hommes et 6 pour 100 000 pour les femmes). Le taux standardisé de décès par mort violente en France est supérieur à la moyenne européenne, de 43 pour 100 000 personnes en 2017.

Une mortalité plus élevée dans le nord et le nord-est de la France

Le nord et le nord-est de la France se distinguent par une mortalité plus importante, pour l'ensemble des cancers, les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies cardio-neurovasculaires (carte 3, carte 4 et carte 5). Cependant, ces disparités sont difficiles d'interprétation ; elles peuvent renvoyer à l'influence de multiples facteurs : conditions de vie, de travail et de logement, mais aussi comportements et pratiques sociales.

Carte 3 • Taux de mortalité départementaux, pour les décès dus aux cancers

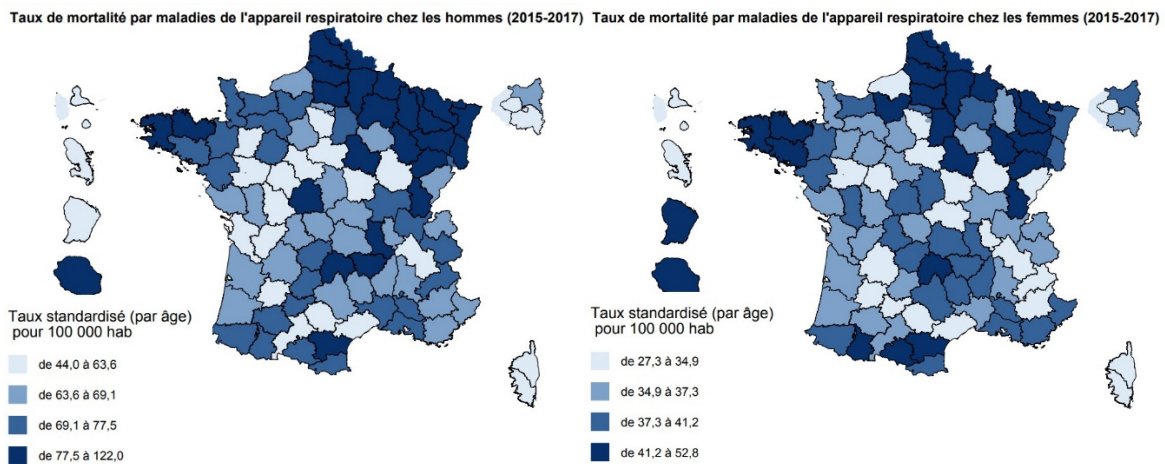


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France entière non compris Mayotte.

Source > CépiDC, traitements DREES.

Carte 4 • Taux de mortalité départementaux, pour les décès dus aux maladies de l'appareil respiratoire



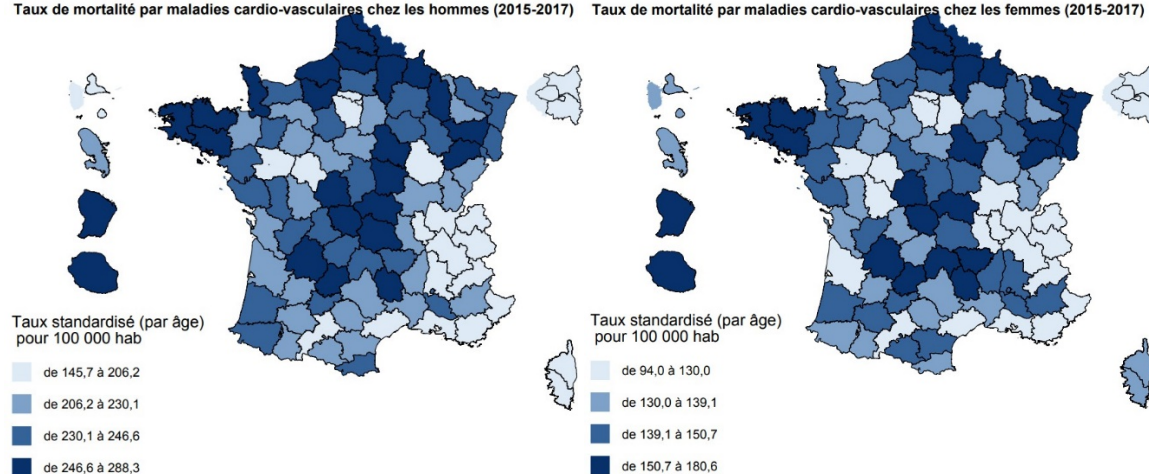
Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France entière non compris Mayotte.

Source > CépiDC, traitements DREES.

Carte 5 • Taux de mortalité départementaux, pour les décès dus aux maladies cardio-neurovasculaires

Taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires chez les hommes (2015-2017) Taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires chez les femmes (2015-2017)



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France entière non compris Mayotte.

Source > CépiDC, traitements DREES.

Une surmortalité saisonnière liée aux épidémies de grippe

Chaque automne ou hiver, l'épidémie de grippe est responsable d'un surcroît de mortalité par rapport aux autres périodes de l'année, notamment chez les plus âgés. Récemment, ce surcroît a été particulièrement marqué en 2015 et en 2017. Le taux de mortalité due à la grippe, standardisé sur l'âge, est de 2,7 pour 100 000 habitants en 2015 et de 3,2 en 2017, à comparer avec 0,8 en moyenne entre 2011 et 2014. Chez les plus de 65 ans, ce taux a atteint 12,3 pour 100 000 habitants en 2015 et 15,3 en 2017. La mortalité liée à la grippe en France sur la période 2011-2014 est relativement similaire à la moyenne de l'Union européenne (0,5 pour 100 000 habitants). Sur la période 2015-2017, elle est en revanche nettement supérieure à la moyenne de l'Union européenne des 28 (1,2 pour 100 000 habitants en 2015 et 1,7 en 2017). La mortalité liée à la grippe est plus importante chez les hommes que chez les femmes : en 2017, le taux est de 4,0 pour 100 000 habitants chez les hommes et de 2,8 pour 100 000 habitants chez les femmes.

Une surmortalité due à certains épisodes de canicule

L'exposition à des températures élevées constitue un risque sanitaire majeur, pouvant conduire au décès ou à des séquelles importantes comme cela a été le cas en août 2003 où une surmortalité d'environ 15 000 décès a été observée en France métropolitaine. La France a ensuite connu plusieurs étés de canicule en 2006, 2015, 2018 et 2019 (Ung A, 2019). Au cours de ces épisodes de canicule, dans les départements concernés, l'augmentation de la mortalité a été comprise entre 10 % (2006) et 17 % (2015), ce qui correspond à un excès de 1 000 décès en 2006 et 1 700 décès en 2015. Si la classe d'âge des plus de 75 ans est la plus touchée, les tranches d'âge 15-44 et 65-74 le sont également (Santé publique France, bulletin de santé canicule, bilan été 2019). Quel que soit l'épisode de canicule, les femmes, plus nombreuses dans les tranches d'âge les plus élevées, connaissent la plus forte surmortalité.

Dans les milieux plus défavorisés, les décès arrivent plus tôt dans la vie

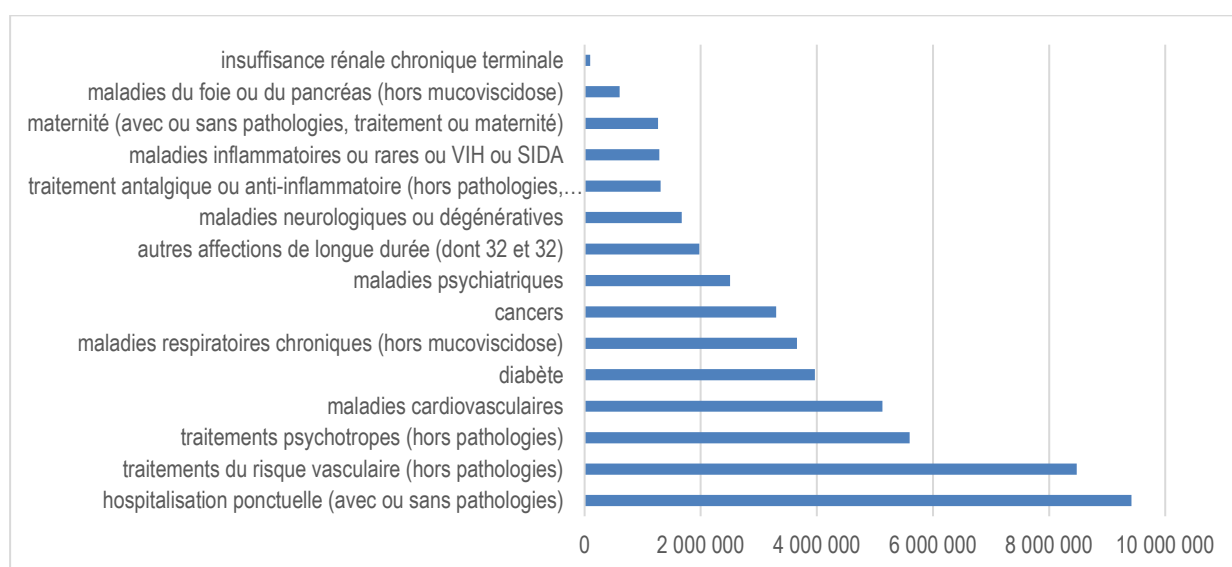
Un homme qui serait toute sa vie exposé aux risques de décès par âge des 5 % les plus aisés de sa classe d'âge, observés sur la période 2012-2016, vivrait en moyenne 13 ans de plus qu'un homme exposé toute sa vie aux risques de décès des 5 % les plus modestes. Pour une femme, cet écart serait de 8 ans (Blanpain, 2018). Un écart important est aussi observé selon la catégorie socioprofessionnelle ou selon le niveau de diplôme. Ainsi, à partir de 35 ans, les hommes cadres vivent en moyenne 6 ans de plus que les ouvriers dans les conditions de mortalité de 2009-2013, cet écart est de 3 ans chez les femmes. Entre les diplômés du supérieur et les non-diplômés de plus de 35 ans, l'écart est de 7,5 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes (Blanpain, 2016).

4 - Les maladies chroniques, hormis certains cancers, surviennent plus fréquemment chez les personnes aux revenus les plus modestes

Les maladies cardio-neurovasculaires sont les maladies chroniques les plus fréquentes, suivies par les maladies mentales, le diabète et les cancers

24 millions de personnes, soit 36 % des personnes ayant eu au moins une prestation de soin dans l'année (appelés par la suite les bénéficiaires), ont bénéficié d'une prise en charge pour des pathologies, des épisodes de soins (y compris maternité) ou des traitements fréquents, graves ou coûteux², repérables dans le Système national des données de santé (graphique 3). Les traitements du risque vasculaire qui concernent 13 % de la population des bénéficiaires sont les plus fréquents, suivis des traitements psychotropes qui concernent 8 % de la population des bénéficiaires. À l'inverse, plus d'un bénéficiaire sur deux n'a eu en 2019 ni pathologie, ni traitement régulier, ni hospitalisation.

Graphique 3 • Nombre de bénéficiaires pris en charge en 2019 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins fréquents, graves ou coûteux



Lecture > La somme des bénéficiaires de chaque catégorie est supérieure à l'ensemble des bénéficiaires car un individu peut souffrir de plusieurs pathologies. Les groupes de pathologies sont définis uniquement sur le champ des bénéficiaires dans l'année.

Champ > 2019, bénéficiaires tous régimes, France.

Sources > Cartographie 2019, Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2022.

Des motifs d'hospitalisation souvent en lien avec une maladie chronique

Ces maladies chroniques ont une répercussion importante sur l'activité hospitalière. Les patients en affection longue durée (ALD) pour une maladie chronique, qui représentent 18 % des personnes ayant consommé des soins en 2016, sont surreprésentés parmi les personnes hospitalisées : ils constituent 43 % des patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).

En France, en 2019, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents pour l'ensemble des patients, tous âges et tous sexes confondus, hospitalisés en MCO, sont les maladies de l'appareil digestif (dont font partie les chirurgies pour dents de sagesse), suivies par les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. Cette hiérarchie des motifs d'hospitalisation varie toutefois selon l'âge et le sexe. Avant 15 ans, les maladies de l'appareil respiratoire représentent le plus grand nombre d'hospitalisations (18 %). Entre 15 et 44 ans, après exclusion des hospitalisations liées à la maternité, les motifs les plus fréquents concernent l'appareil digestif (22 %). Entre 45 et 74 ans, les recours les plus fréquents concernent les maladies de l'appareil digestif (15 %), les pathologies tumorales (15 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (11 %). À partir de 75 ans, la première cause d'hospitalisation concerne les maladies de l'appareil circulatoire (17 %). Les maladies de l'œil et de ses annexes représentent

² Ces grandes catégories de pathologie regroupent les maladies cardiovasculaires, les traitements du risque vasculaire, le diabète, les cancers, les maladies psychiques, les traitements psychotropes, les maladies neurologiques ou dégénératives, les maladies respiratoires chroniques, inflammatoires ou rares, les insuffisances rénales chroniques terminales, les maladies du foie ou du pancréas, les autres ALD et la maternité.

le deuxième motif de recours à l'hospitalisation dans cette tranche d'âge (12 %), juste devant les tumeurs (11 %). Ces motifs d'hospitalisation, plutôt stables sur la période récente, ont été fortement modifiés avec la crise sanitaire (Naouri, *et al.*, 2021).

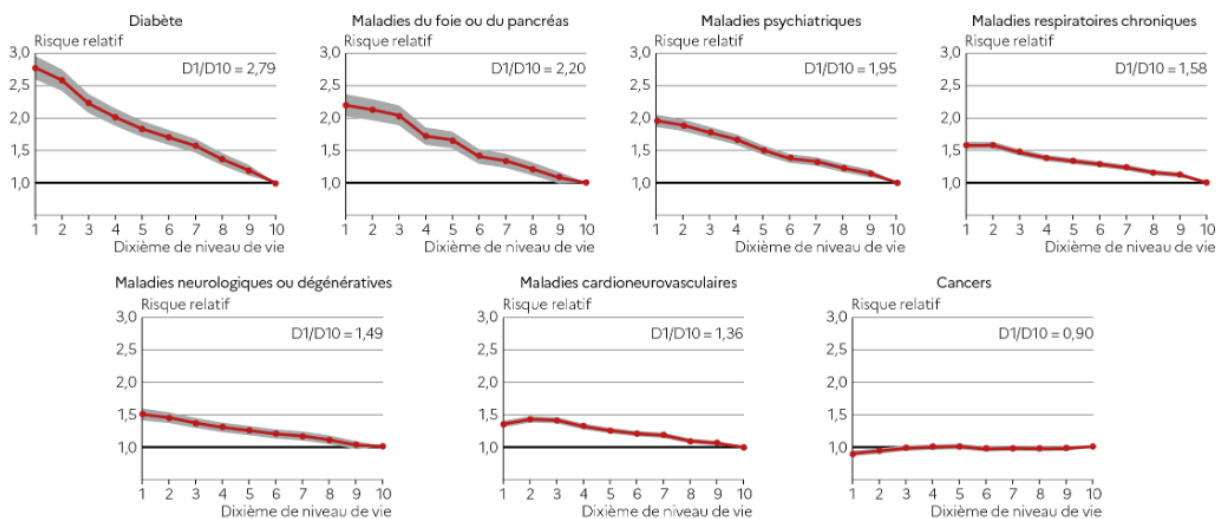
Les maladies chroniques, hormis certains cancers, surviennent plus fréquemment chez les personnes financièrement défavorisées

L'incidence des maladies chroniques varie selon les caractéristiques sociales. Ainsi entre 2016 et 2017, le risque, standardisé sur l'âge et le sexe, d'être atteint dans l'année par une des grandes catégories de maladies chroniques définies par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) dans sa « cartographie des pathologies », à l'exception notable de certains cancers, est plus élevé chez les personnes les plus modestes que chez celles plus aisées (graphique 4) [Allain, 2022]. Les personnes dont le niveau de vie est inférieur au premier décile de niveau de vie (le dixième des personnes qui sont les plus modestes) développent 2,8 fois plus souvent un diabète que celles dont le niveau de vie est supérieur au dernier décile (le dixième des personnes qui sont les plus aisées). Les maladies chroniques du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) et les maladies psychiatriques sont les deux autres catégories les plus inégalitaires (avec des surrisques de 2,2 et de 2,0 respectivement pour les plus modestes par rapport aux plus aisés). Les maladies neurologiques ou dégénératives et les maladies cardio-neurovasculaires surviennent également de façon inégalitaire mais avec des différences moins marquées (sur-risques de 1,5 et de 1,4).

Le cas des cancers se distingue : la survenue d'un diagnostic de cancer apparaît équiprobable pour l'ensemble des personnes dont le niveau de vie est supérieur au quatrième décile (les 60 % de personnes les plus aisées). En revanche, les cancers surviendraient un peu moins fréquemment chez les personnes avec les niveaux de vie les plus modestes. Cette distribution des risques de survenue d'un diagnostic de cancer masque néanmoins une situation contrastée. Ainsi, par exemple, tandis que les personnes aisées sont plus souvent prises en charge pour des cancers de la prostate et du sein, c'est l'inverse pour le cancer du poumon. Pour le cancer de la prostate et, dans une moindre mesure, pour le cancer du sein, ces différences peuvent être liées au gradient social en matière de pratique du dépistage et à la probabilité accrue de diagnostic qui lui est liée (Bryere, *et al.*, 2017).

Ces disparités sociales pourraient trouver leurs origines dans de nombreuses dimensions comme les conditions de vie et de travail, l'accès aux soins, la littératie en santé ou encore les comportements individuels en lien avec la santé. Il faut également ajouter que certaines maladies, particulièrement les maladies d'apparition précoce telles que certaines maladies psychiatriques ou neurologiques sévères (schizophrénie, épilepsie), peuvent impacter la trajectoire éducative et sociale des individus et maintenir ou faire basculer ces individus dans les catégories sociales les plus défavorisées.

Graphique 4 • Risque standardisé de développer une maladie chronique, selon le niveau de vie et la catégorie de maladie



Note > L'intervalle de confiance à 95 % est indiqué par le ruban qui entoure les valeurs.

La valeur inscrite en haut à droite de chaque graphique correspond au risque relatif des personnes les plus modestes (premier dixième) relativement aux personnes les plus aisées (dernier dixième).

Lecture > Les personnes du dixième le plus modeste ont un risque 1,58 fois plus élevé de développer une maladie respiratoire chronique que celles du dixième le plus aisé.

Champ > 2016-2017, France (hors Mayotte).

Source > EDP-Santé 2017.

5 - Santé mentale, qualité de vie et handicap : les plus âgés et les plus modestes sont plus souvent négativement affectés

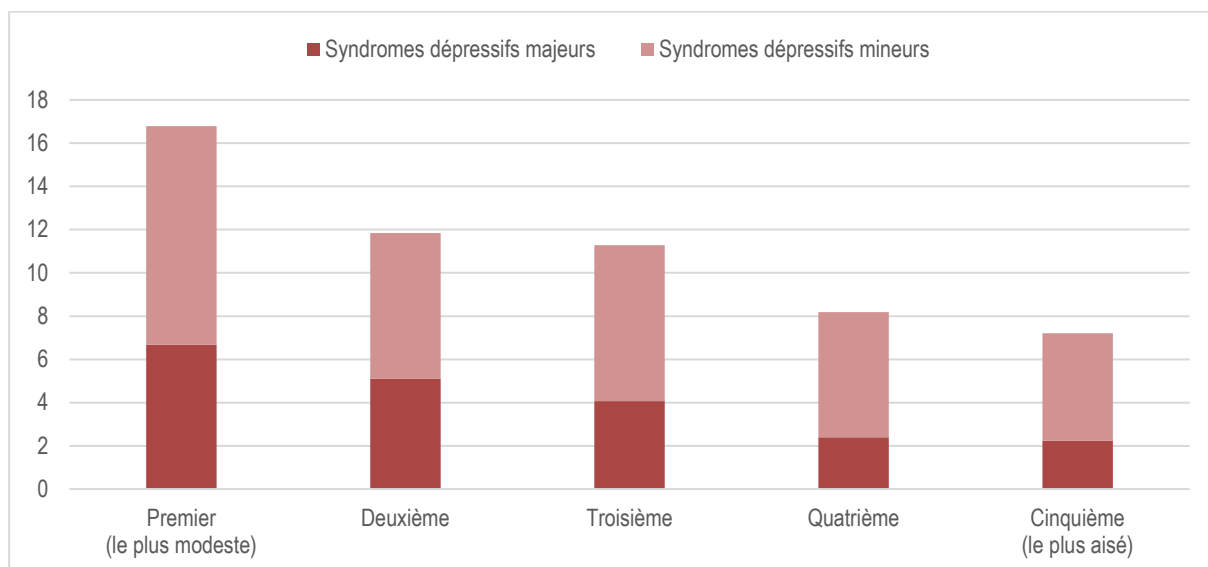
Une personne sur dix présente des symptômes dépressifs en 2019

En 2019, selon l'enquête santé européenne (EHIS), 11 % de la population âgée de 15 ans ou plus et vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine souffre de syndromes dépressifs³ (Hazo, *et al*, 2021). Cela concerne 12 % des femmes et 9 % des hommes. Pour 4 % de la population, ce syndrome est majeur, c'est-à-dire évocateur d'un épisode dépressif caractérisé. Les syndromes dépressifs, comme de nombreux autres indicateurs de santé mentale, concernent beaucoup plus fréquemment les personnes issues des ménages les plus modestes (graphique 5).

En 2014, ces syndromes dépressifs étaient beaucoup moins fréquents et concernaient 7 % de la population, 5 % des hommes et 9 % des femmes. La progression des syndromes dépressifs a été particulièrement marquée chez les personnes de 15 à 35 ans. Alors que ces dernières étaient 4 % à être touchées en 2014, soit une prévalence plus basse que dans le reste de la population (8 %), la proportion de jeunes adultes avec un syndrome dépressif double en cinq ans pour atteindre 10 % en 2019, une proportion proche de celle des autres classes d'âge.

Dans les DROM⁴, ces indicateurs sont supérieurs à ceux de la France métropolitaine. Ainsi, les prévalences de syndromes dépressifs en 2019 sont de 12 % à La Réunion, 15 % en Guadeloupe, 17 % en Martinique, 20 % en Guyane et à Mayotte. Les parts de personnes atteintes d'un syndrome dépressif majeur sont également supérieures à celle de la France métropolitaine en Martinique (6 %), à Mayotte (7 %) et en Guyane (8 %) [Floury, *et al.*, Insee, 2021 ; Leduc, *et al.*, DREES, 2021].

Graphique 5 • Prévalences des syndromes dépressifs selon le cinquième de niveau de vie (taux standardisés sur l'âge et le sexe)



Note > Les syndromes dépressifs sont détectés par l'algorithme du PHQ-9. Les taux sont standardisés par âge et sexe, c'est-à-dire qu'ils tiennent compte du fait que les jeunes et les femmes sont surreprésentés dans les tranches de niveaux de vie les plus basses.

Lecture > En 2019, un syndrome dépressif était détecté chez 17 % des personnes appartenant aux 20 % des ménages les plus modestes (premier cinquième de niveau de vie). Pour 7 % d'entre eux, ce syndrome était majeur. En revanche, parmi les répondants appartenant aux 20 % des ménages les plus aisés, 7 % présentent un syndrome dépressif et le syndrome est majeur pour 2 % d'entre eux.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, et vivant en logement ordinaire.

Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

Une personne sur deux se plaint de problèmes de sommeil

En 2014, selon l'enquête santé européenne (EHIS), 42 % des personnes de 15 ans ou plus résidant en France métropolitaine dans des ménages ordinaires déclaraient avoir été gênées au moins « plusieurs jours » durant les quinze derniers jours par « des difficultés à s'endormir, à rester endormi ou dormir trop ». Cette proportion atteint 49 % dans EHIS de 2019. La part des

³ Voir Lexique.

⁴ Afin de neutraliser les effets démographiques dans la comparaison des taux entre la France métropolitaine et les DROM, on standardise les données des DROM par âge et sexe en prenant comme référence la structure par âge de la France métropolitaine.

personnes qui déclarent avoir été gênées par de tels problèmes « presque tous les jours » durant les quinze derniers jours, situation qui laisse présager un trouble du sommeil, passe quant à elle de 8 % en 2014 à 13 % en 2019.

Une personne sur cinq âgée de 75 ans ou plus déclare souffrir de douleurs physiques fortes ou très fortes

Dès lors que l'on considère, reprenant la définition de l'OMS, que « la santé est un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », il convient d'élargir l'analyse au retentissement sur le bien-être des maladies et des infirmités. Cela conduit, au-delà des seules « maladies », à poser la question de la qualité de vie, en particulier à travers la prise en charge de la douleur et les effets des maladies sur la vie quotidienne, appréhendés via les concepts de limitations fonctionnelles et de handicap.

Toujours subjective, la douleur est ce que l'individu affirme qu'elle est. Selon l'enquête de santé européenne, en 2019, près de 30 % des personnes résidant en France métropolitaine de 15 ans ou plus ont déclaré souffrir au cours des quatre dernières semaines de douleurs physiques d'une intensité modérée (19 %), ou forte à très forte (11 %). C'est le même ordre de grandeur qu'en 2008 (source SRCV, Insee-Eurostat, 2014). 12 % des femmes et 8 % des hommes déclarent souffrir de douleurs fortes ou très fortes et la prévalence augmente avec l'âge (12 % de 65 à 74 ans et 20 % à partir de 75 ans) et diminue avec le niveau de diplôme (10 % parmi les 75 ans et plus titulaires d'un bac+3 ou plus contre 25 % parmi ceux du même groupe d'âge sans diplôme ou avec un certificat d'études). La part des individus déclarant souffrir de douleurs fortes ou très fortes atteint 13 % à La Réunion, 14 % en Guyane, 15 % en Guadeloupe, 16 % à Mayotte et 17 % en Martinique (en données standardisées par sexe et âge). Plus une douleur se prolonge, plus elle perturbe la vie quotidienne et peut menacer le moral, le sommeil, l'appétit, le travail, les loisirs, les relations avec les autres, ainsi que l'activité professionnelle.

9 % de personnes sont handicapées, au sens où elles sont fortement limitées depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement à cause d'un problème de santé

Le concept de handicap fait référence à l'interaction entre les troubles fonctionnels de la personne et son environnement, qui peut engendrer des restrictions et une perte d'autonomie. Le modèle d'analyse du handicap élaboré par l'OMS est en effet le suivant : les maladies ou accidents peuvent générer des déficiences, susceptibles de créer des limitations fonctionnelles par altération des fonctions motrices ou mentales ; ces limitations peuvent engendrer des restrictions dans les activités de la vie quotidienne, susceptibles de peser sur le bien-être des personnes et de leur entourage et nécessitant le cas échéant des dispositifs médicaux, des aménagements du logement et des aides humaines. La loi de février 2005 définit ainsi le handicap : « Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

La reconnaissance administrative d'un handicap et la présence d'au moins une limitation fonctionnelle sévère permettent de proposer diverses approches du handicap. L'indicateur le plus synthétique pour repérer les personnes handicapées, retenu pour les comparaisons européennes, est le GALI⁵ « sévère » (General Activity Limitation Indicator). D'après les réponses au GALI dans l'enquête européenne de santé de 2019, 9 % des personnes de 15 ans ou plus (8,6 % des hommes et 9,4 % des femmes) vivant en France métropolitaine en logement ordinaire se déclarent fortement limitées, depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que font les gens habituellement⁶. La situation dans les DROM est plutôt moins bonne, avec 11 % des 15 ans ou plus se déclarant fortement limités depuis au moins 6 mois en Guyane, 11 % en Guadeloupe, 11 % à La Réunion, 11 % à Mayotte et 13 % en Martinique (graphique 6).

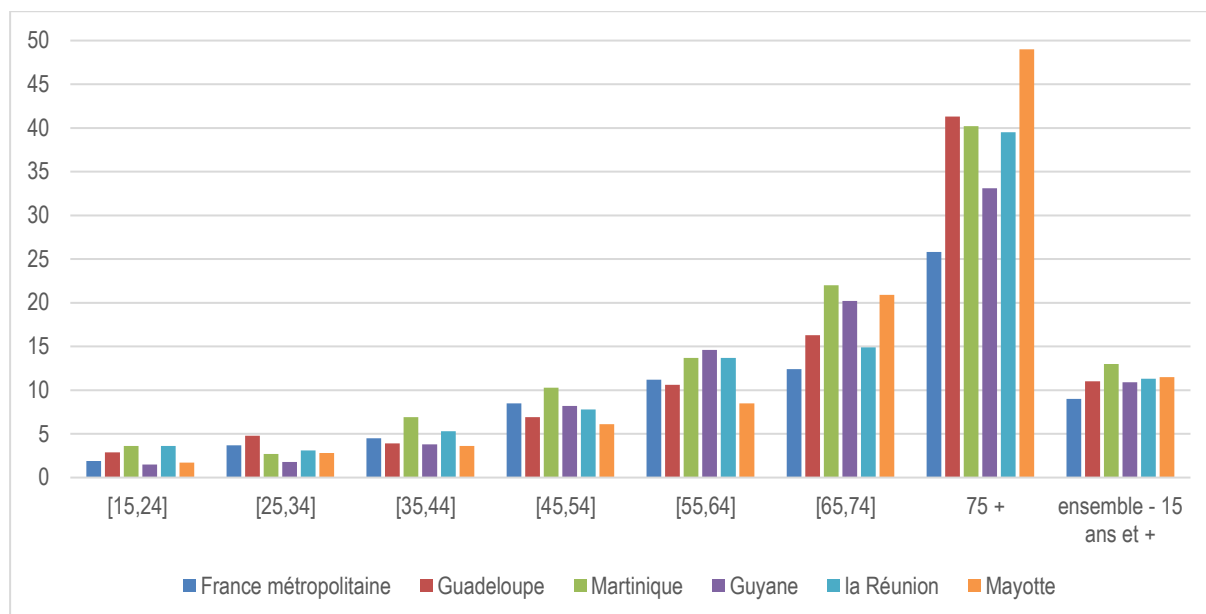
En France métropolitaine, la part atteint 18 % parmi les personnes de 65 ans ou plus (et même 26 % parmi les 75 ans et plus) contre 6 % parmi celles de moins de 65 ans, avec quasiment pas de différence selon le sexe. Les écarts par diplôme sont marqués, avec en France métropolitaine 4 % de personnes se déclarant fortement limitées parmi les titulaires d'un diplôme de niveau bac+3 ou plus, contre 19 % parmi les titulaires d'un certificat d'études. Certes, une partie de ces différences s'explique par des structures d'âge différentes dans ces deux populations (les moins diplômés sont surreprésentés parmi les générations les plus âgées, de même que les personnes en situation de handicap). Cependant, les écarts entre les moins diplômés et les plus diplômés demeurent à tous les âges. Par exemple, à partir de 75 ans, le taux de personnes fortement limitées est de 14 % parmi les titulaires d'un diplôme de niveau bac+3 ou plus, contre 31 % parmi les titulaires d'un certificat d'études. Enfin, le niveau de vie n'est pas sans lien avec le handicap, avec 13 % des individus du premier quart de niveau de

⁵ Voir Lexique.

⁶ On trouve aussi 9 % de personnes handicapées, parmi les 16 ans ou plus, à partir de la même question posée dans l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie de l'Insee en 2018.

vie qui se disent fortement limités dans leurs activités de tous les jours, contre 5 % parmi ceux du quart de niveau de vie le plus élevé.

Graphique 6 • Part des personnes handicapées d'après l'indicateur global de restriction d'activité (GALI) selon le lieu de résidence et l'âge en 2019



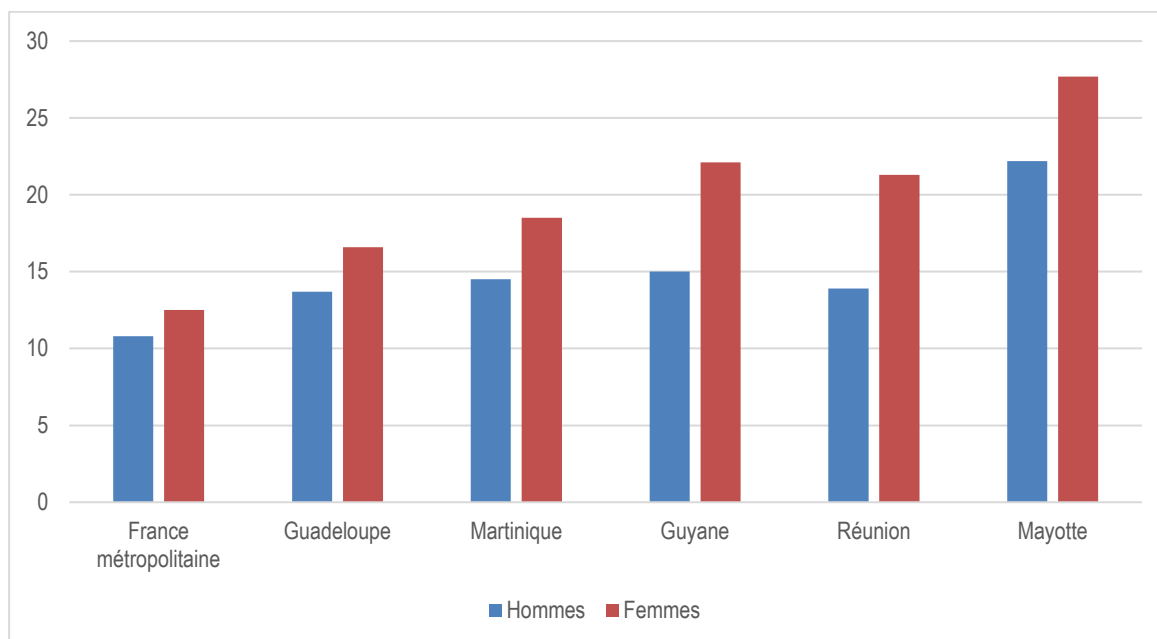
Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, et vivant en France en logement ordinaire.

Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

D'autres questions de l'enquête santé européenne portent sur les limitations ressenties pour voir, entendre ou faire des choses précises, y compris avec appareillage dans le cas de la vue ou de l'audition, et leur niveau de sévérité. La part de personnes présentant ainsi au moins une limitation fonctionnelle sévère, physique ou sensorielle (parmi les difficultés de vision, difficultés d'audition en milieu silencieux ou bruyant, difficultés pour marcher 500 mètres, difficultés pour monter ou descendre des escaliers d'une douzaine de marches), atteint en France métropolitaine 12 % en 2019 (11 % chez les hommes et 12 % chez les femmes, mais 36 % chez les hommes de 75 ans ou plus contre 41 % chez les femmes du même âge). La part de personnes fortement limitées atteint 39 % parmi les 75 ans ou plus mais le contraste est grand là encore par niveau de diplôme : cette part est de 47 % parmi les moins diplômés (certificat d'études ou absence de diplôme), mais de 22 % parmi les diplômés de niveau bac+3 et plus.

Dans les DROM, les limitations fonctionnelles sévères pour voir, entendre, marcher 500 mètres ou monter ou descendre 12 marches sont plus fréquentes : de 15 % en Guadeloupe à 25 % à Mayotte, en données standardisées (graphique 7). En ajoutant les difficultés de mémorisation et de concentration, c'est 13 % de la population de France métropolitaine (tous âges) qui se dit sévèrement limitée (et jusqu'à 27 % à Mayotte).

Graphique 7 • Part de la population avec au moins une limitation fonctionnelle sévère, en %



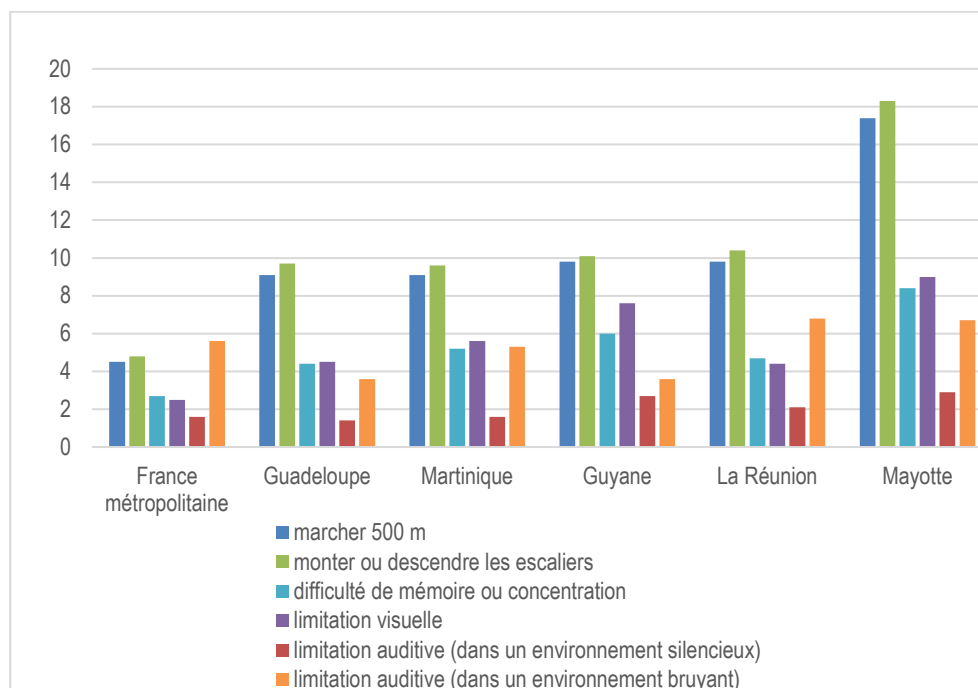
Note > On considère les limitations fonctionnelles suivantes : difficultés de vision, difficultés d'audition en milieu silencieux ou bruyant, difficultés pour marcher 500 mètres, difficultés pour monter ou descendre des escaliers d'une douzaine de marches.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France, et vivant en logement ordinaire. Données standardisées par sexe et âge.

Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

Les différences (avec standardisation par sexe et âge) sont très marquées entre la France métropolitaine et les DROM pour certains types de limitations (graphique 8). Pour les difficultés à marcher 500 mètres, 4 % de la population se sent sévèrement limitée en France métropolitaine contre 17 % à Mayotte. De même, si 5 % des métropolitains ont des difficultés à monter ou descendre un escalier, c'est le cas de 18 % des résidents de Mayotte. Pour les limitations auditives dans un milieu silencieux au contraire les écarts sont faibles et témoignent même d'un égal ou meilleur ressenti dans les Antilles (1,4 % de limitations auditives sévères en Guadeloupe et 1,6 % en Martinique, contre 1,6 % en France métropolitaine et 2,9 % à Mayotte). En France métropolitaine, 2 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent avoir des difficultés sévères de vue, y compris si elles disposent de lunettes ou de lentilles. La part de la population des DROM qui a des difficultés sévères de vue est significativement plus élevée dans chacun des DROM (respectivement, 4 % en Guadeloupe, 6 % en Martinique, 8 % en Guyane, 4 % à La Réunion et 9 % à Mayotte).

Graphique 8 • Part de la population concernée selon le type de limitation fonctionnelle sévère



Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France, et vivant en logement ordinaire.

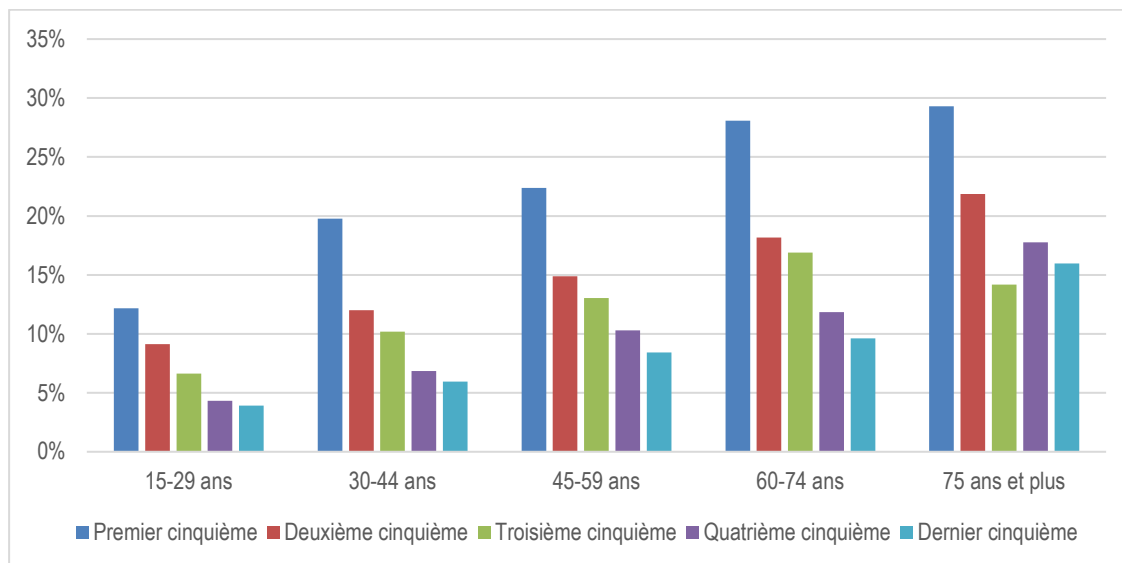
Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

13 % des résidents de France métropolitaine considèrent bénéficier d'un soutien social faible

La perception de la qualité du soutien social, appréhendé par le nombre de personnes sur qui compter, le degré d'intérêt manifesté par les autres et la facilité d'avoir de l'aide du voisinage en cas de besoin est un indicateur de l'état de santé psychologique et de la fragilité de la population. En France métropolitaine en 2019, 13,0 % de la population rapporte un niveau de soutien social faible. Cette part est légèrement plus forte chez les femmes (13,8 %) que chez les hommes (12,1 %), à tous les âges. Elle augmente avec l'âge et diminue avec le niveau de revenus ou le niveau d'éducation, les personnes sans diplôme ou avec un certificat d'études étant 22,0 % à se considérer avec un soutien faible contre 7,6 % parmi les titulaires d'un diplôme de niveau bac +3 ou plus. De la même façon, 20,5 % des personnes parmi le cinquième le plus modeste se considèrent avec un soutien faible contre 8,5 % pour celles appartenant au cinquième le plus aisé (graphique 9).

Si les habitants de Guadeloupe et Mayotte se sentent peu soutenus par leur entourage dans les mêmes proportions qu'en France métropolitaine (respectivement 12,0 % et 11,3 % de soutien jugé faible en données standardisées), ceux de Martinique et de Guyane, et encore plus à La Réunion, se sentent encore moins bien soutenus, avec respectivement 17,1 %, 17,5 % et 18,6 % de la population qui estiment bénéficier d'un faible soutien de son entourage (graphique 10).

Graphique 9 • Part de la population estimant bénéficier d'un faible soutien social, selon l'âge et le niveau de vie

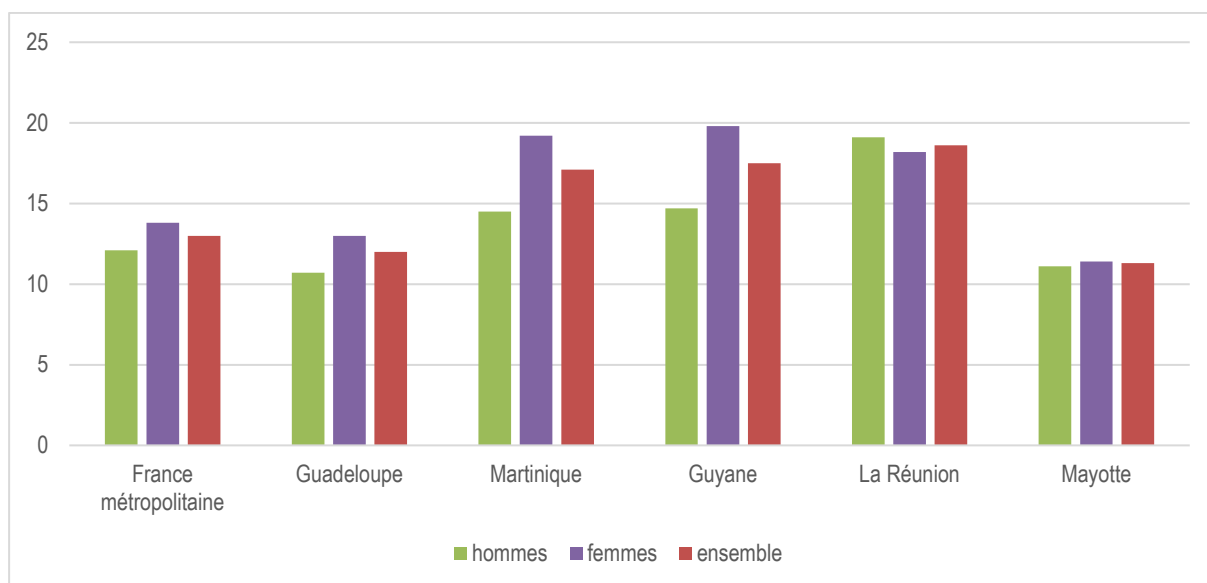


Note > Un soutien social faible correspond à une note entre 3 et 8 (3 étant la note minimale et 14 la note maximale) concernant : le nombre de personnes sur qui compter en cas de graves problèmes personnels (1 à 4 points) ; le degré d'intérêt manifesté par les autres à ce que la personne fait (1 à 5 points) ; la facilité d'avoir de l'aide de la part du voisinage en cas de besoin (1 à 5 points).

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, et vivant en logement ordinaire.

Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

Graphique 10 • Part de la population estimant bénéficier d'un faible soutien social, selon le sexe et le lieu de résidence (en %)



Note > Un soutien social faible correspond à une note entre 3 et 8 (3 étant la note minimale et 14 la note maximale) concernant : le nombre de personnes sur qui compter en cas de graves problèmes personnels (1 à 4 points) ; le degré d'intérêt manifesté par les autres à ce que la personne fait (1 à 5 points) ; la facilité d'avoir de l'aide de la part du voisinage en cas de besoin (1 à 5 points)

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France, et vivant en logement ordinaire. Données standardisées par sexe et âge.

Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

6 - L'épidémie de Covid-19 a directement et indirectement affecté l'état de santé de la population

Les premiers cas de Covid-19 ont été officiellement recensés en janvier 2020 en France et le premier décès d'un patient français dû au virus a été enregistré en février 2020. En l'espace de deux ans et 8 mois, jusqu'à fin août 2022, sept vagues

épidémiques ont successivement frappé la France conduisant à 907 000 hospitalisations dont 145 000 séjours en soins critiques. À l'hôpital et en établissements sociaux et médico-sociaux, on dénombre 154 000 décès.

Année 2020 : une baisse de l'espérance de vie du fait du Covid-19

L'épidémie de Covid-19 a entraîné en 2020 une hausse importante du nombre de décès (Le Minez et Roux, 2021), qui s'est traduite par une diminution de l'espérance de vie. Cette dernière remontera mécaniquement lorsque la pandémie sera révolue. L'espérance de vie a donc baissé à la naissance de 7 mois pour les hommes entre 2019 et 2020 et de 6 mois pour les femmes. Les espérances de vie à 65 ans baissent quant à elles de 8 mois pour les hommes et de 5 mois pour les femmes. Bien qu'en hausse, l'espérance de vie ne retrouve pas encore en 2021 son niveau d'avant la pandémie. Du fait de la pandémie, l'espérance de vie diminue dans pratiquement tous les pays de l'Union européenne en 2020 : en moyenne elle a baissé de 0,8 an chez les femmes et de 1 an chez les hommes, soit une diminution plus forte qu'en France. Mais contrairement au cas de la France, cette espérance de vie européenne continue de diminuer en 2021, perdant 0,4 an pour les femmes et 0,3 an pour les hommes entre 2020 et 2021. Cette diminution est principalement portée par l'évolution négative de l'espérance de vie dans les pays de l'est de l'Europe, alors que l'espérance de vie repart à la hausse dans les pays de l'ouest, du nord et du sud (Papon, *et al.*, 2021 ; Papon, 2022 b).

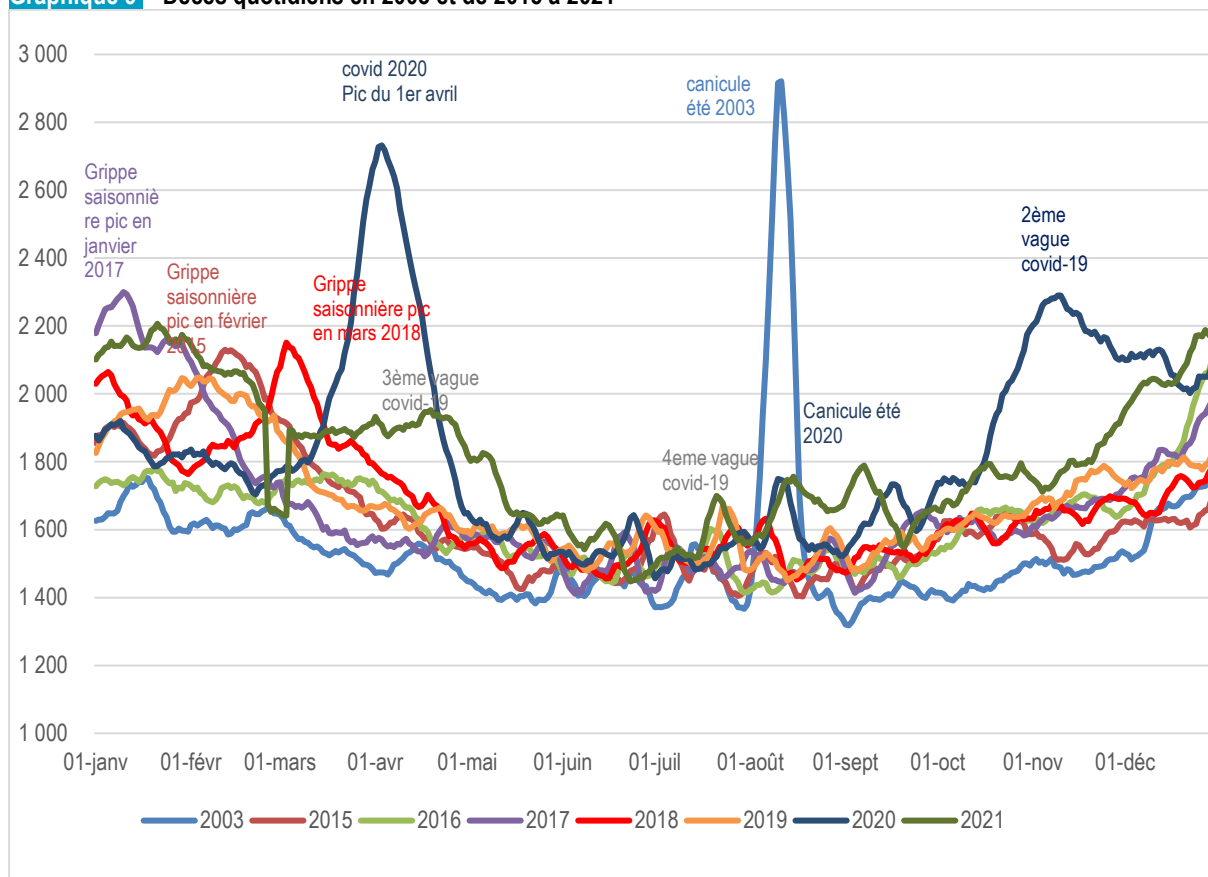
Une surmortalité exceptionnelle liée au Covid-19

De mars 2020 à décembre 2021, le nombre de décès observés a dépassé de 95 000 les décès attendus en l'absence d'épidémie (en prenant en compte depuis 2019 l'augmentation de la population âgée, la baisse attendue des quotients de mortalité et le fait que 2020 soit une année bissextile) [Le Minez et Roux, 2021 ; Blanpain, 2022]. En raison du vieillissement de la population, le nombre de décès augmente chaque année depuis 2010 mais la hausse constatée en 2020 et 2021 est beaucoup plus importante que les années précédentes (graphique 11).

Plus précisément, l'Insee estime qu'il y a eu 46 700 décès de plus qu'attendus en 2020 (+7,5 %)⁷ et 39 100 en 2021 (+ 6,3 %). Au début de l'année 2022, l'écart entre le nombre de décès observés et le nombre de décès attendus est encore élevé en janvier (+7,8 %), puis se réduit jusqu'à devenir nul en mars (-0,9 %). Le surcroît de décès de 2020 est supérieur à ceux des épisodes de canicules et des épidémies de grippe des cinq dernières années, ou encore à la canicule de 2003 dont l'intensité était plus forte mais la durée nettement plus courte.

⁷ Sur la période de mars à décembre 2020, ce sont 55 600 décès de plus que l'attendu qui ont été enregistrés (+11 %). Sur l'ensemble de l'année 2020, la surmortalité est plus faible en raison d'un moindre nombre de décès qu'attendu en janvier et février 2020.

Graphique 9 • Décès quotidiens en 2003 et de 2015 à 2021



Lecture > Le 1^{er} avril 2020, 2 811 décès toutes causes confondues ont eu lieu en France, contre 1 689 en 2019.

Champ > France hors Mayotte en 2003 ; France à partir de 2015.

Source > Insee, statistiques de l'état civil, moyenne mobile sur 7 jours.

Des inégalités sociales dans le développement de formes graves de Covid-19

Une façon de mesurer le nombre de personnes ayant été infectées par le virus du Covid-19 est d'effectuer des enquêtes testant la présence d'anticorps spécifiques au virus dans le sang, on parle alors de séroprévalence. L'enquête Épidémiologie et Conditions de vie (EpiCov) est une enquête de grande ampleur qui permet d'avoir une mesure de la séroprévalence en mai 2020 et une autre en novembre 2020.

Les différentes vagues épidémiques n'ont pas affecté de façon identique le territoire. En mai 2020, en fin de première vague, les régions présentant les taux de séroprévalence les plus élevés (Warszawski, *et al.*, 2020), sont l'Île-de-France (9,2 % des Franciliens de 15 ans ou plus ayant des anticorps) et le Grand-Est (6,7 %) et les plus faibles sont le Centre-Val de Loire (2,1 %), la Nouvelle-Aquitaine (2,0 %), l'Occitanie (1,9 %), la Normandie (1,9 %) et la Bourgogne-Franche-Comté (1,5 %). En novembre 2020, globalement, en France métropolitaine, la situation entre l'est et l'ouest est contrastée (Warszawski, *et al.*, 2021) : les régions où le niveau de séroprévalence est le plus faible se situent à l'ouest du pays. L'Île-de-France reste la région la plus touchée avec 11,0 % de personnes ayant une sérologie positive en novembre 2020. L'Auvergne-Rhône-Alpes est la région qui enregistre, avec les Hauts-de-France, la progression la plus importante entre mai et novembre 2020 (8,4 % en novembre 2020). La Guadeloupe et la Martinique sont dans une situation comparable à celle de la France métropolitaine en novembre (leur niveau de séroprévalence est de 8,1 % et 7,3 %). La Réunion présente un niveau sensiblement plus bas (2 %) ⁸.

Par ailleurs, contrairement à la première vague épidémique, les adolescents et les jeunes adultes ont été plus touchés par le virus que les adultes d'âges intermédiaires lors de la deuxième vague : 10,1 % des 15 à 20 ans ont des anticorps, contre 6,7 % des 30 à 49 ans et 4 % des plus de 64 ans.

⁸ La Guyane et Mayotte ne sont pas couvertes par l'enquête.

Vivre dans une zone à forte densité de population ou exercer une profession essentielle dans le domaine du soin est associé, en novembre 2020 comme lors de la première vague, à une séroprévalence plus élevée.

Ainsi, le risque de contamination dépend de la période, de la zone géographique, de l'âge, des conditions de vie et de travail, mais aussi depuis 2021 du fait d'être vacciné ou non.

L'impact de l'épidémie de Covid-19 sur l'état de santé peut être abordé par le prisme des admissions à l'hôpital pour cette maladie, pour les cas les plus sévères. Il apparaît que l'âge est le facteur le plus déterminant, le risque d'hospitalisation augmentant de façon exponentielle avec l'âge (Costemalle, *et al.*, 2020). De plus, quel que soit l'âge, la proportion de personnes hospitalisées pour Covid-19 décroît avec le niveau de vie des personnes (Galiana, *et al.*, 2022). Cette décroissance est d'ailleurs plus marquée chez les jeunes que chez les personnes âgées avec, chez les 35-49 ans, un taux d'hospitalisation parmi les 20 % les plus modestes 1,6 fois plus important que la moyenne de cette tranche d'âge. Ce taux relatif est de 1,2 chez les personnes de 75 ans ou plus. Indépendamment de l'âge, des conditions de logement, du lieu de naissance ou du sexe, les personnes aux niveaux de vie les plus modestes présentent un risque plus important d'avoir été hospitalisées pour Covid-19, ce qui peut être lié à un plus fort risque d'infection ou à des inégalités de répartition des comorbidités. Le risque relatif d'hospitalisation selon le niveau de vie s'est accentué au cours de la quatrième vague. La cause de cet accroissement du risque relatif chez les plus modestes pourrait être le moindre recours à la vaccination contre le Covid-19. En effet, les personnes vivant dans les milieux les plus défavorisés sont aussi celles qui se sont le moins rapidement vaccinées ou qui ont le plus souvent rejeté la vaccination (Bajos, *et al.*, 2022). De plus, chez les moins de 75 ans seulement, le risque de décéder à l'hôpital des suites du Covid-19 est plus important chez les personnes aux niveaux de vie les plus faibles, indépendamment des autres caractéristiques. En revanche, aucun lien entre niveau de vie et admission en soins critiques n'a été mis en évidence.

Une prise en charge de l'activité hospitalière bousculée par la crise sanitaire

En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 en MCO a diminué de 13 % par rapport à 2019 (Naouri, *et al.*, 2021). Cette baisse inédite du nombre de séjours provient en premier lieu d'une très forte baisse lors de la première vague de l'épidémie (-53 %), la baisse ayant été moins marquée lors de la deuxième vague (-12 %). Elle n'a pas été uniforme géographiquement, puisque les régions de l'est et du nord de la France, plus touchées par la première vague, ont connu une diminution plus importante que les autres.

Ce recul était plus marqué chez les enfants de 2 à 14 ans (-23 %) et pour les séjours liés à des motifs otho-rhino-laryngologiques (ORL) [-32 %], maladies infectieuses (-28 %) et maladies de l'appareil respiratoire (hors Covid-19) [-27 %], ce qui est probablement dû à l'application des mesures sanitaires et des gestes barrières. Troisième plus forte contribution à la baisse globale du nombre de séjours (derrière les maladies de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire), les maladies de l'appareil circulatoire ont, elles aussi, connu une nette baisse (-11 %) : c'est le cas notamment des séjours pour AVC et infarctus du myocarde. Enfin, les séjours de chirurgie (-16 %) et les séjours pour actes et procédures peu invasifs (-15 %) ont diminué plus fortement que les séjours médicaux (-9 %).

Une augmentation des problèmes de santé mentale, particulièrement chez les jeunes

La crise sanitaire a eu un impact psychologique sur une part importante de la population : en mai 2020, les syndromes dépressifs concernaient 13 % des personnes de 15 ans ou plus : 16 % des femmes et 11 % des hommes. En novembre 2020, cette proportion revenait à 11 % (13 % des femmes et 9 % des hommes) soit un niveau global équivalent à celui de 2019. Cependant, d'une part le taux de syndromes majeurs, touchant 5 % de la population, demeurait supérieur à celui de 2019 (4 %) ; d'autre part, les taux de syndromes dépressifs restaient encore très élevés chez les 15-24 ans (à 19 %), plus particulièrement chez les femmes dont presque une sur quatre était concernée par un syndrome dépressif et plus d'une sur dix par un syndrome majeur, soit respectivement une augmentation de +50 % et +270 % par rapport à 2019 (graphique 12). En juillet 2021, ces prévalences restent globalement stables par rapport à novembre 2020 avec toutefois une amélioration substantielle de la situation chez les femmes âgées de 16 à 24 ans compensée par une augmentation des syndromes dépressifs majeurs chez celles âgées de 55 à 64 ans et chez les hommes âgés de 65 à 74 ans (Hazo, *et al.*, juin 2022). Les jeunes femmes demeurent cependant la population la plus concernée par les syndromes dépressifs tant mineurs que majeurs.

Lors des trois volets de l'enquête EpiCov (mai 2020, novembre 2020 et juillet 2021), une personne sur quatre a été détectée avec un syndrome dépressif au moins une fois. Pour 17 %, cela est le cas lors d'un seul des trois volets, pour 6 % cela a concerné deux volets, et 2 % de la population a été détectée avec un syndrome dépressif lors des trois volets. Pour 11 % de la population (8 % des hommes et 13 % des femmes), un syndrome dépressif majeur a été détecté au moins une fois lors d'un des trois questionnaires. Parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans, plus de 4 sur 10 a présenté un syndrome dépressif au moins une fois au cours des trois volets : 24 % lors d'un seul questionnaire, 12 % lors de deux temps de mesure, enfin 6 % des femmes de 15 à 24 ans sont détectées dépressives lors de chacun des trois questionnaires. Chez ces dernières, la moitié – 3 % des jeunes femmes – est concernée par un syndrome dépressif majeur qui persiste sur les trois volets de l'enquête, alors que moins de 1 % du restant de la population est dans ce cas.

Toutes autres choses égales par ailleurs, ces syndromes dépressifs atteignent plus fréquemment les femmes, les jeunes, les personnes en difficulté sur le plan économique, notamment du fait de la crise sanitaire, ainsi que les personnes vivant seules ou subissant des violences psychologiques, physiques dont sexuelles de la part de leur conjoint. En outre, les personnes consommant de l'alcool et du tabac chaque jour, celles déclarant un mauvais état de santé ou un handicap et celles déclarant des symptômes évocateurs d'une infection au Covid-19 avaient une probabilité plus importante d'être détectées porteuses d'un syndrome dépressif. Enfin, les personnes ayant peu confiance dans les pouvoirs publics pour résoudre la crise du coronavirus ou percevant leur génération comme particulièrement pénalisée par les mesures sanitaires présentaient aussi plus fréquemment de tels syndromes.

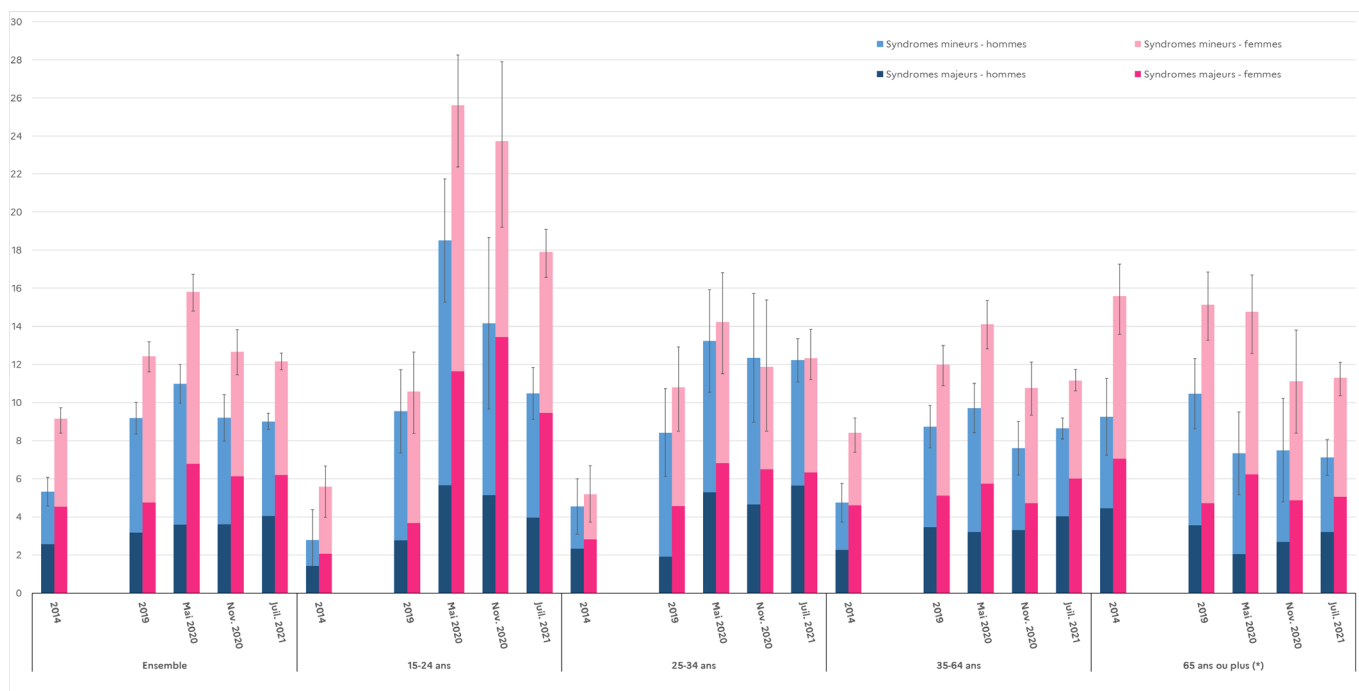
Par ailleurs, les syndromes anxieux ont également été majorés par la crise sanitaire, particulièrement chez les femmes et les plus jeunes générations (Santé publique France, 2022a). Les données de passage aux urgences et de recours à SOS Médecins à partir du second semestre 2020 témoignent d'une augmentation de plusieurs types de recours aux soins pour raisons de santé mentale (angoisses, pensées suicidaires) par rapport aux années précédentes, et le phénomène paraît principalement dû à de fortes hausses de recours chez les 18-24 ans (Santé publique France, 2022b).

Une consommation accrue de médicaments psychotropes

En novembre 2020, selon l'enquête EpiCov, 12,1 % de la population âgée de 15 ans ou plus déclarait prendre « des médicaments en lien avec des problèmes d'anxiété, de sommeil ou de dépression » (8,0 % chez les hommes et 15,8 % chez les femmes). Toujours selon l'enquête EpiCov, ils étaient 10,0 % dans ce cas en mai de la même année (7,1 % des hommes et 12,7 % des femmes). Cette consommation de psychotropes varie beaucoup selon l'âge et le sexe : la proportion passe, en novembre 2020, de 2,7 % des hommes âgés de 15 à 24 ans à 12,1 % des hommes âgés de 75 ans ou plus. Chez les femmes également la proportion de consommatrices de psychotropes est progressive avec l'âge puisqu'elle passe de 7,7 % des 15-24 ans à 26,6 % des femmes de 75 ans ou plus (Hazo, *et al.*, 2021).

L'impact de la crise sanitaire sur la santé psychologique de la population s'est ressenti sur l'instauration et le nombre de délivrances de médicaments psychotropes. Le suivi de la consommation des médicaments sur ordonnance délivrés en ville montre en effet une progression importante des nouveaux consommateurs d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et de somnifères ainsi qu'une hausse des doses délivrées sur la période allant de mars 2020 à avril 2021. Dans une moindre mesure, les consommations de médicaments antipsychotiques (utilisés dans le traitement des troubles mentaux sévères) et de ceux liés à la dépendance aux opiacées (héroïne, morphine, etc.) et à l'alcool, ont également progressé sur la période. Enfin, les consommations de psychotropes sont plus élevées début 2021 que l'attendu (sur la base de ce qu'elles étaient en 2018-2019 et au début 2020) chez toutes les classes d'âge, en particulier chez les moins de 19 ans (Weil, *et al.*, 2021).

Graphique 10 • Syndromes dépressifs majeurs et mineurs selon l'âge et le sexe, entre 2014 et 2021, en % de la population âgée de 15 ans ou plus



*Les personnes avec un handicap (qui déclarent être fortement limitées depuis au moins six mois par un problème de santé dans les activités que font habituellement les gens) sont sous-représentées dans l'enquête EpiCov. Or, elles sont plus souvent porteuses d'un syndrome dépressif que la moyenne de la population. Cela conduit à sous-estimer de 1 point la prévalence moyenne de personnes présentant un syndrome dépressif dans l'enquête EpiCov (mai, novembre 2020 et juillet 2021), et de 2 points chez les 65 ans ou plus.

Note > Les syndromes dépressifs sont détectés par l'algorithme du PHQ-9 (encadré 2). En 2014, l'outil était le PHQ-8, très similaire au PHQ-9 (une question de moins), son utilisation à la place du PHQ-9 n'impacte pas les proportions de plus de 0,5 %.

Lecture > En juillet 2021, 4 % des hommes de 16 ans ou plus sont détectés avec un syndrome dépressif majeur et 5 % avec un syndrome dépressif mineur ; au total 9 % d'entre eux présentent un syndrome dépressif, qu'il soit mineur ou majeur (avec une incertitude de plus ou moins 0,4 %).

Champ > EHS 2014 et 2019 : personnes âgées de 15 ans et plus, résidant en France métropolitaine et vivant en logement ordinaire ; EpiCov : personnes de 15 ans ou plus au 1^{er} janvier 2020, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique et à La Réunion, hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.

Source > EHS 2014 et 2019 ; EpiCov (Inserm-DREES), volets 1, 2 et 3 - mai et novembre 2020, questionnaire long, et juillet 2021 ensemble des individus.

Une baisse des gestes suicidaires pendant les confinements de 2020 mais une augmentation continue des tentatives chez les jeunes femmes à partir de la fin 2020

En novembre 2020, 2,8 % des 15 ans ou plus déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois (2,5 % des hommes et 3,1 % des femmes). Cette proportion varie significativement selon les caractéristiques sociodémographiques et les comorbidités des individus, notamment en la défaveur des femmes, des plus modestes, des personnes présentant des syndromes anxio-dépressifs, des comportements boulimiques ou un handicap ainsi que de celles ayant eu des symptômes évocateurs du Covid-19 (Hazo et Boulch, 2022 ; Rouquette, *et al.*, 2022). Les individus jeunes sont également significativement plus touchés : 5,0 % des 15-24 ans (3,6 % des hommes et 6,4 % des femmes de cette tranche d'âge) sont concernés, contre 1,3 % des personnes âgées de 75 ans ou plus (0,9 % des hommes et 1,6 % des femmes de cette tranche d'âge) [Hazo, *et al.*, 2021]. Cette surreprésentation des plus jeunes dans la déclaration de pensées suicidaires est un phénomène nouveau, qu'on retrouve dans d'autres travaux menés sur la période très récente (Léon et du Roscoät., 2022). En outre, 4,0 % de la population âgée de 15 ans ou plus déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie (2,9 % des hommes et 4,9 % des femmes) et pour 0,2 % cette tentative a eu lieu lors des douze derniers mois⁹.

En 2020, on observe une diminution globale du nombre de gestes suicidaires – c'est-à-dire les suicides et les tentatives de suicide – lors des deux premiers confinements de la population. D'une part, les décès par suicide lors de ces confinements ont baissé respectivement de 20 % et 8 % par rapport à l'attendu (Fouillet, *et al.*, 2022). D'autre part, les hospitalisations en court séjour pour lésions auto-infligées¹⁰, utilisées pour estimer le nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide, baissent de 10 % en 2020 par rapport à la période 2017-2019 (Pirard, *et al.*, 2022). Les passages aux urgences pour ces mêmes gestes baissent également en 2020 par rapport à 2018-2019, bien que ceux liés à des idées suicidaires augmentent pour leur part (Forgeot et Caserio-Schönemann, 2022). Ces baisses sont liées à des diminutions marquées pendant les deux confinements.

En 2021, le nombre annuel des hospitalisations en court séjour somatique (MCO) associées à une lésion auto-infligée retrouve son niveau d'avant crise, essentiellement du fait de fortes augmentations chez les filles et les femmes âgées de 10 à 19 ans, à des niveaux sans précédents (graphique 13). Ces données sont cohérentes avec les résultats d'autres travaux : la hausse constatée dès début 2021 des passages aux urgences pour gestes suicidaires des patients âgés de 11 à 24 ans (Forgeot et Caserio-Schönemann, 2022) ; une hausse des hospitalisations en MCO pour lésions auto-infligées de patientes âgées de 10 à 24 ans dès la fin 2020 en comparaison avec la période 2017-2019 (Pirard, *et al.*, 2022) ; une forte hausse des hospitalisations entre la période couvrant septembre 2020 à août 2021 et l'année 2019 (+27,7 %) spécifiquement chez les femmes âgées de 10 à 19 ans hospitalisées pour lésions auto-infligées, accompagnée d'une plus forte fréquence des passages en soins intensifs et du recours à des moyens létaux violents¹¹ dans cette population (Jollant, *et al.*, 2022). Par ailleurs, bien que la qualité du codage soit moindre dans les services de la psychiatrie publique, on y observe que le total d'hospitalisations avec un diagnostic de lésion auto-infligée n'a pas baissé en 2020 et qu'il atteint en 2021 un niveau inédit depuis 2012, supérieur de 16 % à la moyenne des années 2012-2020. Entre 2020 et 2021, la forte progression d'hospitalisations de patientes âgées de 10 à 24 ans vient en effet accélérer une tendance préexistante (graphique 14). Ces hausses dans ce segment de la population sont compensées en 2021 par des diminutions chez les 30-69 ans, femmes et hommes confondus, que ce soit en psychiatrie ou en court séjour.

La stabilité, voire légère baisse, des gestes suicidaires en population générale en 2020 est un phénomène également constaté dans la plupart des autres pays européens ainsi que l'Australie, l'Amérique du nord, le Japon ou la Corée (David, 2022). L'augmentation des tentatives de suicide et la dégradation marquée de la santé mentale chez les jeunes filles et femmes dès la fin 2020 ou le début 2021 est aussi mesuré au États-Unis et en Allemagne (Yard, *et al.*, 2021 ; Sara, *et al.*, 2022)

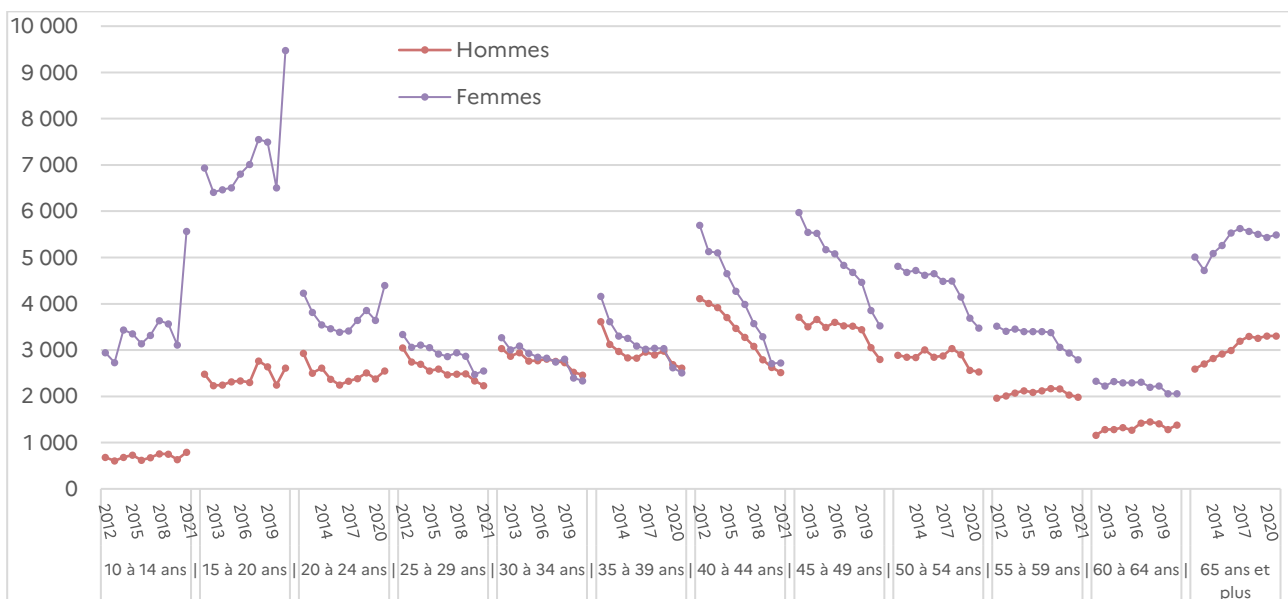
Enfin, sachant que les hospitalisations pour gestes auto-infligés suivent un gradient social assez fort en défaveur des plus modestes (Sterchele, 2022), il est possible que les conséquences économiques de la crise sanitaire aient accru cette inégalité sociale de santé.

⁹ Sur un champ comparable, les adultes âgés de 18 à 75 ans, le taux de tentatives de suicide déclarées dans EpiCov en 2020 est plus faible que celui mesuré dans le Baromètre de Santé publique France de 2017 où 7,2 % des enquêtés déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie et 0,4 % au cours de l'année (Léon, *et al.*, 2019). De même, le Baromètre Santé réalisé en 2020 retrouve des taux de pensées suicidaires sensiblement supérieurs à ceux d'EpiCov pour la même année (Léon et du Roscoät., 2022). Ces différences de prévalences pourraient être liées à un effet du mode de collecte (téléphone dans Baromètre *versus* multimodal dans EpiCov), notamment par sous-groupes sociodémographiques. D'autre part, contrairement au Baromètre 2020, réalisé hors périodes de confinement, une partie de l'échantillon d'EpiCov a répondu au module suicide lors du deuxième confinement et les répondants interrogés pendant cette période déclaraient significativement moins de pensées suicidaires que les autres (Hazo et Boulch, 2022).

¹⁰ Hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) avec des diagnostics associés codés selon la Classification internationale des maladies de X60 à X84, soient les lésions auto-infligées qui incluent tentatives de suicide, automutilations et scarifications.

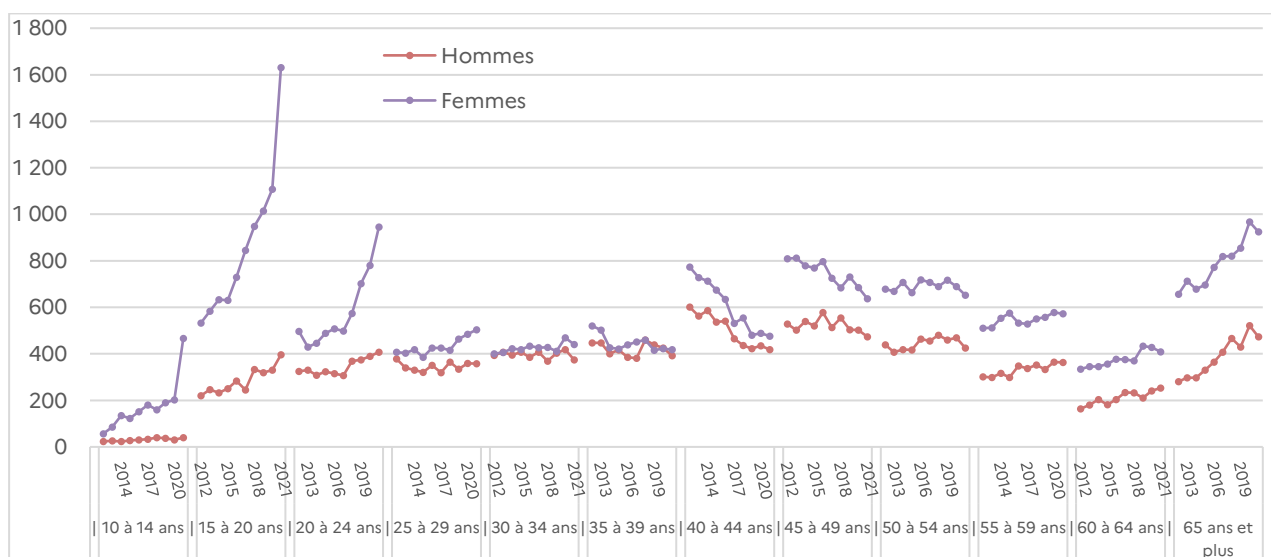
¹¹ Saut d'une hauteur, pendaison, objets tranchants et produits chimiques en opposition aux intoxications volontaires aux médicaments

Graphique 11 • Nombre annuel de patients hospitalisés au moins une fois en court séjour (MCO) pour lésions auto-infligées par âge et sexe, de 2012 à 2021



Note > Les nombres d'hommes et de femmes renvoient aux patients uniques ayant effectué une ou plusieurs hospitalisations avec un code diagnostic associé de lésion auto-infligée : code CIM-10 compris entre X60 et X84.
Lecture > En 2012, on dénombre 2 948 patientes âgées de 10 à 14 ans ayant eu au moins une hospitalisation comportant un diagnostic associé de tentative de suicide ou d'automutilation, contre 5 568 en 2021.
Champ > Séjours réalisés par des patients de 10 ans ou plus en services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hors séances (type chimiothérapies ou dialyses).
Sources > PMSI ; MCO (ATIH) 2012-2021.

Graphique 12 • Nombre annuel de patients hospitalisés au moins une fois en psychiatrie pour lésions auto-infligées par âge et sexe, de 2012 à 2021



Note > Les nombres d'hommes et de femmes renvoient aux patients uniques ayant effectué une ou plusieurs hospitalisations avec un code diagnostic associé ou principal de lésion auto-infligée : code CIM-10 compris entre X60 et X84.
Lecture > En 2012, on dénombre 57 patientes âgées de 10 à 14 ans ayant eu au moins une hospitalisation comportant un diagnostic associé de tentative de suicide ou d'automutilation, contre 467 en 2021.
Champ > Séjours réalisés par des patients de 10 ans ou plus en psychiatrie de secteur.
Source > PMSI - PSY (ATIH) 2012-2021.

II. DÉTERMINANTS DE SANTÉ ET PRÉVENTION

Le champ des comportements qui ont un impact sur la santé est très large, puisqu'il englobe pratiquement l'ensemble des activités humaines : exercice physique, sommeil, alimentation et plus généralement consommation de substances, sociabilité, etc. Les conditions de vie, en particulier de travail et de logement, la qualité de l'environnement et de l'offre de services (notamment de santé) à proximité des lieux de vie ont également un impact important sur la santé, de la naissance (et même dès la grossesse de la mère) à la fin de vie. Ces différents facteurs se cumulent et interagissent tout au long de la vie, ce qui rend les politiques de promotion de la santé et de prévention complexes. Ces déterminants de la santé sont fortement liés aux pratiques sociales et culturelles, avec par exemple des différences entre hommes et femmes ou entre groupes sociaux dans les comportements de santé et le recours au système de soins.

1 - La consommation d'alcool diminue de manière régulière en France depuis plusieurs décennies, mais la France reste dans le groupe de pays européens les plus consommateurs

L'excès de consommation d'alcool est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée. La consommation d'alcool diminue de manière régulière en France depuis plusieurs décennies. Ainsi, la France n'occupe plus la tête du classement européen comme cela a longtemps été le cas, même si elle demeure dans le groupe des pays les plus consommateurs. Les comportements changent également avec une diminution de la consommation quotidienne et une augmentation des alcoolisations ponctuelles importantes (API, caractérisée par l'absorption au cours d'une même occasion d'au moins 6 verres standards, soit 60 grammes d'alcool pur).

La consommation quotidienne d'alcool continue de diminuer...

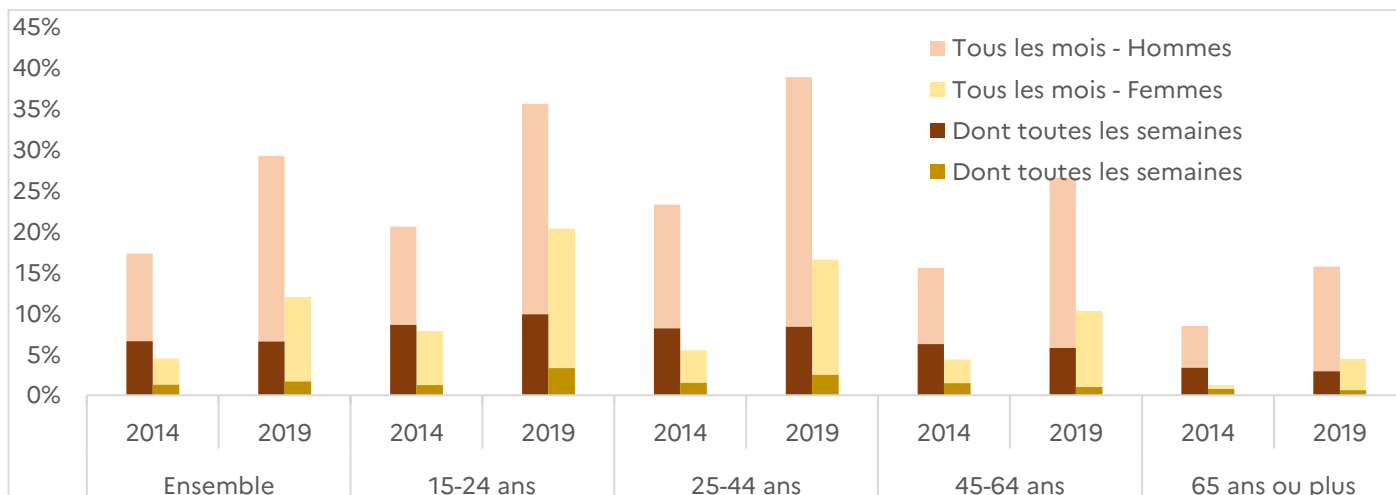
En 2019, 76 % des personnes âgées de plus de 15 ans déclarent avoir bu de l'alcool au cours des douze derniers mois (source EHIS). 34 % consomment de l'alcool au moins une fois par semaine et 10 % quotidiennement. En 2014, 11 % de la population déclarait consommer de l'alcool tous les jours. Les femmes consomment moins d'alcool que les hommes : en 2019, elles sont 6 % à boire quotidiennement contre 15 % des hommes. Cependant, la part des femmes ne consommant jamais d'alcool ou n'en ayant pas consommé dans les douze derniers mois a diminué entre 2014 et 2019. Elle est passée de 33 % à 27 % alors que cette proportion est restée quasi stable chez les hommes sur la période (17 % en 2014 et 18 % en 2019).

... mais les alcoolisations ponctuelles importantes augmentent chez les jeunes entre 2014 et 2019, avant un recul en 2021

Parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus, 26 % des femmes et 50 % des hommes déclarent au moins une API au cours des douze derniers mois en 2019, contre 16 % des femmes et 42 % des hommes en 2014. Ces comportements avec une fréquence mensuelle sont en très forte augmentation sur la période : 29 % des hommes déclarent au moins une API par mois en 2019 contre 17 % en 2014. La progression est encore plus marquée chez les femmes (4 % en 2014 et 12 % en 2019) (graphique 15). La part des personnes déclarant au moins une API chaque semaine entre 2014 et 2019 est en moyenne stable à 4 %, mais cela masque certaines variations selon les classes d'âge. Entre 2014 et 2019, parmi les 15-34 ans, la part de ceux déclarant au moins une API par semaine a progressé alors qu'elle se stabilisait ou régressait dans les classes d'âge supérieures. Les jeunes sont particulièrement concernés par ces pratiques : en 2019, chez les 15-24 ans, un homme sur dix déclare une API par semaine et un sur quatre déclare une à trois API par mois. Ces alcoolisations importantes demeurent moins fréquentes chez les jeunes femmes mais c'est chez elles que les progressions sont les plus marquées : en 2019, elles sont 3 % et 17 % à déclarer respectivement au moins une API par semaine ou par mois, des proportions trois fois supérieures à celles observées en 2014.

Interrogés en juillet 2021 sur leurs consommations au cours des douze derniers mois, les répondants à l'enquête EpiCov font état d'API « tous les mois ou moins », moins fréquentes que ceux dans ce cas en 2019, ce qui peut être mis en lien avec la fermeture conjoncturelle des débits de boissons et les mesures de distanciation sociale. En revanche, la minorité de personnes déclarant au moins une API par semaine ne régresse pas significativement entre 2019 et 2021, demeurant à 4 %.

Graphique 13 • Fréquence d'alcoolisation ponctuelle importante (API) par âge et sexe en 2014 et 2019



Note > On parle d'alcoolisation ponctuelle importante (API) à partir de 6 verres d'alcool standard (10 cl de vin à 13°, 25 cl de bière à 4°, 2,5 cl de spiritueux à 40°, etc.) consommés en une occasion. **Lecture** > En 2014, 9 % des hommes âgés de 15 à 24 ans déclarent consommer plus de 6 verres standards d'alcool en une occasion au moins une fois par semaine, contre 10 % en 2019.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine et vivant en logement ordinaire pour EHIS 2014 et 2019.

Sources > EHIS-ESPS 2014 ; EHIS 2019 ; EpiCov (Inserm-DREES), volet 3 - juillet 2021.

2 - Une consommation de tabac quotidienne qui diminue

18,5 % des 15 ans ou plus fument quotidiennement

Parmi les déterminants de santé, la consommation de tabac constitue la première cause de mortalité évitable, avec plus de 75 000 décès par an attribuables au tabagisme en 2015 (BEH n°15, 2019), soit 13 % des décès survenus en France métropolitaine. En 2019, 24,0 % des 15 ans ou plus déclaraient fumer et 18,5 % déclaraient fumer quotidiennement en France métropolitaine (source EHIS).

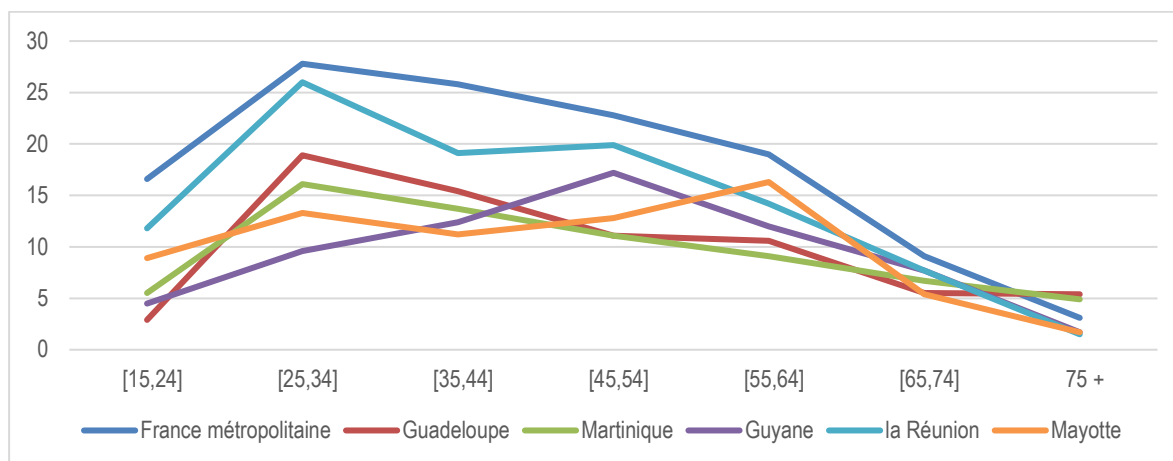
La tendance est à la baisse, avec une part de fumeurs quotidiens estimée à plus de 25 % lors de la précédente enquête européenne de santé (2014). La consommation de tabac des femmes reste inférieure à celle des hommes (15,7 % contre 21,7 % pour le tabagisme quotidien en France métropolitaine en 2019). L'enquête Baromètre de Santé publique France a notamment pour mission de suivre l'évolution de la consommation de tabac tous les ans. Même si les niveaux, notamment de fumeurs quotidiens, ne sont pas comparables entre les enquêtes EHIS et Baromètre, du fait, sans doute, de différences de méthodologie et dans les formulations des questions entre les deux enquêtes (Leduc, *et al.*, 2021), le Baromètre enregistre également une tendance à la baisse du nombre de fumeurs ces dernières années ainsi que des disparités sociales. Selon le dernier Baromètre, en 2020, la prévalence du tabagisme semble cependant se stabiliser, dans un contexte de crise sanitaire (Pasquereau, *et al.*, 2021).

En 2019, l'usage de la cigarette électronique concerne 3,4 % d'utilisateurs pour du vapotage quotidien en France métropolitaine, davantage pour les plus diplômés (3,9 % des bacs+3 ou plus contre 1,8 % des moins diplômés). La prévalence du tabagisme quotidien diminue significativement avec le niveau de revenus (21,5 % pour le cinquième le plus modeste de la population en termes de niveau de vie contre 14,5 % pour le cinquième le plus aisé de la population, toujours en 2019).

Des différences significatives de consommation entre les territoires

L'enquête santé européenne permet de décrire la prévalence de la consommation de tabac en France métropolitaine et dans chacun des DROM selon l'âge : la part de fumeurs quotidiens est largement supérieure en France métropolitaine (18,5 %) et à La Réunion (15,0 %) à celle observée dans les autres DROM, où elle est proche de 10 %. Ce sont les 25-34 ans qui fument le plus en France métropolitaine, avec 31,7 % de fumeurs quotidiens parmi les hommes de cet âge et 24,1 % chez les femmes. En Guyane ou à Mayotte c'est parmi les 45-64 ans que les taux sont les plus élevés (graphique 16).

Graphique 14 • Part de fumeurs quotidiens selon le groupe d'âge en France métropolitaine et dans chacun des DROM



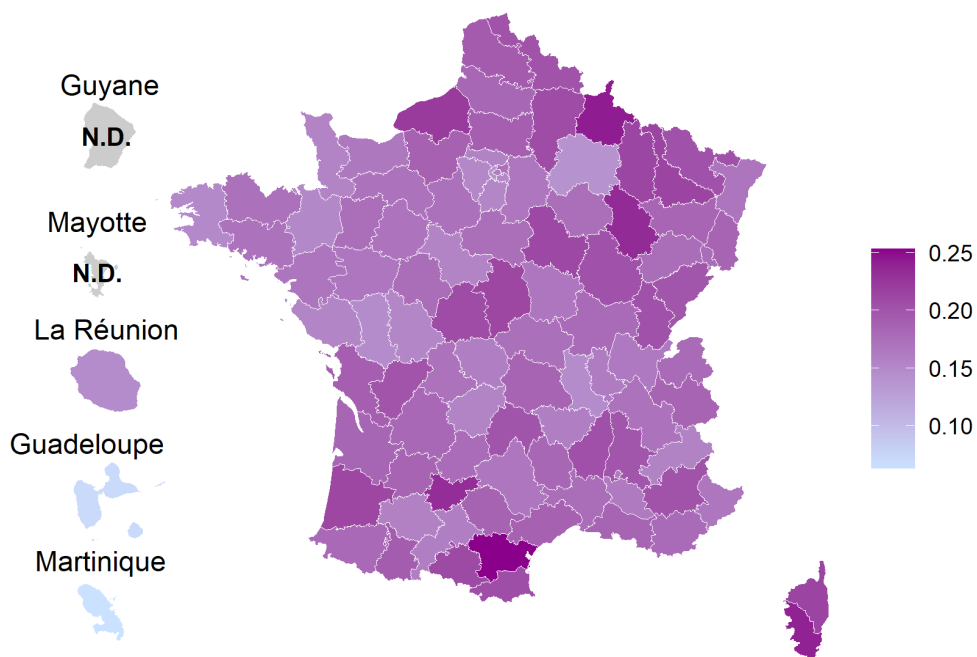
Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France, et vivant en logement ordinaire. Données standardisées par sexe et âge).

Source > DREES – Irdes– Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

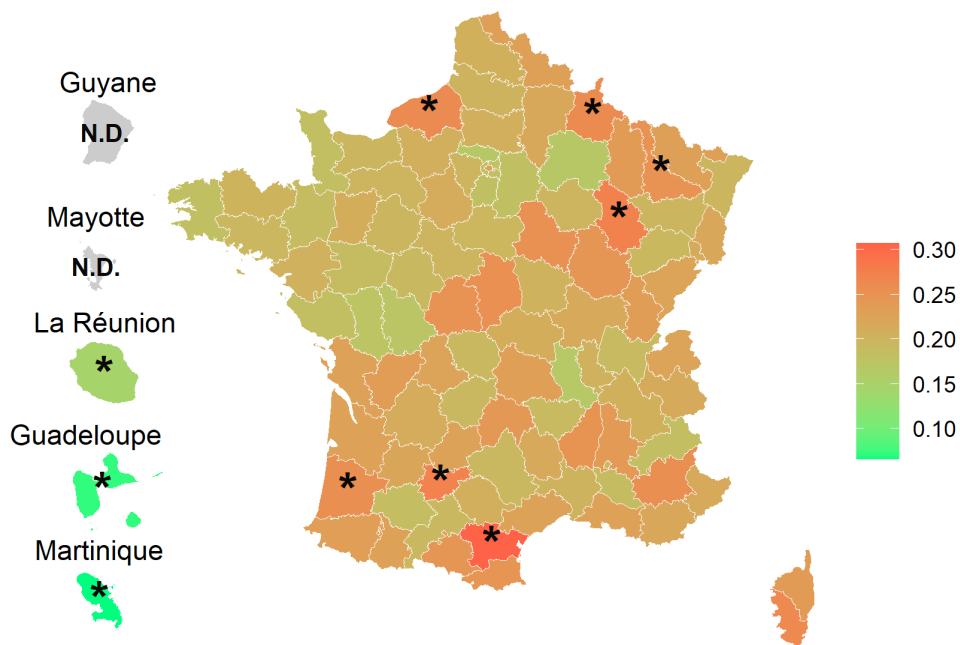
D'après l'enquête EpiCov¹², la proportion de fumeurs quotidiens est relativement homogène en France métropolitaine (carte 6) en novembre 2020, avec cependant certains départements qui se détachent. L'écart entre les départements avec le plus de fumeurs quotidiens (Aude, Ardennes, Corse du Sud, Haute-Marne, Tarn-et-Garonne, Seine-et-Marne, Meurthe-et-Moselle) et ceux avec le moins de fumeurs quotidiens (Marne, Hauts-de-Seine, Loire, Finistère, Val-de-Marne, Ille-et-Vilaine, Yvelines, Essonne) s'élève à 10 points environ (25,3 % dans l'Aude et 14,1 % dans la Marne et les Hauts-de-Seine). EpiCov et EHIS rendent compte de la même situation dans les DROM : la proportion de fumeurs quotidiens est très nettement inférieure dans les Antilles. Selon EpiCov, ceux-ci représentent 6,3 % de la population de la Martinique et 7,0 % de la Guadeloupe, contre 17,5 % de la population française en général. La Réunion présente quant à elle une proportion de 14,7 % de fumeurs quotidiens. En contrôlant de la structure par âge, par sexe, par niveau de diplôme et par quintile de revenu au moyen d'une régression logistique, les écarts à la moyenne nationale restent significatifs au seuil de 5 % pour les trois DROM cités ainsi que pour l'Aude, la Seine-Maritime, la Haute-Marne, le Tarn-et-Garonne, la Meurthe et Moselle, les Ardennes et les Landes (carte 7).

¹² Les champs des enquêtes EHIS 2019 et EpiCov diffèrent légèrement : EHIS couvre les logements ordinaires, soit un peu moins qu'EpiCov qui n'exclut *a priori* que les maisons de retraite, les Ehpad et les prisons.

Carte 6 • Proportion de fumeurs quotidiens par département en novembre 2020



Carte 7 • Prévalences départementales du tabagisme quotidien estimées, à caractéristiques socio-économiques fixées



Lecture > Les taux présentés sur cette carte sont des estimations des prévalences de tabagisme quotidien à caractéristiques socio-économiques fixées (femmes, âgées entre 45 et 54 ans, revenu compris entre le 2^e et le 3^e quintile de la distribution des revenus, niveau de diplôme entre bac et bac+2). Lorsque la différence de prévalence est significativement différente au seuil de 5 % du département de l'Ain (choisi comme référence car sa prévalence est proche de la moyenne nationale), une étoile le signale.

Champ > : Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, Martinique, Guadeloupe et La Réunion, hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.
Source > : Inserm-DREES, enquête EpiCov, vague 2 (interrogation de novembre 2020), traitements DREES.

3 - Chez les plus modestes, une alimentation avec moins de fruits et légumes et plus d'obésité, mais une sédentarité généralisée

Avoir une alimentation saine permet de se protéger contre les maladies chroniques non transmissibles telles que le cancer, le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. C'est pourquoi l'OMS recommande de consommer tous les jours cinq portions de fruits et légumes frais, des légumineuses et des céréales complètes et de limiter l'apport de sucres, de graisses et de sel¹³.

En France métropolitaine plus de trois français sur quatre consomment tous les jours des fruits et des légumes

L'enquête européenne de santé 2019 aborde la question de l'alimentation à travers la consommation de fruits, de légumes et de boissons industrielles sucrées¹⁴. En 2019, 75,0 % des personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en France métropolitaine consomment au moins une portion de fruits ou légumes par jour : 58,9 % déclarent consommer des fruits tous les jours, et 62,6 % des légumes tous les jours. 8,5 % des personnes âgées de 15 ans ou plus consomment des fruits moins d'une fois par semaine ou jamais.

La situation est très différente dans les DROM, surtout pour les légumes, moins disponibles que les fruits dans ces territoires. La consommation quotidienne de fruits est comprise entre 39 % et 45 % en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion, un peu plus faible en Guyane avec 30,2 % et ne concerne que 16,4 % des habitants de Mayotte. La consommation quotidienne de légumes est de 44,3 % à La Réunion, entre 35 et 39 % dans les Antilles ou en Guyane et de 9,0 % à Mayotte. Les Mahorais se distinguent par une part particulièrement importante de la population qui ne consomme jamais ou moins d'une fois par semaine des fruits (49,4 %) ou des légumes (37,4 %).

Les disparités sociales de consommation sont plus importantes pour les légumes que pour les fruits : 70,5 % des plus diplômés en France métropolitaine consomment des légumes tous les jours contre 62,1 % chez les moins diplômés (64,0 et 63,2 % respectivement pour les fruits), mais la différence réside surtout dans la part de ceux qui n'en consomment que jamais ou occasionnellement (1,2 % des plus diplômés à 3,7 % pour les moins diplômés pour les légumes et 4,5 % à 8,4 % pour les fruits). De même, les individus appartenant au cinquième de niveau de vie le plus élevé sont deux fois moins nombreux à ne jamais consommer (ou occasionnellement) des fruits et légumes que ceux du cinquième de niveau de vie le plus bas (respectivement 4,9 % à 10,7 % pour les fruits et 1,9 % à 3,7 % pour les légumes).

Les disparités sociales sont exacerbées dans les DROM, avec des écarts de consommation de légumes très importants selon le niveau de diplôme (trois fois plus de non-consommateurs parmi les non-diplômés ou les titulaires d'un certificat d'études que parmi les titulaires d'un diplôme de niveau bac+3 ou plus en Martinique, quatre fois en Guadeloupe et cinq fois à Mayotte).

9,6 % des personnes résidant en France métropolitaine consomment des boissons sucrées tous les jours, contre 16,0 % en Guyane et 15,4 % à Mayotte. Cette consommation varie du simple au triple en France métropolitaine et à La Réunion entre le premier et le dernier quart de niveau de vie (5,0 % à 14,6 % en France métropolitaine sur données standardisées par sexe et âge et 6,6 % à 17,1 % à La Réunion), du simple au double aux Antilles et en Guyane (10,6 % à 19,4 % en Guadeloupe et Guyane et 8,0 % à 15,0 % en Martinique), mais est stable à Mayotte (13,1 % à 12,5 %).

Une population très sédentaire

Comme rappelé par l'OMS, l'activité physique est très bénéfique pour la santé physique et mentale. Elle contribue à la prévention et à la prise en charge de maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires ou le diabète. Elle permet de lutter contre le surpoids et l'obésité. L'inactivité physique était évaluée en 2012 comme la quatrième cause de mortalité évitable au monde conduisant au décès de plus de 5 millions de personnes par an (Lee, *et al.*, 2012). Le questionnaire de l'enquête santé européenne porte sur tous ces aspects et permet de dresser un panorama de l'état du suivi de ces recommandations à la fois en France métropolitaine et dans les DROM (Méjean, *et al.*, 2020).

20 % des personnes résidant en France métropolitaine ne réalisent pas de trajet d'au moins 10 minutes à pied une fois par semaine en France métropolitaine, et plus de 30 % dans les DROM

En France métropolitaine en 2019, 81 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent faire un trajet de 10 minutes ou plus à pied au moins une fois par semaine. La situation s'améliore puisqu'en 2014, en France métropolitaine, 76 % des 15 ans ou plus faisaient au moins 10 minutes de marche par jour au moins une fois par semaine (rapport Irdes, 2017). En revanche, la situation est moins favorable dans les DROM, où c'est le cas en 2019 de 57 % des 15 ans ou plus aux Antilles, 65 % en

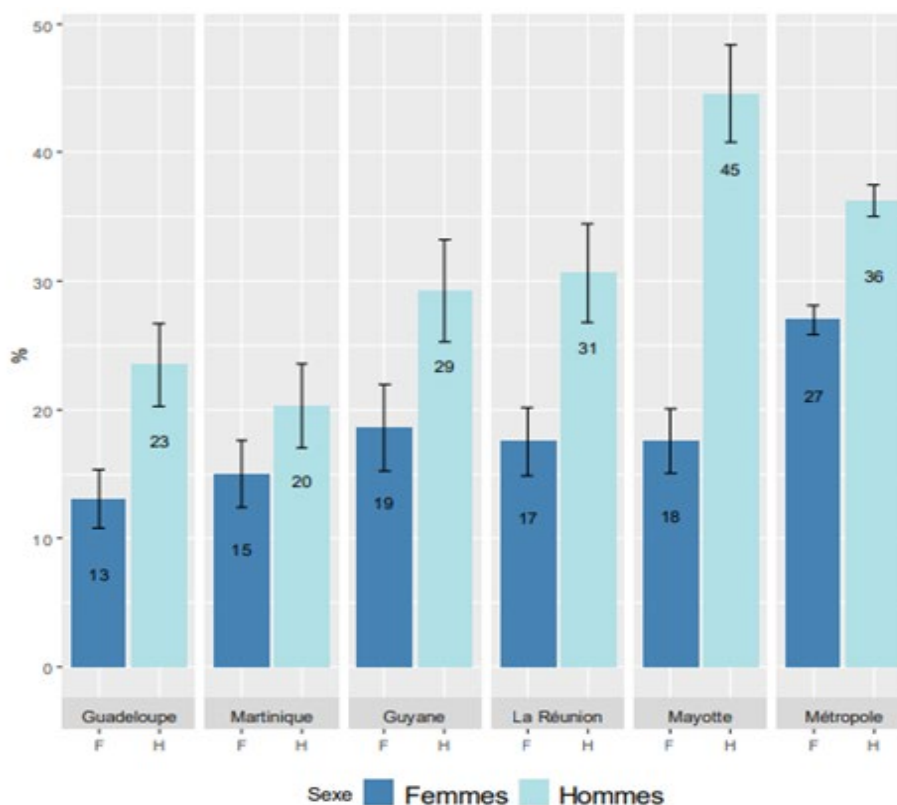
¹³ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

¹⁴ Contrairement à d'autres indicateurs tirés de l'enquête santé européenne et présentés dans ce dossier, les chiffres concernant l'alimentation ne sont pas standardisés.

Guyane et à La Réunion et 70 % à Mayotte. La pratique du vélo est moins courante puisque 15 % des 15 ans ou plus en France métropolitaine déclarent faire au moins un trajet de 10 minutes ou plus à vélo par semaine. Comme pour la marche, elle est plus fréquente en France métropolitaine que dans les DROM, sauf en Guyane où cela concerne 17 % de la population âgée de 15 ans ou plus. En effet, en Guadeloupe, 7 % de la population fait au moins 10 minutes de vélo par semaine, 4 % en Martinique, 9 % à La Réunion et 5 % à Mayotte. L'écart de pratique entre la France métropolitaine et les DROM peut tenir au fait que les habitants des DROM ont plus fréquemment des limitations motrices que les personnes résidant en France métropolitaine. Les conditions climatiques dans les DROM (chaleur, pluie) peuvent jouer aussi car elles incitent, quand c'est possible, à l'usage de la voiture.

La pratique quotidienne d'au moins 30 minutes de marche ou de vélo, correspondant aux recommandations pour être en bonne forme physique¹⁵, concerne 31 % des personnes de France métropolitaine. Elle est plutôt homogène de 15 à 54 ans (27 % à 30 %), et augmente ensuite chez les jeunes seniors pour atteindre 37 % chez les 55-64 ans et 41 % chez les 65-74 ans avant de redescendre à 27 % parmi les 75 ans ou plus. Quel que soit le territoire, la pratique quotidienne du vélo ou de la marche au moins 30 minutes par jour est plus souvent effectuée par les hommes. L'écart entre les femmes et les hommes est le plus important à Mayotte où 38 % des hommes marchent ou font du vélo pendant au moins 30 minutes par jour (contre 16 % des femmes), tandis qu'en France métropolitaine, 36 % des hommes et 27 % des femmes respectent la recommandation (graphique 17).

Graphique 15 • Part de la population faisant au moins 30 minutes de marche ou vélo par jour (en %)



Note > L'intervalle de confiance au seuil de 5 % est représenté sur le graphique.

Lecture > : En Guadeloupe, 13 % des femmes âgées de 15 ans ou plus déclare faire au moins 30 minutes de marche ou de vélo par jour. C'est significativement moins que les hommes qui sont 23 % à le déclarer.

Champ > France.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019, traitements DREES.

La pratique d'au moins 30 minutes de marche ou de vélo par jour semble peu liée au niveau d'éducation, de revenus ou de niveau de vie en France métropolitaine et traduit une sédentarisation de l'ensemble de la population, avec une population plus aisée légèrement moins sédentaire. Ainsi, en France métropolitaine, la pratique varie de 30 % à 35 % du premier au dernier

¹⁵ Pour les adultes, l'OMS recommande la pratique de 30 minutes d'activité physique développant l'aptitude cardio-respiratoire d'intensité modérée à élevée, au moins 5 jours par semaine, en évitant de rester 2 jours consécutifs sans pratiquer.

quartile de niveau de vie, et de 29 % à 33 % des moins aux plus diplômés. Dans les DROM, les situations sont variées, avec des populations plus sédentaires (surtout en Guadeloupe et en Martinique avec moins de 18 % de la population pratiquant la marche ou le vélo au moins 30 minutes par jour, contre 22 % en Guyane, 23 % à La Réunion et 27 % à Mayotte), et des catégories plus aisées nettement moins sédentaires que les plus modestes en Guyane ou à Mayotte (avec des écarts de 19 % à 26 % entre le premier et le dernier dixième en Guyane et de 23 % à 34 % à Mayotte).

45 % des personnes résidant en France métropolitaine en surcharge pondérale contre 54 % à Mayotte

La prévalence du surpoids et de l'obésité, associés à un risque accru de morbidité et de mortalité, a augmenté depuis le début des années 1980, bien que la situation française soit plus favorable que celle observée dans la plupart des autres pays occidentaux. En 2019, 45 % des adultes de 15 ans ou plus enquêtés dans l'enquête santé européenne¹⁶ sont en surpoids (31 %) ou obèses (14 %) en France métropolitaine¹⁷ (tableau 1). Si la prévalence de l'obésité est comparable entre les hommes et les femmes, (respectivement 14 % et 15 %), celle du surpoids est significativement plus importante chez les hommes (37 % contre 25 %). Dans les DROM – sauf à La Réunion qui présente une part proche de celle observée en France métropolitaine avec 16 % –, la part des personnes obèses est plus élevée qu'en France métropolitaine et presque uniquement chez les femmes, particulièrement à Mayotte, où elle atteint 26 %, et où 60 % des femmes sont obèses ou en surpoids (contre 40 % des femmes de France métropolitaine).

La part de personnes obèses diminue avec le niveau de diplôme et le niveau de vie

Que ce soit en France métropolitaine ou dans les DROM (sauf en Guadeloupe où les écarts sont minimes), la part de personnes obèses (sur données non standardisées sur âge et sexe) est 2 à 3 fois plus élevée parmi les individus titulaires d'un certificat d'études ou non diplômés que parmi les titulaires d'un diplôme de niveau bac+3 ou plus. Le niveau de vie est également très lié à l'obésité en France métropolitaine et dans la majorité des DROM : 17 % des individus dont le niveau de vie est inférieur au premier quart de la distribution sont obèses contre 10 % pour ceux dont le niveau de vie appartient au quartile de niveau de vie supérieur, alors que, pour le surpoids, il n'y a quasiment pas de différence (30 % et 31 %). À Mayotte, en revanche, l'obésité est plus fréquente parmi les niveaux de vie les plus élevés, avec 20 % d'obèses parmi les individus dont le niveau de vie est inférieur au premier quartile de la distribution (contre 32 % chez les individus du quatrième quartile).

Tableau 1 • Part des personnes obèses en France métropolitaine et dans les DROM en 2019 (données non standardisées, en %)

	Femmes			Hommes		
	15-24 ans	25-44 ans	45 ans ou +	15-24 ans	25-44 ans	45 ans ou +
Guadeloupe	8	27	27	7	15	15
Martinique	10	26	27	7	19	13
Guyane	7	26	29	6	16	18
La Réunion	9	25	19	5	16	13
Mayotte	13	38	52	3	17	28
France métropolitaine	5	14	18	5	12	17

Source > DREES – Irdes – Insee, EHIS (European Health Interview Survey) 2019.

Les caractéristiques sociodémographiques expliquent une partie des différences territoriales observées pour l'obésité

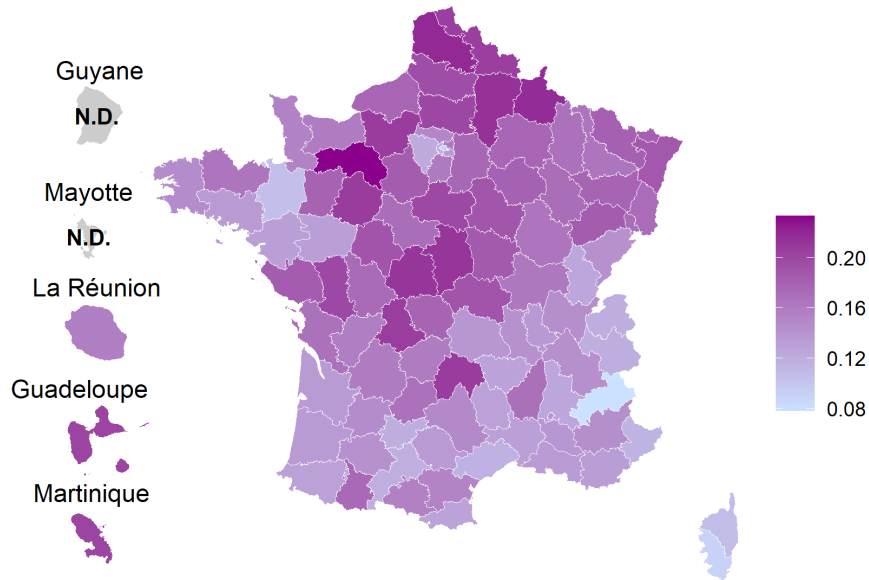
La proportion de personnes obèses en novembre 2020 varie d'un département à l'autre (carte 8 et carte 9), entre 8 % (Hautes-Alpes) et 23 % (Orne), pour une proportion moyenne nationale de 15 % (source : enquête EpiCov volet 2, novembre 2020).

¹⁶ Le surpoids et l'obésité se définissent par l'indice de masse corporelle (IMC) qui se calcule en rapportant le poids en kilos à la taille au carré en m² : le surpoids correspond à un IMC compris entre 25,0 et 29,9 kilos/m² et l'obésité par un IMC supérieur ou égal à 30 kilos/m².

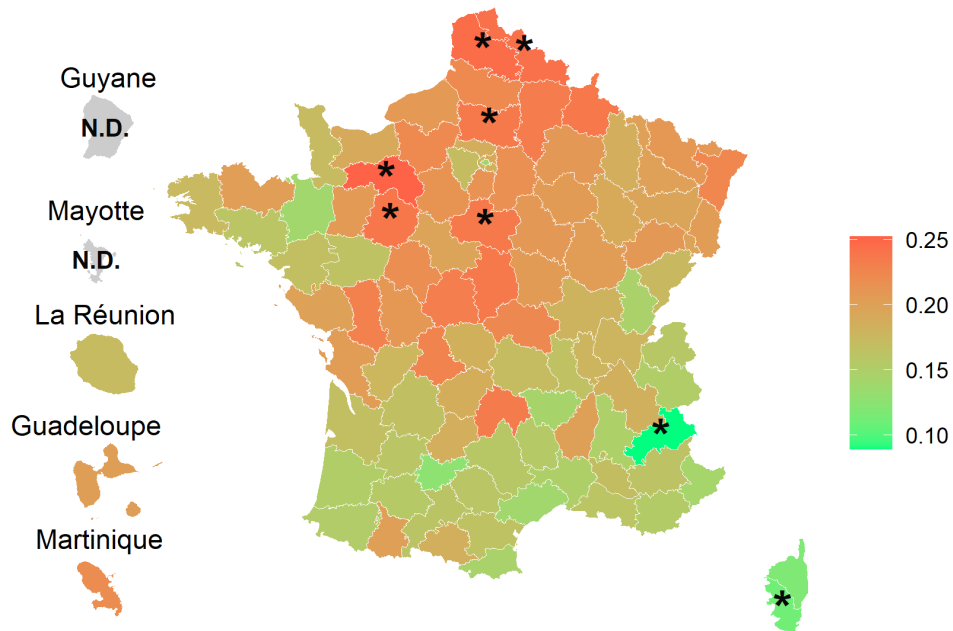
¹⁷ Indicateurs de corpulence mesurés sans standardisation, pour refléter la situation observée.

Ces proportions sont plus élevées dans la partie nord de la France, et plutôt plus basses dans le quart sud-est. Comme mesuré dans EHIS, la prévalence de l'obésité mesurée par EpiCov en novembre 2020 est plus importante dans les Antilles (20 %) et proche de la moyenne nationale à La Réunion (16 %). En contrôlant de l'âge, du sexe, du niveau de diplôme et du niveau de vie par un modèle de régression logistique, les écarts de ces départements par rapport à la situation nationale restent significatifs au seuil de 5 % pour les Hautes-Alpes et la Corse du Sud (où la prévalence est plus faible) ainsi que dans le Nord, le Pas-de-Calais, l'Oise, le Loiret, l'Orne et la Sarthe (où la prévalence est plus élevée).

Carte 8 • Proportion de personnes obèses par département en novembre 2020



Carte 9 • Prévalences départementales d'obésité estimées, à caractéristiques socio-économiques fixées



Lecture > Les taux présentés sur cette carte sont des estimations des prévalences d'obésité à caractéristiques socio-économiques fixées (femmes, âgées entre 45 et 54 ans, revenu compris entre le 2^e et le 3^e quintile de la distribution des revenus, niveau de diplôme entre bac et bac+2). Lorsque la différence de prévalence est significativement différente au seuil de 5 % du département de l'Ain (choisi comme référence car sa prévalence est proche de la moyenne nationale), une étoile le signale.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, Martinique, Guadeloupe et La Réunion, hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.

Source > Inserm-DREES, enquête EpiCov, vague 2 (interrogation de novembre 2020), traitements DREES.

4 - La pollution de l'air extérieur a des répercussions importantes sur la santé

La qualité de l'air représente un enjeu sanitaire majeur compte tenu de la responsabilité de la pollution de l'air dans la prévalence des maladies cardio-respiratoires ou cérébrales et des cancers. L'estimation du poids total de la pollution de l'air ambiant sur la santé de la population française pour la période 2016-2019 a permis à Santé publique France d'actualiser les évaluations faites en 2016 (Santé publique France, 2021). Chaque année en France métropolitaine, près de 40 000 décès seraient attribuables à une exposition des personnes âgées de 30 ans ou plus aux particules fines (PM_{2,5} = particules en suspension dont le diamètre est inférieur à 2,5 micromètres) et près de 7 000 décès attribuables à l'exposition au NO₂ (dioxyde d'azote provenant des processus de combustion). Ainsi, l'exposition à la pollution de l'air ambiant représente en moyenne pour les personnes âgées de 30 ans ou plus une perte d'espérance de vie de près de 8 mois pour les PM_{2,5}.

Une étude réalisée par Santé publique France (BEH, juin 2018) a estimé les retombées sanitaires de l'épisode de pollution atmosphérique de grande ampleur lié à des conditions météorologiques particulières, observé entre le 25 novembre et le 25 décembre 2016. Si l'impact attendu à court terme a été faible et à peu près équivalent en termes de mortalité non accidentelle et d'hospitalisations pour causes cardiaques, il a été plus important pour les hospitalisations pour causes respiratoires, et pour celles concernant l'asthme chez l'enfant, et particulièrement notable pour les passages aux urgences pour asthme chez l'enfant (Santé publique France, juin 2018).

Une étude de l'Insee parue en 2019 (Insee Analyses n°46) a montré que si les pathologies respiratoires prises dans leur ensemble ne semblent pas significativement affectées le jour d'une grève des transports en commun et les suivants (à l'exception des jeunes enfants, le jour de la grève), les admissions aux urgences pour affections aiguës des voies respiratoires supérieures (pharyngite, laryngite, etc.) sont significativement plus nombreuses le jour de la grève (+0,3 admission par million d'habitants, par rapport à un niveau moyen de 0,8 admission par million d'habitants un jour « standard ») et le lendemain (+0,2 admission par million d'habitants). Ces hausses sont attribuables aux conséquences de la pollution de l'air générée par l'augmentation du recours au transport automobile du fait des perturbations des transports en commun. Récemment, une autre étude (Santé publique France, rapport publié en avril 2021) a permis d'estimer les conséquences des baisses de la pollution de l'air ambiant observées durant le premier confinement au printemps 2020 sur la mortalité. Les résultats publiés soulignent que ces baisses ponctuelles des niveaux de pollution au printemps 2020 ont été associées à des bénéfices non négligeables pour la santé, avec environ 2 300 décès évités en lien avec une diminution de l'exposition de la population française aux particules ambiantes et 1 200 décès évités en lien avec une diminution de l'exposition au dioxyde d'azote (NO₂), liée principalement à la baisse du trafic routier.

Ces analyses confirment qu'une action sur la réduction des émissions de particules dans l'air peut se traduire par une diminution sensible de l'impact de la pollution atmosphérique sur la santé et la mortalité.

5 - Plus de contraintes physiques et d'accidents du travail chez les ouvriers

Les conditions de travail sont également liées à la santé, selon des causalités complexes qui jouent dans les deux sens (impact des expositions professionnelles sur la santé, mais aussi de l'état de santé sur les trajectoires professionnelles). Deux types de reconnaissance administrative des problèmes de santé liés au travail peuvent être distingués : les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Un risque accru d'accidents du travail en manutention manuelle

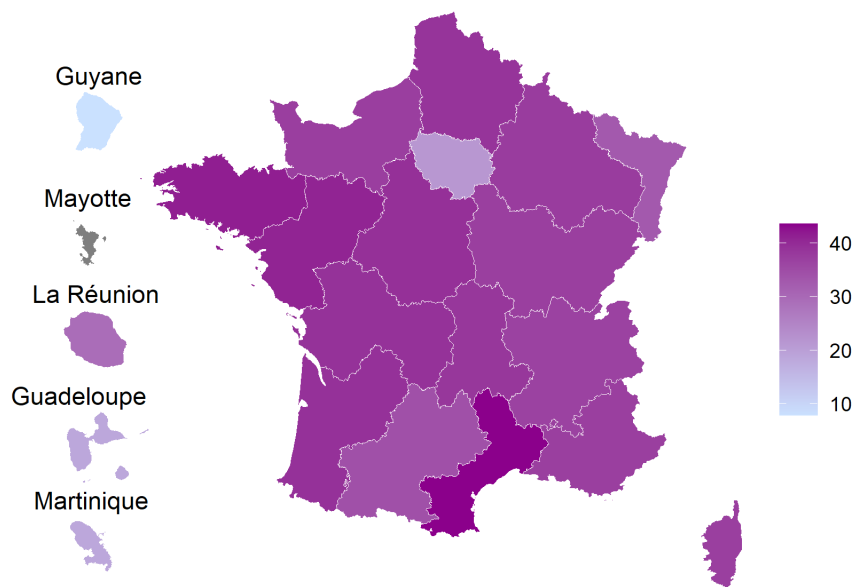
Le nombre d'accidents du travail reconnus en 2019 était de 656 000 (Assurance maladie, 2020), soit 33,5 accidents pour 1 000 salariés (un niveau relativement stable depuis 2013, après une baisse tendancielle depuis 1998 où ce niveau était proche de 45 accidents pour 1 000 salariés), auxquels il faut ajouter 99 000 accidents de trajet¹⁸. Cette fréquence est très variable au sein de la population active, puisque les ouvriers présentent une fréquence d'accidents du travail beaucoup plus élevée que les cadres (37,4 accidents du travail par million d'heures travaillées en 2016 contre 5,0 ; équipe Sumer, 2021 [Dares, Direction générale du travail, Santé publique France]). Les hommes sont plus touchés que les femmes (23,6 contre 17,5), mais cet écart s'explique par la différence des métiers occupés : au sein d'une même catégorie socioprofessionnelle, les femmes et les

¹⁸ Ces accidents de trajet (accidents survenus lors des trajets domicile-travail) sont comptés à part dans les statistiques et les études sur le sujet, mais peuvent bien donner lieu à une reconnaissance comme accidents du travail. Les accidents de la route liés à un motif professionnel hors trajets domicile-travail sont comptabilisés avec les accidents du travail.

hommes ne présentent pas de différence significative sur ce point. À exposition similaire, la fréquence d'accidents du travail des jeunes est plus élevée que celle de leurs aînés.

Des disparités géographiques sont également notables (carte 10), l'Île-de-France présentant une sinistralité moins forte que partout ailleurs, ce qui s'explique principalement par la place importante que les secteurs tertiaires à la sinistralité faible occupent dans l'emploi francilien.

Carte 10 • Nombre d'accidents du travail pour 1 000 salariés en 2019 par caisse régionale d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat)



Lecture > Sur le périmètre de la caisse régionale Bretagne, 41,5 accidents du travail pour 1 000 salariés ont eu lieu en 2019.

Champ > Périmètre actuel des CTN ; non compris : autres catégories professionnelles particulières.

Source > Assurance maladie - Données nationales AT/MP issues des bases annuelles système national de tarification des risques professionnels (SNTRP) sur les neuf comités techniques nationaux (CTN), y compris sections au taux fonctions supports de nature administrative (FSNA) et sections au taux bureau.

En 2019, le nombre d'incapacités permanentes prononcées s'élève à 34 000. La gravité des accidents, estimée par la part des accidents donnant lieu à une incapacité permanente, est stable entre 2017 et 2019, après une baisse continue depuis 2013.

Les secteurs les plus touchés sont le BTP (33 accidents au cours de l'année pour 1 000 salariés, contre 20,7 sur l'ensemble des secteurs) et une partie des activités de services¹⁹ (intérim, santé, nettoyage...).

En 2016, les accidents graves et mortels sont plus fréquents chez les ouvriers, les hommes et les salariés de plus de 60 ans. La probabilité de subir un accident du travail grave ou mortel augmente globalement avec l'âge, à l'exception notable des salariés de moins de 20 ans : ceux-ci travaillent souvent dans des secteurs où le risque est fort, et sont donc plus touchés que les 20-29 ans. Le nombre moyen de jours d'arrêt accordés suite à un accident du travail augmente également avec l'âge jusqu'à 45 ans, pour se stabiliser au-delà.

Le nombre d'accidents de trajet s'est élevé à 99 000 en 2019 (Assurance maladie, 2020), atteignant son niveau le plus élevé depuis 2000 (les données antérieures à cette date ne sont pas disponibles). Ces accidents de trajet ont causé plus de 7,1 millions de journées d'arrêt en 2019 (+5,1 % par rapport à 2018 et +45 % par rapport à 2005) ; comme pour les accidents du travail, cela ne signifie pas cependant que la gravité des accidents ait augmenté en 2019 : la part des accidents de trajet ayant entraîné une incapacité est stable en 2019, après une diminution depuis plusieurs années. Après une baisse tendancielle entre 2002 et 2016, de 640 à 250 décès, le nombre de décès lié à des accidents de trajet est en légère hausse depuis 2016, atteignant 280 en 2018 et en 2019.

¹⁹ Activités relevant du Comité technique national (CTN) « Activités de services II (travail temporaire, action sociale, santé, nettoyage...) ».

Les troubles musculo-squelettiques, première cause de maladies professionnelles

Le nombre de nouvelles maladies professionnelles reconnues par l'Assurance maladie s'élève à près de 50 400 au cours de l'année 2019 (Assurance maladie, 2020). Dans les dernières années, le nombre de maladies professionnelles reconnues a peu varié : après un pic à 55 000 maladies reconnues en 2011, ce nombre a baissé jusqu'en 2017 (49 000) et remonte légèrement depuis. Les troubles musculo-squelettiques constituent de très loin la première cause de maladies professionnelles indemnisées (88 %), suivies par des maladies liées à l'amiante (6 %) dont le nombre baisse pour sa part tendanciellement depuis 2009 (-45 % depuis 2009).

Les maladies psychiques liées au travail ne représentent en 2019 qu'une part relativement faible des maladies professionnelles reconnues (1 050 cas, soit 2 % des maladies professionnelles reconnues en 2019), mais sont en augmentation assez soutenue (nombre de maladies reconnues multiplié par 12 depuis 2012). L'entrée du syndrome d'épuisement professionnel (ou *burn out*) dans la 11^e édition de la classification internationale des maladies (CIM 11), adoptée en mai 2019 et entrée en vigueur en 2022, pourrait venir renforcer ce mouvement.

Un quart des salariés exposé à un risque biologique

L'enquête Surveillance médicale des risques professionnels (Sumer, Dares) de 2016-2017 offre une mesure de l'exposition des salariés aux principaux risques professionnels (équipe Sumer, 2021). Ces principaux risques peuvent être regroupés entre contraintes physiques (l'exposition à un niveau sonore supérieur à 80 dB au moins 10 heures par semaine touche 8,8 % des salariés²⁰, l'exposition à un bruit comportant des chocs, des impulsions 2 heures ou plus par semaine 6,2 %), l'exposition à des produits dangereux (32,3 % des salariés exposés à au moins un agent chimique, 11,0 % à au moins un agent chimique cancérigène et 24,9 % à au moins un agent biologique), et les contraintes articulaires (4,0 % des salariés exposés à une répétition de gestes à une cadence élevée et 7,7 % à la manutention manuelle de charges au moins 10 heures par semaine).

De plus, toujours d'après l'enquête Sumer, près d'1,8 million de salariés (soit environ 7 % d'entre eux) sont potentiellement concernés par un ou plus des six critères entrant en considération pour le compte professionnel de pénibilité (C2P) [travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, travail répétitif, activités exercées en milieu hyperbare, températures extrêmes et bruit]. Le C2P permet aux bénéficiaires d'accumuler des points pour pouvoir se former à un métier moins exposé, bénéficier d'un temps partiel sans perte de salaire ou de partir à la retraite de manière anticipée. En 2019, 650 000 salariés ont effectivement été déclarés à ce titre par leur employeur auprès de l'Assurance maladie.

Les différents risques professionnels sont inégalement répartis dans la population. Les ouvriers, les travailleurs des secteurs de l'industrie et de la construction, les hommes et les jeunes sont plus fréquemment exposés au bruit, aux agents chimiques et cancérigènes. Le risque biologique est plus présent dans l'agriculture et la fonction publique hospitalière. Les jeunes, les ouvriers non qualifiés et les travailleurs des secteurs de l'agriculture et de l'agroalimentaire sont les plus exposés aux contraintes articulaires. Enfin, la manutention manuelle de charges est plus fréquente dans la construction, le commerce, la réparation automobile et l'agriculture.

Les contraintes physiques, restées relativement stables entre 2005 et 2019, touchent particulièrement les ouvriers

Les enquêtes Conditions de travail menées par la Dares rapportent un taux moyen de salariés exposés à au moins trois contraintes physiques²¹ dans l'exécution de leur travail de 35 % en 2019, 40 % des hommes et 30 % des femmes (Beatriz, *et al.*, 2021). Parmi les ouvriers non qualifiés, il est à 69 % (+8 points depuis 2005), 61 % chez les ouvriers qualifiés (+4 points), 48 % des employés de commerce et services (+11 points), 34 % des employés administratifs (+6 points), 25 % des professions intermédiaires (+2 points) et 7 % des cadres (+0 point).

Des risques psychosociaux stables entre 2016 et 2019

Les facteurs psychosociaux de risque au travail ont également des conséquences importantes sur la santé mentale et physique des personnes. Ils sont relatifs à l'intensité du travail et au temps de travail, aux exigences émotionnelles, à une autonomie insuffisante, à la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, aux conflits de valeurs et à l'insécurité de la situation de travail.

²⁰ Champ : salariés du secteur privé et du secteur public en France (hors Mayotte).

²¹ Parmi cinq contraintes : rester longtemps debout, rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante, effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents, porter ou déplacer des charges lourdes, subir des secousses ou des vibrations.

Étant donné l'hétérogénéité des indicateurs utilisés pour mesurer ces aspects des conditions de travail, il n'est pas possible de donner ici des ordres de grandeur synthétiques (les situations sont différentes selon les professions et les caractéristiques des travailleurs et nécessitent donc d'entrer dans le détail de chaque type de risque psychosocial) ; des publications de la Dares permettent d'aborder plus en détail ces sujets (par exemple Beatriz, *et al.*, 2021 ; Martinet, *et al.*, 2020 ; Pisarik, 2021). Globalement, ces risques sont plutôt stables entre 2016 et 2019.

6 - Un recours au dépistage plus fréquent parmi les catégories sociales plus aisées

Les dépistages demeurent inégalement répandus

Les inégalités de recours à la prévention et aux soins contribuent à la plus grande fréquence des problèmes de santé, mais aussi à leur retentissement plus important en bas de l'échelle sociale. En ce qui concerne le cancer, la participation aux dépistages (mammographies, frottis, dépistage du cancer colorectal) suit un gradient social : elle est d'autant plus fréquente que les personnes ont une position sociale favorable. Les inégalités persistent malgré les campagnes de dépistage généralisé du cancer du sein, qui encouragent à une mammographie tous les deux ans de 50 à 74 ans. Ainsi en 2019, 31 % des femmes de 50 à 74 ans avaient eu une mammographie de dépistage de cancer du sein en France métropolitaine depuis plus de deux ans, voire jamais (EHIS, 2019), mais c'était le cas de 39 % des femmes les plus modestes (dont le niveau de vie est inférieur au premier quintile) contre seulement 24 % des femmes les plus aisées (dont le niveau de vie est supérieur au dernier quintile). En 2014, la même enquête auprès des femmes de 50 à 74 ans relevait des inégalités du même ordre, avec 37 % des femmes les plus modestes ayant eu une mammographie depuis plus de deux ans ou jamais contre 21 % parmi les femmes les plus aisées.

27 % des femmes de 20 à 69 ans n'ont pas eu de dépistage du cancer du col de l'utérus depuis au moins trois ans en France métropolitaine en 2019. Les femmes de 35 à 44 ans sont les mieux suivies, avec 13 % d'entre elles n'ayant pas été dépistées au cours des trois dernières années. Le suivi est d'autant moins fréquent que l'âge augmente. La part de femmes non dépistées (ou dépistées depuis plus de trois ans) décroît avec le niveau de vie, atteignant 25 % parmi les 25-34 ans les plus modestes contre 13 % parmi les plus aisées.

Le dépistage du cancer colorectal reste peu répandu en France métropolitaine : 63 % des personnes âgées de 50 à 74 ans n'en ont jamais réalisé (alors qu'elles représentent la population qui devrait être testée tous les deux ans), et il n'y a pas de forte différence de recours selon le niveau de vie (62 % des individus de 65 à 74 ans les plus modestes ont fait un dépistage depuis plus de deux ans ou jamais contre 58 % parmi les plus aisés). Le fait que les différences entre niveaux de vie soient plus marquées pour les dépistages les plus répandus renvoie aux questions de littératie en santé (comment par exemple les campagnes d'information sont perçues/comprises selon le niveau de vie).

Moins de prévention dans les DROM, surtout à Mayotte, avec dix fois moins souvent de mammographies qu'en France métropolitaine

Mayotte se distingue des autres DROM par une situation particulière avec beaucoup moins de gestes de prévention : 72 % des femmes de 50 à 69 ans n'ont jamais eu de mammographie à Mayotte, contre 7 % en France métropolitaine, 15 % à La Réunion et entre 9 % et 10 % dans les autres DROM (données standardisées sur la structure par âge de la France métropolitaine). Les femmes de cette classe d'âge n'ont jamais eu de dépistage du cancer du col de l'utérus dans 52 % des cas (12 % en France métropolitaine et de 13 % à 17 % dans les autres DROM), et 85 % des hommes de 50 à 74 ans n'ont jamais eu de dépistage du cancer colorectal à Mayotte, contre 47 % en France métropolitaine.

La mesure de la pression artérielle est bien répandue pour l'ensemble des territoires : en données standardisées sur âge et sexe, plus de 79 % des 65 ans ou plus l'ont réalisée il y a moins d'un an en France métropolitaine, 77 % en Guadeloupe, 72 % en Guyane, 77 % en Martinique, 80 % à La Réunion et 68 % à Mayotte. Pour le taux de cholestérol et la mesure de la glycémie, Mayotte se distingue encore par des proportions beaucoup plus faibles : au moins deux tiers des personnes de 55-64 ans en France hors Mayotte ont vérifié leurs taux de cholestérol et de glycémie dans l'année, contre respectivement 45 % et 55 % à Mayotte. Ces mesures présentent peu de disparités selon les classes de revenus ou de diplôme.

7 - Des couvertures vaccinales souvent incomplètes et inégales

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale permettent de contrôler voire d'éliminer les maladies infectieuses pour lesquelles des vaccins sont disponibles. L'objectif est d'atteindre ou de maintenir une couverture vaccinale assez élevée pour permettre l'éradication de ces maladies aux âges appropriés. Chez les enfants de moins de 2 ans, onze vaccins sont désormais obligatoires pour tous les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018, alors que huit d'entre eux étaient seulement recommandés auparavant²² (BSP, Mai 2021). La couverture de 95 % pour la primovaccination dans la première année de vie contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* b, la coqueluche et le pneumocoque est déjà atteinte. Chez les enfants de 24 mois en 2018, nés en 2016, la couverture à 95 % de ces vaccinations n'est pas atteinte avec le nombre de doses nécessaires contre l'hépatite B (90 %), le ROR (rougeole-oreillons-rubéole) (83 % pour les 2 doses) et la vaccination contre le méningocoque C (79 %) et le pneumocoque conjugué 3 doses (92 %).

En ce qui concerne la grippe saisonnière, 39 % de la population des moins de 65 ans à risque étaient vaccinés à l'hiver 2020-2021, et 60 % des 65 ans ou plus (Santé publique France).

Selon l'enquête santé européenne 2019, les individus aux niveaux de vie les plus élevés (supérieurs au dernier quintile de la distribution des niveaux de vie) sont 1,5 fois plus souvent vaccinés que ceux aux niveaux de vie les plus faibles (inférieurs au premier quintile).

Par ailleurs, l'enquête nationale périnatale de 2016 a permis de mesurer une couverture vaccinale contre la grippe saisonnière de 7 % parmi les femmes enceintes pendant l'hiver 2015-2016, alors que la vaccination est recommandée pour elles quel que soit le trimestre de la grossesse depuis 2012.

Chez les adolescentes, la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV), protégeant contre le risque du cancer de col de l'utérus, reste faible, avec 29 % des jeunes filles de 15 ans nées en 2003 ayant reçu une première dose (BEH 22-23, 2019), alors que le plan cancer 2014-2019 prévoyait un objectif de 60 %. Plusieurs études ont étudié le lien entre déterminants sociaux et vaccination anti-HPV en France, les jeunes filles non vaccinées appartenant plutôt aux catégories sociales les plus modestes.

La vaccination contre le Covid-19 s'est déployée en France à partir de janvier 2021, moins d'un an après le début de l'épidémie. Un an plus tard, en janvier 2022, 9 adultes sur 10 sont vaccinés. D'après l'enquête EpiCov, en juillet 2021, soit 6 mois après le début de la campagne de vaccination, alors que près de trois quarts des adultes avaient déjà reçu une première dose de vaccin, les personnes issues des milieux les plus modestes ainsi que les personnes immigrées et leurs descendants avaient moins souvent eu recours aux vaccins contre le Covid-19. Ainsi, en France métropolitaine, 55 % des personnes dont le niveau de vie est inférieur au premier décile avaient reçu une première dose de vaccin en juillet 2021 contre 88 % de celles dont le niveau de vie est supérieur au dernier décile. Dans les trois DROM enquêtés (Guadeloupe, Martinique et La Réunion), où la couverture vaccinale est bien moins importante qu'en France métropolitaine, on constate également que les personnes qui déclarent une situation financière difficile ont eu moins souvent recours aux vaccins contre la Covid-19 que les personnes les plus aisées (Bajos, *et al.*, 2022).

8 - Des disparités sociales et territoriales d'accès aux soins qui peuvent se cumuler

Les inégalités d'accès aux médecins généralistes ont tendance à s'accroître

Dans un contexte de baisse structurelle de la démographie médicale dans les années à venir (Anguis, 2021), l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), mobilisant les données du SNDS ainsi que les données de population de l'Insee, est un indicateur plus pertinent que la seule densité médicale pour juger de l'accessibilité aux soins (voir APL dans le Lexique). Ainsi mesurée, l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans est de 3,5 consultations et visites par habitant et par an (C/hab/an) en 2019, en baisse de 6 % par rapport à 2016 (Legendre, 2021). En tenant compte du vieillissement global de la population, la baisse de l'APL aux médecins généralistes est un peu plus marquée (-7 %).

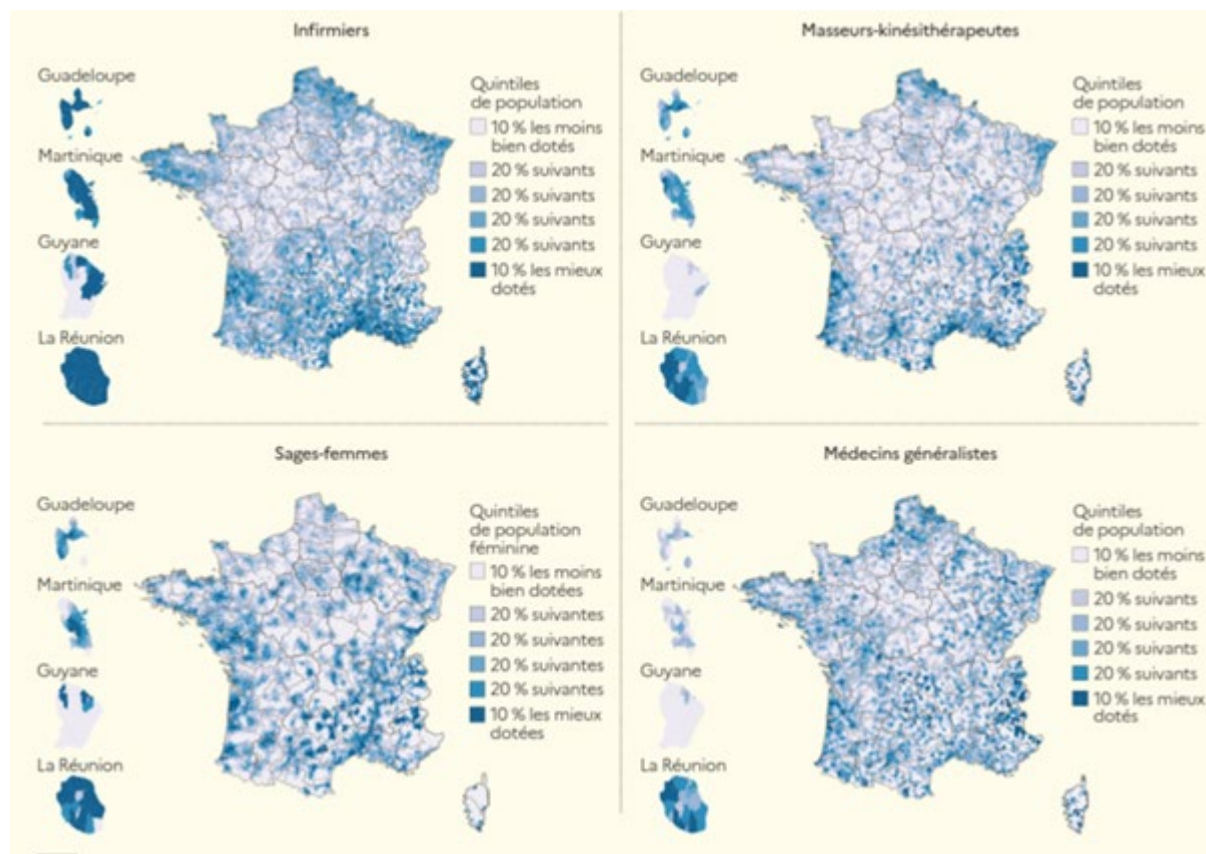
Entre 2016 et 2019, l'accessibilité aux médecins généralistes se détériore davantage dans les communes les moins bien dotées (de 1,8 à 1,6 soit -10 %) que dans les communes les mieux dotées (5,9 à 5,7 soit -4 %), où elle est environ trois fois plus importante.

²² La loi rend obligatoires, depuis le 1^{er} janvier 2018, onze vaccins pour les enfants de moins de 2 ans. Il s'agit des vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque et l'*Haemophilus influenzae* b.

À l'inverse, entre 2016 et 2019, l'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore (respectivement +9 %, +9 % et +16 %). Toutefois, la répartition des médecins généralistes sur le territoire est plus homogène que celle des trois autres professions (carte 11). Les inégalités régionales d'accessibilité sont particulièrement importantes en ce qui concerne les infirmiers. Elles existent également pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes, mais elles se conjuguent à une concentration forte autour des pôles urbains. Les sages-femmes sont, quant à elles, réparties de manière très hétérogène sur le territoire.

En 2019, environ 3 % de la population, soit 1,7 million de personnes, font partie des moins bien lotis en termes d'accessibilité à la fois aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes. Trois quarts de ces personnes vivent dans des territoires ruraux²³ (alors que ces territoires ruraux ne regroupent que 28 % de la population française) : 17 % dans des territoires isolés, 17 % dans des territoires ruraux au sein des petites ou moyennes aires urbaines et 41 % dans des territoires ruraux au sein des grandes aires urbaines. Un peu plus d'une sur cinq vit dans une grande aire urbaine hors territoires ruraux (dans deux cas sur trois dans l'une des banlieues du pôle urbain de Paris). Les grandes aires urbaines hors Paris sont particulièrement épargnées par les difficultés d'accessibilité : alors que ces grandes aires regroupent 54 % de la population française, seulement 5 % de la population défavorisée en termes d'accessibilité aux trois professions de santé vit dans ces territoires.

Carte 11 • Accessibilité aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et médecins généralistes en 2019



Note > Les bornes utilisées correspondent à des déciles de population, regroupés deux par deux entre les extrêmes (premier et neuvième déciles). Ainsi, la teinte la plus claire permet de visualiser les territoires où vivent les 10 % des habitants les moins bien dotés ; la deuxième teinte la plus claire, où vivent les 20 % des habitants les moins bien dotés suivants, etc. La teinte la plus foncée permet de visualiser les territoires où vivent les 10 % des habitants les mieux dotés. Pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et médecins généralistes, il s'agit de la population totale, pour les sages-femmes, seule la population féminine a été prise en compte.

Champ > Pour les infirmiers et les médecins généralistes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins et salariés en centres de santé ; pour les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins ; France hors Mayotte.

Source > CNAM, SNIIRAM, 2019 ; Insee, populations municipales 2017 ; distancier METRIC 2020 ; calculs DREES.

²³ La définition des territoires ruraux ici est différente de la définition statistique de référence de l'Insee ; elle est plus restrictive, dans la mesure où ces territoires ne couvrent que 28 % de la population, contre 33 % selon la typologie de l'Insee.

7 % des femmes en âge de procréer résident à plus de 30 minutes d'une maternité

L'accessibilité aux maternités, concernant potentiellement toutes les femmes en âge de procréer, est un bon indicateur des risques induits par une distance trop grande au lieu d'accouchement, notamment celui d'accoucher hors d'une maternité et ses conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant. En 2017, la moitié des femmes de 15 à 44 ans résidaient à moins de 9 minutes de la maternité la plus proche (Bergonzoni, 2021), mais pour l'autre moitié les distances peuvent parfois être importantes. Entre 2000 et 2017, la part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 30 minutes augmente de 30 % en utilisant le distancier OSRM, passant de 5,7 % à 7,6 % des femmes, et celle des femmes à plus de 45 minutes d'une maternité augmente de 40 %, passant de 0,8 % à 1,1 %. Les ordres de grandeur de la part des femmes éloignées d'une maternité diffèrent selon le distancier utilisé, mais les évolutions entre 2000 et 2017 sont concordantes.

Dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées.

Le renoncement aux soins est difficile à appréhender. Distinguer la part des renoncements pour raisons financière l'est encore plus, le motif principal déclaré n'étant pas suffisant puisque le renoncement est une appréciation subjective, tout comme le choix du motif déclaré comme étant principal (Lapinte et Legendre, 2021). En 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee (Legal, 2015), contre 3,6 % en 2019. Le renoncement est lié aux ressources du ménage, mais la faible densité médicale peut être un facteur aggravant pour les personnes les plus modestes. Les prises en charge diffèrent également selon le niveau de revenus, avec des populations précaires ou isolées qui renoncent plus facilement à des soins de médecins généralistes et qui consultent plus souvent à l'hôpital.

Toutes choses égales par ailleurs, vivre sous le seuil de pauvreté monétaire multiplie par 1,6 le risque de renoncer à des soins, tandis qu'être pauvre en conditions de vie²⁴ le multiplie par 3,2. De plus, dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées. Parmi les personnes qui ont renoncé à des soins, 6,9 % vivent dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes (moins de 2 consultations accessibles par an et par habitant en moyenne), contre 4,4 % de celles ayant consulté autant que nécessaire (Legendre, 2021).

Si 2,4 % des individus²⁵ ont déclaré en 2019 avoir renoncé à des soins ou à des examens à cause de leur coût, c'est 5,6 % parmi les patients appartenant au cinquième de conditions de vie le plus bas. Par ailleurs, la peur du médecin, de l'hôpital, de l'examen ou du traitement retient de consulter 1,1 % des patients dont le niveau de vie est inférieur au premier quintile de niveau de vie. Cette proportion est quatre fois moindre parmi les 40 % de patients aux niveaux de vie les plus aisés.

Parmi les patients victimes d'accident vasculaire cérébrale (AVC), un moindre accès aux unités neurovasculaires (UNV) pour les plus défavorisés

Les AVC représentent une cause importante de handicap, de démence et de décès. En 2019, en France, 123 000 personnes ont été hospitalisées au cours de l'année pour AVC et 973 000 ont eu recours au système de santé pour traiter un AVC ou ses conséquences (certains ayant fait un AVC une année précédente). La prise en charge de l'AVC repose sur la rapidité du diagnostic et de l'initiation des thérapeutiques adaptées. Dans la plus grande majorité des cas, les AVC devraient être pris en charge en unité spécialisée de neurovasculaire (UNV). Or cet accès reste encore incomplet, et spatialement et socialement déterminé. Entre 2014 et 2017, environ la moitié des AVC ischémiques ont été pris en charge en UNV. La probabilité d'être pris en charge en UNV augmente avec le nombre de lits d'UNV par département, ce qui atteste de l'existence d'un effet d'offre de soins, et diminue avec l'origine sociale. Appartenir au quart des ménages les plus modestes diminue de 10 % les chances d'être pris en charge dans ce type d'unité, par rapport au quart des ménages les plus aisés (Allain, *et al.*, 2022). De plus, les différences de prise en charge par niveau de vie semblent s'accroître lorsque l'offre diminue : là encore, inégalités spatiales et sociales semblent se renforcer, au détriment des personnes les plus modestes.

²⁴ En France, un ménage est dit « pauvre en termes de conditions de vie » lorsqu'il cumule au moins huit privations ou difficultés matérielles parmi 27 liées à l'insuffisance des ressources, aux retards de paiement, aux restrictions de consommation et aux difficultés liées au logement.

²⁵ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010593301#Graphique>

III. DE LA NAISSANCE AU GRAND ÂGE, LES PROBLÈMES DE SANTÉ ÉVOLUENT, LES INÉGALITÉS DEMEURENT

Le type et l'importance des problèmes de santé rencontrés par une personne sont très liés à son âge. On distingue de façon très classique les enfants et adolescents des personnes âgées et des autres adultes. Ces trois groupes présentent, sur le plan de la santé, une relative homogénéité, ainsi que des spécificités par rapport aux autres groupes. Les premières parties de ce document décrivent l'état de santé des Français en se limitant le plus souvent aux adultes ou aux plus de 15 ans. Cette partie s'intéresse plus particulièrement à la santé des femmes en âge de procréer, des enfants et des adolescents, et aborde aussi les spécificités des problèmes de santé aux grands âges.

1 - Femmes en âge de procréer : des disparités marquées entre France métropolitaine et DROM

92 % des femmes utilisent un moyen de contraception

D'après les derniers chiffres disponibles (Baromètre santé 2016 de Santé publique France), 8 % des femmes de 15 à 49 ans, ni enceintes ni stériles, ayant eu des rapports hétérosexuels au cours des douze derniers mois et ne voulant pas d'enfant, n'utilisent aucun moyen de contraception en 2016. Le recul de l'utilisation de la pilule, amorcé à la suite du débat suscité fin 2012 par la « crise de la pilule » se poursuit, avec 36,5 % des femmes utilisant la pilule en 2016 contre 45,0 % en 2010. La pilule demeure néanmoins le moyen contraceptif le plus utilisé en 2016, suivi par le stérilet (25,6 %) et le préservatif (18,8 %). L'usage de l'implant se développe, atteignant 4,3 % des femmes et 9,6 % des 20-24 ans, mais l'utilisation des patchs ou anneaux se répand peu (1,1 %). L'usage du préservatif comme principal et unique moyen de contraception augmente dans toutes les tranches d'âge et particulièrement chez les jeunes (18,6 % des femmes de 20-24 ans en 2016 contre 9,0 % en 2010, et 16,3 % en 2016 contre 7,7 % en 2010 parmi les 25-29 ans). Le dispositif intra-utérin (DIU souvent appelé stérilet) apparaît désormais comme une méthode non négligeable parmi les 20-24 ans (4,7 %), et son utilisation augmente avec l'âge pour devenir le premier contraceptif utilisé à partir de 30 ans, alors que la pilule était encore le dispositif le plus utilisé à tous les âges en 2013.

Le recours aux interruptions volontaires de grossesse est plus fréquent dans les DROM, et parmi les femmes de milieu modeste

En cas de grossesse non désirée, les femmes peuvent recourir à une interruption volontaire de grossesse (IVG), autorisée depuis 1975. Depuis cette date, le nombre d'IVG évolue lentement, et connaît une légère tendance à la hausse depuis 1995 (+15 % en l'espace de 26 ans, soit +0,5 % en moyenne annuelle), avec un taux de recours de 16,1 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2019, avant l'impact de la crise sanitaire. En 2020, en France, 222 000 IVG ont été pratiquées (207 500 en France métropolitaine et 14 500 dans les DROM), soit 14,9 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. La période de confinement du printemps 2020 a entraîné une baisse nette du nombre des IVG réalisées en milieu hospitalier en mai et juin, après des années de tendance à l'augmentation du nombre des IVG et des taux de recours. Cette baisse, comme celle des naissances observées à la fin de l'année 2020 et au début de l'année 2021, est liée à une baisse des procréations pendant le confinement et non à une baisse du recours à l'IVG (Vilain, 2021).

Une IVG sur trois est prise en charge en cabinet de ville, en centres de santé ou en centres de planification ou d'éducation familiale, et 89 % des IVG réalisées en établissements de santé se font dans le secteur public. La part d'IVG médicamenteuses est passée de 16 % en 1995 à 72 % en 2020. Les femmes de 20 à 29 ans recourent le plus à l'IVG (avec des taux de recours de 26 IVG pour 1 000 femmes de 20-24 ans et 27 pour les 25-29 ans). Les recours continuent de diminuer chez les moins de 20 ans, atteignant 15 IVG pour 1 000 femmes chez les 18-19 ans et 5 pour 1 000 mineures de 15 ans ou plus. Les recours sont nettement plus importants dans les DROM, avec en 2020 19 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans à Mayotte, 22 à La Réunion, 29 à la Martinique et plus de 40 en Guyane et en Guadeloupe. Une première analyse sociodémographique à partir des données de l'EDP-Santé a montré que les taux de recours étaient plus importants parmi les femmes aux niveaux de vie les plus faibles.

Les femmes résidant dans les DROM présentent un risque de mortalité maternelle multiplié par 4 par rapport à celles de France métropolitaine

Pour la période 2013-2015 en France, 262 décès d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement ou à leurs suites ont été identifiés. Ce chiffre correspond à un ratio de mortalité maternelle jusqu'à un an après l'accouchement de 10,8 décès pour 100 000 naissances vivantes, dont 8,1 décès après la naissance, chiffres stables par rapport à la période précédente 2010-2012, et dans la moyenne des pays européens. Cependant, 58 % de ces décès sont considérés comme « évitables » ou « peut-être évitables » et dans 66 % des cas, les soins dispensés n'ont pas été optimaux, ce qui témoigne d'une marge d'amélioration. Les disparités sociales et territoriales demeurent : les femmes résidant dans les DROM présentent un risque de mortalité maternelle multiplié par 4 par rapport à celles de France métropolitaine, et la mortalité des femmes migrantes est plus élevée que celle des femmes nées en France, particulièrement pour les femmes nées en Afrique subsaharienne dont le risque est 2,5 fois celui des femmes nées en France.

Les causes de décès maternels ont sensiblement évolué (rapport Inserm, 2021). La mortalité par hémorragie obstétricale a été divisée par deux en 15 ans, en particulier par baisse des hémorragies, du fait de la mobilisation de la communauté obstétricale au sens large (cliniciens, sociétés savantes, réseaux de périnatalité, pouvoirs publics, chercheurs), ayant permis l'amélioration des pratiques et leur mise en conformité avec les recommandations. Ainsi, les hémorragies obstétricales ne sont plus la première cause de mortalité maternelle, supplantées par les maladies cardiovasculaires et les suicides, rappelant que la santé des femmes enceintes ou récemment accouchées ne se limite pas à la sphère obstétricale. Ces deux premières causes sont responsables d'environ un décès par mois chacune, soit un peu plus du quart des morts maternelles pour ces deux motifs.

2 - Périnatalité : une situation contrastée entre France métropolitaine et DROM, où la mortalité périnatale est 2 fois plus élevée

La mortalité périnatale ne diminue plus et concerne 1 naissance sur 100

Le taux de mortalité périnatale représente le nombre d'enfants nés sans vie ou décédés dans les 7 premiers jours de vie pour 1 000 naissances totales. En 2019, il est de 10,2 pour 1 000 (tableau 2), d'après les données hospitalières, en légère baisse après quatre années très stables, proches de 10,5 ‰. La mortinatalité (comprenant tous les enfants nés sans vie par mort fœtale spontanée ou interruption médicale de grossesse) à partir de 22 semaines d'aménorrhée représente 83 % de la mortalité périnatale, et concerne 8,5 enfants pour 1 000. Les morts fœtales spontanées représentent en 2019 62 % des enfants mort-nés (soit 3 900 sur 6 400 mort-nés au total en 2019). Le taux de décès néonataux précoces²⁶ est de 1,7 ‰ en 2019 ; près de la moitié des enfants décèdent moins de 24 heures après leur naissance. L'âge gestationnel, le nombre de fœtus et l'âge de la mère influent beaucoup sur la mortalité périnatale, avec un taux 3,6 fois plus élevé parmi les grossesses multiples que parmi les grossesses uniques et 50 fois plus élevé parmi les naissances prématurées que parmi les naissances à terme. Chez les femmes de 40 ans ou plus, le taux est 2 fois plus élevé que parmi celles de 20 à 35 ans.

La mortalité infantile (concernant les décès d'enfants nés vivants jusqu'à leur premier anniversaire) fluctue autour de 3,7 pour 1 000 depuis le début des années 2010. Elle est concentrée autour des premiers jours de vie, et par conséquent suit de près les évolutions de la mortalité néonatale précoce. L'une comme l'autre présentent une légère augmentation entre 2014 et 2019 (+0,3 et +0,2 pour 1000, respectivement). Il est toutefois préférable de considérer la mortalité périnatale, qui combine la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce, pour prendre en compte l'ensemble des décès qui se produisent au moment de la naissance (avant, pendant ou juste après) et de limiter les effets liés à des modifications de déclaration du statut vital de l'enfant, ou à des évolutions de pratiques. Dans cette perspective, du fait des évolutions de la mortinatalité, la mortalité au moment de la naissance ne suit pas de tendance particulière, à la hausse ou à la baisse, au cours des années 2010. Elle stagne donc depuis plusieurs années alors qu'elle avait tendance à baisser auparavant.

La mortalité périnatale est nettement plus élevée dans les DROM

Dans les DROM, les taux de mortalité périnatale, beaucoup plus élevés (en moyenne 16,8 enfants pour 1 000 naissances totales sur 2017-2019), atteignent jusqu'à 20,3 ‰ en Guadeloupe et 21,9 ‰ en Guyane (carte 12). En France métropolitaine, ce taux varie peu et fluctue entre 8,8 ‰ (dans les Pays de la Loire) et 11,2 ‰ (en région Centre-Val-de-Loire) [Vilain, Fresson, Rey, 2021]. La Réunion présente le taux le plus faible des DROM (12,6 ‰) du fait d'une mortinatalité beaucoup plus faible, mais la mortalité néonatale précoce est proche de celle des autres DROM, deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine.

²⁶ La mortalité néonatale concerne l'ensemble des enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 8^e jour de vie.

Tableau 2 • La mortalité périnatale et ses composantes

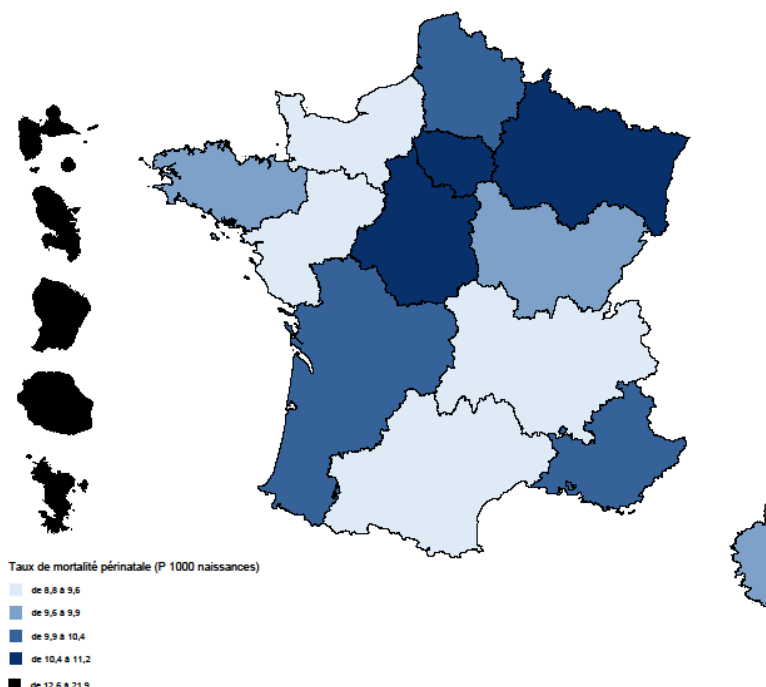
	Taux de mortalité pour 1 000 naissances totales	Taux de mortalité néonatale précoce pour 1 000 naissances vivantes	Taux de mortalité périnatale pour 1 000 naissances totales
2014	8,8	1,5	10,3
2015	8,9	1,6	10,5
2016	8,9	1,6	10,4
2017	8,8	1,8	10,6
2018	8,8	1,6	10,4
2019	8,5*	1,7	10,2

*La baisse en 2019 provient en partie d'une baisse pour les DROM, du fait d'une sous-estimation manifeste cette année-là dans les données remontées.

Champ > Naissances domiciliées en France.

Source > PMSI-MCO (ATIH, calculs DREES).

Carte 12 • Mortalité périnatale hospitalière (moyenne 2017-2019), par région



Champ > France entière.

Source > PMSI-MCO, calculs DREES, *Études et résultats* n°1199, juillet 2021.

7 % des naissances vivantes sont prématurées

La prématurité, qui caractérise les enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée²⁷, et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles, etc.) constituent une part importante des décès néonataux et des situations périnatales responsables de handicaps à long terme. C'est particulièrement le cas pour la grande prématurité, qui concerne les enfants nés à moins de 32 semaines d'aménorrhée. En 2019, 7,0 % des naissances vivantes survenues en France sont prématurées et la prématurité concerne la moitié des naissances multiples²⁸. Celles-ci ont tendance à augmenter lorsque la femme est plus âgée, mais la précarité et les conditions de vie jouent aussi, ainsi que la fatigue maternelle, voire la pollution. Les progrès en néonatalogie

²⁷ Une grossesse arrivant à terme conduit à une naissance à 41 semaines d'aménorrhée.

²⁸ La DREES publie tous les ans des indicateurs de santé périnatale au niveau régional, à partir des données du [PMSI](#).

induisent une hausse du nombre de femmes qui accouchent avec des comorbidités et d'enfants de très faibles âges gestationnels qui naissent vivants mais fragiles. Dans les faits, le taux de naissances vivantes prématurées n'a pratiquement pas évolué depuis 2012 où il se situait à 7,3 %.

Le faible poids de naissance, souvent en relation avec une naissance prématurée et/ou un retard de croissance intra-utérin, est aussi un facteur de risque de problèmes de santé durant l'enfance et à l'âge adulte. Parmi les enfants nés vivants, 7,4 % ont un petit poids (moins de 2,5 kilos) ; cette proportion s'élève à 56,5 % en cas de naissance multiple contre 5,8 % parmi les naissances uniques.

3 - Les inégalités apparaissent avant la naissance et se creusent pendant l'enfance

Les inégalités sociales de santé apparaissent avant même la naissance, avec des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître. Dès la petite enfance, des inégalités de santé se développent, que les habitudes de vie, les facteurs culturels et économiques ou l'exposition environnementale contribuent à creuser au cours de l'enfance et de l'adolescence (Gaini, *et al.*, 2020).

De nombreux facteurs de risque pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance sont surreprésentés dans les milieux les plus défavorisés

Il s'agit notamment des conditions et modes de vie (vivre seul, ne pas avoir d'emploi, etc.), de la consommation de tabac et d'alcool, des expositions environnementales et des conditions de travail défavorables. Cela explique en partie les différences d'états de santé de la mère et de l'enfant à l'issue de la grossesse. Les enquêtes nationales périnatales permettent de mesurer une partie de ces inégalités sociales de santé pendant la grossesse et à la naissance. Ainsi, en 2016, 94 % des femmes cadres déclarent ne pas avoir du tout fumé au troisième trimestre de grossesse, contre 77 % des femmes employées et 66 % des femmes ouvrières. Des travaux récents (Fleming, *et al.*, 2018) tendent à montrer que la corpulence, le stress ou la dépression peuvent affecter l'environnement utérin et le développement du fœtus, avec des conséquences sur la santé du bébé et de l'enfant. Or, seules 5 % des femmes cadres étaient obèses avant leur grossesse, contre 14 % des employées et 17 % des ouvrières. Le contexte psychologique de la grossesse est également plus défavorable chez les femmes n'ayant jamais occupé un emploi, les ouvrières et les employées : elles sont 12 % à déclarer s'être senties « mal » ou « assez mal » durant leur grossesse contre 7 % pour les cadres et 8 % pour les professions intermédiaires.

À ces facteurs s'ajoutent les différences de recours aux soins, notamment préventifs et de dépistage. Ainsi, en 2016, 75 % des femmes cadres déclarent avoir pris de l'acide folique – recommandé par l'OMS aux femmes ayant un projet de grossesse et jusqu'à douze semaines de gestation, pour prévenir les malformations du tube neural (malformations congénitales du cerveau, de la colonne vertébrale et/ou de la moelle épinière de l'enfant) – contre 40 % pour les ouvrières. 96 % des femmes cadres déclarent avoir eu une mesure de l'épaisseur de la nuque – réalisée lors de l'échographie à la fin du premier trimestre de grossesse afin de dépister une éventuelle trisomie 21 – contre 85 % des employées, 82 % des ouvrières et 68 % des femmes n'ayant jamais occupé un emploi. Toujours sur le dépistage de la trisomie, 94 % des femmes cadres déclarent avoir fait le test des marqueurs sériques, contre 85 % des femmes ouvrières et 68 % des femmes n'ayant jamais occupé un emploi.

Ces différences peuvent s'expliquer par un suivi plus tardif ou moins important pour les femmes de classes sociales défavorisées que pour les femmes des catégories sociales supérieures, constaté dans les enquêtes nationales périnatales en 2016, comme en 2010 et en 2003. Mais le fait que les examens concernant les dépistages demeurent mal compris par de nombreuses femmes, essentiellement parmi les plus défavorisées, peut également y contribuer. Par exemple, en 2016, 1 % des femmes cadres déclarent ne pas savoir si leur enfant a eu une mesure échographique de l'épaisseur de la nuque, contre 11 % des femmes ouvrières et 16 % des femmes n'ayant jamais occupé un emploi. Il est possible qu'une partie des femmes répondant par la négative, plus nombreuses parmi les ouvrières et les employées, n'aient en fait pas su qu'une telle mesure avait été réalisée. En revanche, il n'y a pas de différence sociale marquée sur le dépistage du diabète gestationnel, sauf pour les femmes n'ayant jamais occupé un emploi, ni sur sa prévalence.

Une des conséquences de ce suivi plus tardif ou moins important, combiné avec des facteurs de risque plus élevés, est un taux d'hospitalisation prénatale plus élevé pour les femmes de milieu modeste : 18 % des ouvrières ont connu une hospitalisation prénatale contre 13 % des cadres.

S'il n'existe pas aujourd'hui de données permettant d'analyser le lien entre la mortalité fœtale et néonatale et l'origine sociale au niveau individuel, il est en revanche possible de le faire au niveau de la commune de résidence des mères. Par exemple,

le niveau socio-économique des communes, mesuré par un indice de désavantage social²⁹, influe sur le taux de mortalité foetale et néonatale, ainsi que sur la prématurité (Zeitlin, *et al.*, 2015). De plus, la prématurité et les petits poids à la naissance (chez les naissances vivantes uniques) sont plus fréquents lorsque la mère est de milieu modeste, moins diplômée ou de faible niveau de revenu (Panico, *et al.*, 2015). Or prématurité et petits poids semblent associés au risque ultérieur de mauvaise santé pendant l'enfance et même lors de la vie adulte. Cette association vient sans doute en partie de facteurs communs jouant à la fois sur l'état de santé juste après la naissance et au cours de la vie, mais il se peut aussi qu'il existe une relation de cause à effet. Par exemple, des travaux réalisés depuis le début des années 1990 (Delpierre, 2017) ont mis en évidence un lien entre un petit poids à la naissance et un risque plus élevé de pathologies cardiovasculaires et métaboliques à l'âge adulte. Ces travaux ont été parmi les premiers à montrer un lien entre ce qui peut se passer très précocement dans la vie, y compris la période intra-utérine, et un état de santé survenant des décennies plus tard.

Dès la naissance, plus de surpoids parmi les enfants d'ouvriers que parmi ceux des cadres

La persistance du surpoids est socialement différenciée (Moisy, 2017). En effet, 31 % des enfants d'ouvriers nés avec un poids de 4 kilogrammes ou plus sont en surcharge pondérale en grande section de maternelle, contre seulement 13 % des enfants de cadres dans le même cas. Par ailleurs, parmi les nouveau-nés de moins de 4 kilogrammes, deux fois plus d'enfants d'ouvriers que d'enfants de cadres se retrouvent en surpoids en grande section de maternelle.

Les enfants d'ouvriers aussi nombreux que les autres à avoir un trouble de la vue (en 2017) mais portent moins souvent des lunettes

35 % des adolescents sont porteurs de lunettes ou de lentilles en 2017 selon l'enquête en milieu scolaire auprès des élèves de troisième, les filles étant plus souvent équipées que les garçons (41 % contre 29 %). Ainsi, parmi les non-porteurs de lunettes, 6 % des adolescents présentent un trouble de la vision de loin³⁰, et cela concerne plus les filles que les garçons (7 % contre 5 %). Ces indicateurs, déclinés selon le groupe socioprofessionnel des parents, font, à nouveau, état de disparités : les enfants d'ouvriers sont moins souvent équipés de lunettes (31 %) que ceux des cadres (37 %), mais ils sont aussi plus nombreux à présenter un trouble non corrigé de la vision de loin (10 % contre 3 %). Ces inégalités ont pour origine une multiplicité de facteurs, parmi lesquels figure probablement le défaut de dépistage. Les écarts selon le sexe subsistent, quant à eux, quel que soit le groupe socioprofessionnel.

18 % des effectifs de classe de troisième sont en surpoids en 2017

Le surpoids et l'obésité, présents dès l'enfance ou l'adolescence, perdurent souvent à l'âge adulte et augmentent les risques de maladies cardio-vasculaires et endocriniennes. Ils peuvent également être source de mal-être et d'isolement chez l'enfant et l'adolescent. En 2017, 18 % des adolescents en classe de troisième sont en surcharge pondérale, et 5 % sont obèses³¹ (Guignon, août 2019). Entre 2009 et 2017, les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité sont en hausse, en particulier pour les filles (de 17 % en 2009 à 20 % en 2017). En revanche, la santé bucco-dentaire est en nette amélioration : 68 % des adolescents ont des dents indemnes de caries en 2017, contre 56 % en 2009.

Les habitudes de vie provoquent de fortes disparités

La santé des enfants et adolescents est affectée par un gradient social. Ainsi, parmi les élèves en classe de troisième en 2017, 24 % des enfants d'ouvriers sont en surcharge pondérale et 8 % sont obèses, contre respectivement 12 % et 3 % des enfants de cadres en 2017 (tableau 3). La proportion de ceux qui ont des dents non cariées s'élève à 59 % pour les ouvriers, contre 77 % pour les cadres. Ces disparités peuvent en partie s'expliquer par des habitudes de vie différenciées selon le milieu social. Les habitudes de vie bénéfiques à la santé sont plus souvent déclarées par les adolescents issus des milieux socialement favorisés : prise régulière d'un petit déjeuner, alimentation équilibrée et diversifiée, pratique d'un sport, limitation du temps passé devant les écrans, recours au dentiste.

²⁹ Cet indice est construit à partir de plusieurs composantes telles que le revenu, le chômage, le niveau d'études, la part d'ouvriers, la part de propriétaires ou encore de familles monoparentales.

³⁰ Seuls les résultats des tests de dépistage des troubles de la vision de loin sont abordés dans l'enquête santé scolaire de 2017.

³¹ L'obésité se définit par un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 kilos/m², on parle de surcharge pondérale pour un indice compris entre 25 et 30 kilos/m².

Tableau 3 • Indicateurs de santé déclinés selon l'origine sociale des élèves des classes de troisième en 2017

En %	Part des adolescents de troisième avec...								
	Surcharge pondérale	Obésité	Petit déjeuner tous les jours	Cantine tous les jours	Dents indemnes	Appareil dentaire	Port de lunettes	Troubles de la vision de loin non corrigés	>2 heures par jour devant les écrans en semaine
Cadres	12	2,7	70	73	77	48	37	3	61
Professions intermédiaires	15	3,4	67	71	72	42	36	5	70
Agriculteurs et commerçants	19	5,7	61	61	67	39	33	6	73
Employés	22	6,2	60	54	64	34	35	7	78
Ouvriers	24	7,5	59	43	59	28	31	10	81
Élèves scolarisés en éducation prioritaire	25	7,7	52	33	59	25	31	10	81
Élèves non scolarisés en éducation prioritaire	17	4,5	65	67	69	40	36	5	71
Filles	20	5,4	57	61	67	40	41	7	74
Garçons	17	4,7	69	63	68	36	29	5	71
Ensemble	18	5,2	63	62	68	36	35	6	73

Champ > France.

Source > Enquête nationale sur la santé des élèves de troisième, année scolaire 2016-2017. *Études et Résultats* n° 1122, DREES, août 2019.

L'adolescence est marquée, pour certains jeunes, par des comportements à risque qui peuvent notamment concerner la consommation de produits psychoactifs (tabac, alcool, cannabis, etc.), les comportements alimentaires (accès boulimiques, anorexie) ou encore des conduites routières dangereuses. Tous ces comportements n'exposent pas nécessairement les jeunes à un risque de décès immédiat mais peuvent avoir des répercussions sur leur santé, allant de la marginalisation sociale aux risques accrus de maladies et de troubles psychiatriques à l'âge adulte.

L'enquête Escapad, conduite lors de la journée défense et citoyenneté auprès de jeunes âgés d'environ 17 ans, montre une régression des consommations et expérimentations de tabac, d'alcool et de cannabis dans cette population entre 2014 et 2017. Ainsi, 25,1 % des personnes âgées de 17 ans déclarent être fumeuses de tabac quotidien, contre 32,4 % en 2014, la baisse étant plus marquée chez les jeunes filles. Dans cette même enquête, les indicateurs de la consommation de cannabis sont également en net recul par rapport à 2014 et 2002, mais 7,4 % des jeunes âgés de 17 ans présenteraient un risque élevé d'usage problématique de cannabis (OFDT, 2018).

4 - Les maladies chroniques chez les personnes âgées prennent de plus en plus d'ampleur

Les polyopathologies sont de plus en plus fréquentes

Le fait le plus marquant de l'évolution de l'état de santé de la population au cours de la période récente tient au vieillissement de la population qui, en France comme dans les autres pays développés, s'accompagne d'une forte augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et de polyopathologies, dont la prise en charge représente sans doute l'enjeu majeur des systèmes de santé en cette première partie du 21^e siècle. L'augmentation rapide de la part de la population âgée va exercer une pression croissante sur l'offre de soins (nécessité de la réorganiser en particulier pour accroître la coordination entre les différents intervenants dans une logique de parcours proche du lieu de vie, nécessité d'investir dans la prévention

primaire³²). En 1960, 4,3 % de la population de la France métropolitaine était âgée de 75 ans ou plus, c'était le cas de 7,2 % en 2000 et de 9,6 % en 2020.

L'étude des pathologies chroniques peut se fonder soit sur les enquêtes déclaratives, soit sur les données de recours aux soins qui permettent d'obtenir des informations plus précises sur la nature des pathologies et des traitements. Le périmètre des pathologies étudiées diffère mais les résultats sont convergents.

En 2019, 91 % des 75 ans ou plus ont au moins une pathologie ou un traitement chronique³³ (données CNAMTS régime général et sections locales mutualistes), une proportion stable sur 5 ans. En revanche, cette part progresse au sein de l'ensemble de la population, passant de 36 % en 2014 à 42 % en 2019.

En 2019, 37 % des personnes de 75 ans ou plus sont atteintes de pathologies cardiovasculaires : 14 % souffrent de maladie coronaire, 9 % d'insuffisance cardiaque, 7 % ont eu un AVC, 16 % ont des troubles du rythme. Les hommes sont particulièrement touchés (46 % chez les 75 ans ou plus pour l'ensemble des pathologies cardio-neurovasculaires contre 31 % chez les femmes du même âge). Globalement, la fréquence des maladies cardio-neurovasculaires double par rapport à celles des tranches d'âge précédentes (37 % versus 18 % pour les 65-74 ans et 9 % pour les 55-64 ans), et le risque de décompensation s'accroît également fortement (210 600 personnes ont eu dans l'année un accident aigu – infarctus, AVC, embolie pulmonaire ou décompensation pour insuffisance cardiaque –, soit 4,1 % des 75 ans ou plus versus 1,3 % dans la tranche 65-74 ans).

La prescription de psychotropes demeure largement plus forte aux âges élevés : 27 % de la population âgée de 75 ans ou plus ont eu un traitement (31 % des femmes et 20 % des hommes), contre 17 % pour les seuls 65-74 ans (9 % pour l'ensemble de la population). À noter qu'il est possible qu'une surprescription de psychotropes puisse conduire à surestimer, si l'on s'en tient aux données de l'Assurance maladie, la prévalence des problèmes de santé mentale. La fréquence des maladies respiratoires augmente également (12 % des personnes en sont atteintes après 75 ans).

Enfin, la maladie d'Alzheimer et les autres démences (MAAD) constituent aujourd'hui un enjeu de santé publique dans tous les pays développés. 760 000 personnes ont été identifiées en 2019 comme atteintes de MAAD dans les bases de données de l'Assurance maladie (dont 675 000 de 75 ans ou plus, soit 10,7 % des personnes de cette tranche d'âge), ce qui reste inférieur à la prévalence réelle de ces maladies, en particulier pour les personnes les plus âgées. En 2014, une étude effectuée en comparant les données médico-administratives et celles de trois cohortes européennes représentatives de la population générale et ayant procédé à une évaluation systématique de la démence chez les sujets de l'étude selon une procédure basée sur des critères validés a conclu à une sous-estimation importante de la prévalence de la MAAD après 70 ans dans le SNIIRAM, avec une prévalence estimée à 770 000 contre 525 000 pour celle mesurée en 2014 (Carcaillon-Bentata, *et al.*, 2016). Ces pathologies entraînent en outre une qualité de vie souvent dégradée pour les proches des malades.

À partir de 75 ans, 17 % des femmes et 26 % des hommes cumulent au moins trois pathologies

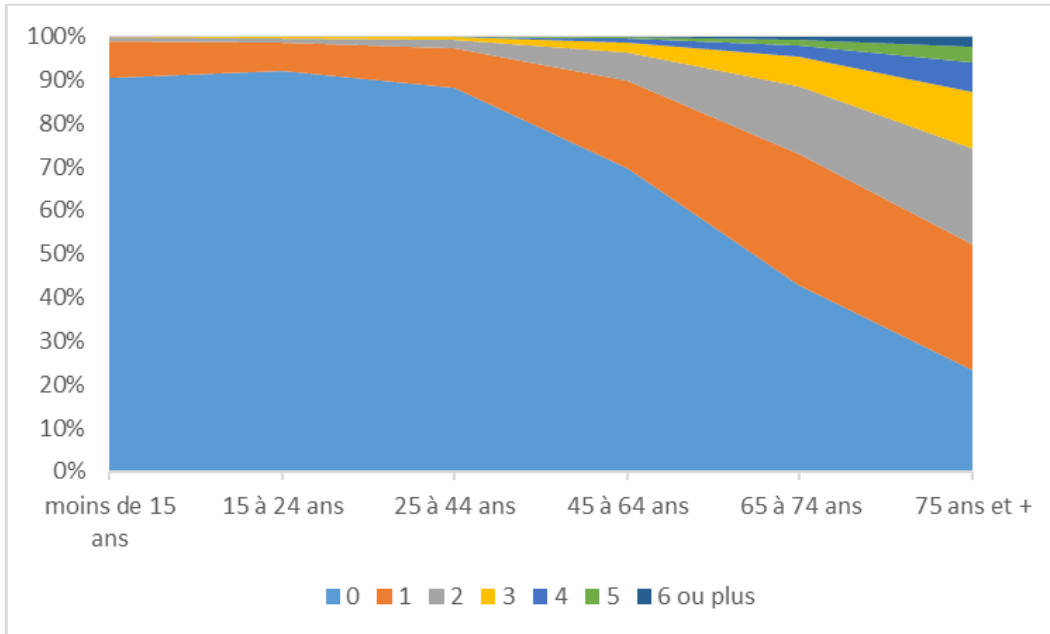
Au-delà de la forte augmentation de la prévalence des pathologies chroniques avec l'âge, et en lien avec la progression des taux de survie associés à ces pathologies, le fait le plus marquant de l'état de santé des personnes âgées dans les pays développés a trait à la forte augmentation des personnes souffrant de polypathologies, c'est-à-dire de plusieurs pathologies chroniques. 24 millions de personnes ont au moins une pathologie ou un traitement, dont 17 millions hors traitements. En moyenne, 26 % des hommes et 27 % des femmes ont au moins une pathologie (17 millions), mais parmi eux, 37 % (41 % des hommes et 33 % des femmes) en ont au moins deux (soit 6,5 millions). La fréquence des pathologies multiples augmente avec l'âge mais démarre relativement tôt (3 % de la population cumule 3 pathologies à 45-64 ans, 8 % à 65-74 ans et 21 % au-delà de 75 ans), plus encore chez les hommes que chez les femmes (graphique 18 et graphique 19) : 10 % des hommes entre 45 et 64 ans et 47 % de 75 ans ou plus cumulent au moins deux pathologies, contre respectivement 8 % et 36 % des femmes. Au moins trois pathologies sont retrouvées chez 11 % des hommes de 65 à 74 ans (6 % pour les femmes) et chez 26 % des hommes de 75 ans ou plus (17 % pour les femmes).

³² La prévention primaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque. Elle est distinguée de la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de l'évolution d'une maladie ou d'un problème de santé (dépistages, etc.) et de la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

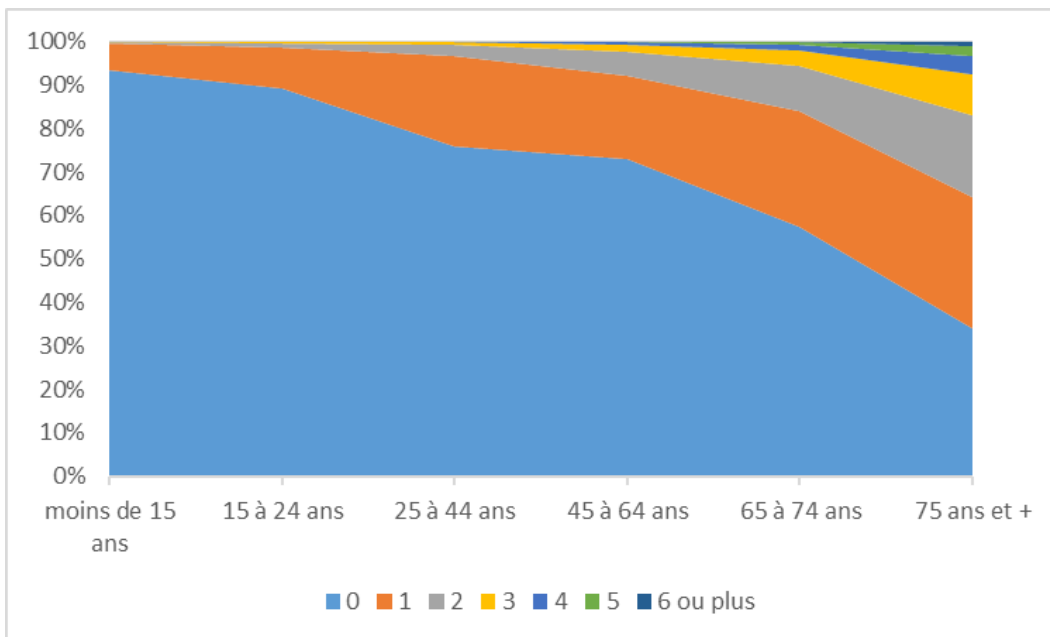
³³ Les algorithmes de la CNAM répertorient 58 groupes de pathologies en utilisant les codes de la classification internationale des maladies, les médicaments quasi spécifiques, les codes des diagnostics des hospitalisations et parfois les actes de la classification communes des actes médicaux.

Graphique 16 • Nombre de pathologies³⁴ (non compris les maternités et les délivrances de médicaments quand la maladie spécifique n'est pas clairement identifiée) selon le sexe et l'âge en 2019

Chez les hommes



Chez les femmes

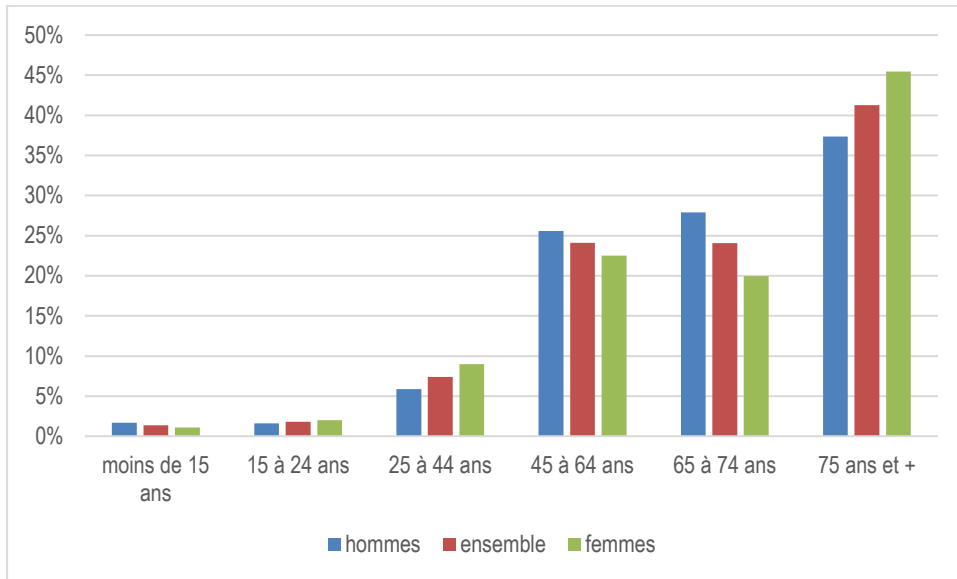


Champ > France entière, tous régimes.

Source > CNAM, cartographie des pathologies, tous régimes, calculs DREES.

³⁴ 58 groupes de maladies (graves, coûteuses ou de longue durée) repérées par des algorithmes mis en place par la [CNAM](#), regroupées en 15 grandes catégories.

Graphique 17 - Répartition par âge et sexe des consommateurs ayant plusieurs pathologies en 2019



Lecture > 37 % des hommes souffrant de plus d'une pathologie (parmi ceux qui en ont au moins une), sont âgés de plus de 75 ans.

Champ > France entière, tous régimes.

Source > CNAM, cartographie des pathologies, tous régimes, calculs DREES.

IV. BIBLIOGRAPHIE

- Allain S., (2022, octobre). [Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie. DREES, Études et Résultats, 1243.](#)
- Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H. (2021, mars). [Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques. DREES, Les Dossiers de la DREES, 76.](#)
- Assurance maladie 2020, décembre). *Rapport annuel 2019 de l'Assurance maladie – risques professionnels.*
- Bajos, N., et al. (2022, février). Recours à la vaccination contre le covid-19 : de fortes disparités sociales. *DREES, Études et Résultats, 1222.*
- Beatriz, M., Erb, L.-A., Beque, M., Mauroux, A., Casteran-Sacreste, B., Pisarik, J. (2021, juillet). Quelles étaient les conditions de travail en 2019, avant la crise sanitaire ? *Dares, Dares Analyses, 44.*
- Blanpain, N. (2016, février). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. *Insee, Insee Première, 1584.*
- Blanpain, N. (2018, février). L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. *Insee, Insee Première, 1687.*
- Blanpain, N. (2022, mai). Impact de l'épidémie de Covid-19 : 95 000 décès de plus qu'attendus de mars 2020 à décembre 2021. *Insee, Insee Première, 1902.*
- Bergonzoni, A. (2021, juillet). La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmentée entre 2000 et 2017. *DREES, Études et Résultats, 1201.*
- Bonaldi, C., Boussac, M., Nguyen-Thanh, V. (2019, mai). Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme en France de 2000 à 2015. *Santé publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 15.*
- Bryere, J., Dejardin, O., Launay, L., et al. (2017, février). Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. *Santé publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 4.*
- Carcaillon-Bentata, L., Quintin, C., Moutengou, E., et al. (2016). Peut-on estimer la prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres démences à partir des bases de données médico-administratives ? Comparaison aux données de cohortes populationnelles. *Santé publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire,*
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/28-29/2016_28-29_1.html
- Célant, N., Guillaume, S., Rochereau, T. (2017, septembre). [L'Enquête santé européenne – Enquête santé et protection sociale \(EHIS-ESPS\) 2014. Irdes, Les rapports de l'Irdes, 566.](#)
- Corso, M., de Crouy-Chanel, P., Medina, S., et al. (2018, juin). Impact sanitaire de l'épisode de pollution aux PM10 de novembre-décembre 2016. *Santé publique France, Études et Enquêtes.*
- Costemalle, V., Gaini, M., Hazo, J.-B., Naouri, D. (2021). *En quatre vagues, l'épidémie de Covid-19 a causé 116 000 décès et lourdement affecté le système de soins.* *Insee, France, portrait social, coll. « Insee Références ».*
- David, M. (2022, septembre). Revue de littérature – Effets de la pandémie de Covid-19 sur les conduites suicidaires (2020 – 2021). Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes 5^{ème} rapport / Septembre 2022*
- Delpierre, C. (2017, octobre). Épigénétique et conséquences en Santé publique. Dans Lang, T., Ulrich, V. (coord.), *Les inégalités sociales de santé, Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016.*
- Deroyon, T. (2012, octobre). En 2020, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,1 ans pour les femmes et de 10,6 ans pour les hommes. *DREES, Études et Résultats, 1213.*
- Équipe Sumer (Dares, Direction générale du travail, Santé publique France) (2021, août). Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail. *Dares, Synthèses Stat', 37.*
- Équipe Sumer (2021, août). Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail. *Dares, Synthèse Stat', 37.*
- Fleming, T.P., Watkins, A.J., Velasquez, M.A., et al. (2018). Origins of lifetime health around the time of conception : causes and consequences. *The lancet, 391(10132).*

- Floury, E., Merceron, S. (2021, juin).** *La dépression : un Réunionnais sur dix concerné - Enquête santé à La Réunion en 2019.* Insee, *Insee Analyses Réunion*, 59.
- Forgeot, C., Caserio-Schönemann, C. (2022, septembre).** Recours aux soins d'urgence pour trouble de la santé mentale au cours de la crise liée au Covid-19 (2020-2021) en France. Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport.
- Fouillet, A., Pontais, I., Caserio-Schönemann, C., et al. (2022, septembre).** Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de Covid-19 en France (janvier 2020-mars 2021). Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport.
- Fourcade, N., von Lenep, F., Grémy, I., Bourdillon, F. (dir.), Luciano, L., Rey, S., Bauchet, E., et al. (coord.). (2021, janvier).** *L'état de santé de la population en France - Rapport 2017.* DREES.
- Gaini, M., Guignon, N., Moisy, M., Vilain, A., et al. (2020).** *Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance.* Insee, France, portrait social, coll. « Insee Références ».
- Garoché, B. (2016, juillet).** Les accidents du travail et les accidents de trajet en 2011 et 2012. *Dares, Dares Analyses*, 39.
- Godzinski, A., Suarez-Castillo, M. (2019, mai).** *La pollution de l'air due au trafic automobile augmente les admissions aux urgences pour maladies respiratoires,* Insee, *Insee Analyses*, 46.
- Guignon N. (2019, août).** En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé mais plus souvent en surcharge pondérale. DREES, *Études et Résultats*, 1122.
- Hazo, J.-B., Costemalle, V., Rouquette, A., Bajos, N. (2021, octobre).** Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020. Résultats issus de la 2^e vague de l'enquête EpiCov. DREES, *Études et Résultats*, 1210.
- Hazo, J.-B., Boulch, A. (2022, juin).** Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. DREES, *Études et Résultats*, 1233.
- Hazo, J.-B., Boulch, A. (2022, septembre).** Évolution des syndromes dépressifs en population générale entre 2014 et 2021 et lien avec les pensées suicidaires. Dans l'Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport.
- Jollant, F., Roussot, A., Corruble, E., et al. (2022, juin).** Prolonged impact of the COVID-19 pandemic on self-harm hospitalizations in France: A nationwide retrospective observational study. *Eur Psychiatry.*, 13;65(1):e35. doi : 10.1192/j.eurpsy.2022.26. PMID : 35694827; PMCID : PMC9251820.
- Inserm, Santé publique France (2021, janvier).** [Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles \(ENCMM\) 2013-2015. Santé publique France, Études et Enquêtes.](#)
- Lapinte, A., Legendre, B. (2021, juillet).** *Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres.* DREES, *Études et Résultats*, 1200.
- Leduc, A., Deroyon, T., Rochereau, T., Renaud, A., (2021, avril).** Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 - Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.
- Legal, R., Vicard, A. (2015, juillet).** Renoncement aux soins pour raisons financières. DREES, *Dossiers Solidarité et Santé*, 66.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss66.pdf>
- Legendre, B. (2021, septembre).** *Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux.* DREES, *Études et Résultats*, 1206.
- Le Minez, S., Roux, V. (2021, mars).** *Une hausse des décès inédite depuis 70 ans.* Insee, *Insee Première*, 1847.
- Léon, C., Chan-Chee, C., du Roscoât, E., groupe Baromètre de Santé publique France 2017 (2019, février).** *Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France.* Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 3-4.
- Léon, C. et du Roscoât, E. (2022, septembre).** Prévalence et évolution des pensées suicidaires en France métropolitaine en 2020 – Résultats du Baromètre santé. Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport.
- Martinet, B., Rosankis, E., Léonard, M., Sandret, N. (2020, septembre).** Les expositions aux risques professionnels : les risques psychosociaux. *Dares, Synthèse Stat'*, 36.

- Medina, S., Adélaïde, L., Wagner, V., de Crouy Chanel, P., Real, E., Colette, A., Couvidat, F., et al. (2021, avril).** Impact de la pollution de l'air ambiant sur la mortalité en France métropolitaine, réduction en lien avec le confinement du printemps 2020 et nouvelles données sur le poids total pour la période 2016-2019. Santé publique France, *Études et Enquêtes*.
- Mignon, D., Jusot, F. (2020).** *Inégalités des chances dans le recours aux soins des jeunes adultes en France*. Insee, *Économie et Statistique*, 514-515-519.
- Moisy, M. (2017, décembre).** Poids à la naissance et origine sociale : qui sont les enfants les plus exposés au surpoids et à l'obésité ? DREES, *Études et Résultats*, 1045.
- Naouri, D. (2021, septembre).** En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.
- Pascal, M, de Crouy Chanel, P, Corso, M, et al. (2016).** *Impacts de l'exposition chronique aux particules fines sur la mortalité en France continentale et analyse des gains en santé de plusieurs scénarios de réduction de la pollution atmosphérique*, 2016. Santé publique France.
- Panico, L., Tô M., Thévenon, O. (2015, juin).** La fréquence des naissances de petits poids : quelle influence a le niveau d'instruction des mères ? Ined, *Population et Sociétés*, 523.
- Papon, S. (2019, juin).** *Les gains d'espérance de vie se concentrent désormais aux âges élevés*. Insee, *Insee Focus*, 157.
- Papon, S., Beaumel, C. (2021, mars).** Bilan démographique 2020 révisé : avec la pandémie de Covid-19, nette baisse de l'espérance de vie et chute du nombre de mariages. Insee, *Insee Première*, 1846.
- Papon, S. (2022, janvier).** Bilan démographique 2021 - La fécondité se maintient malgré la pandémie de Covid-19. Insee, *Insee Première*, 1889.
- Papon, S. (2022, juillet).** *Avec l'épidémie de Covid-19, l'espérance de vie chute en 2020, particulièrement dans l'Est et le Sud de l'Union européenne*. Insee, *Insee Focus*, 271.
- Pasquereau, A., Andler, R., Guignard, R., et al. (2021, mai).** Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 8.
- Pirard, P., Chin, F., Khiredine, I., Regnault, N. (2022, septembre).** Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France, de 2017 à 2021 et durant la pandémie de Covid-19. Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes, 5^e rapport*.
- Pisarik, J. (2021, novembre).** L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs. DREES, *Études et Résultats*, 1215.
- Rouquette, A., Davisse-Paturet, C., Hazo, J.-B. (2022, septembre).** Prévalence des pensées suicidaires et facteurs associés en France au cours de la pandémie de Covid-19 – Résultats de l'enquête en population générale EpiCov. Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes, 5^e rapport*.
- Santé publique France (2019, été).** Canicule et santé. *Bulletin de santé publique*.
- Santé publique France (2021, mai).** [Vaccination. Bulletin de santé publique.](#)
- Santé publique France (2022, juin).** Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 ? Résultats de la vague 34 de l'enquête CoviPrev (9-16 mai 2022). Santé publique France, *Le point sur*.
- Santé publique France (2019, septembre).** Prévention du cancer du col de l'utérus. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 22-23.
- Santé publique France (2022, août).** Santé mentale. *Point épidémiologique national mensuel*, 13.
- Sara, G., Wu, J., Uesi, J., Jong, N., Perkes, I., Knight, K., O'Leary, F., Trudgett, C., & Bowden, M. (2022).** *Growth in emergency department self-harm or suicidal ideation presentations in young people : Comparing trends before and since the COVID-19 first wave in New South Wales, Australia*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 00048674221082518.
- Sterchele, C. (2022, septembre).** Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 (EDP-Santé). Dans Observatoire national du suicide (ONS), *SUICIDE Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes, 5^e rapport*.
- Ung, A., Corso, M., Pascal, M., et al. (2016, avril).** [Évaluation de la surmortalité pendant les canicules des étés 2006 et 2015 en France métropolitaine. Santé publique France, Études et Enquêtes.](#)

Vergier, N., Chaput, H. (2017, mai). *Déserts médicaux : comment les définir ? comment les mesurer ?* DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 17.

Verrier, F., Gautier, A., Quelet, S., Bonmarin, I., et le groupe Baromètre de Santé publique France (2019, septembre). Infections à papillomavirus humain : influence des perceptions de la maladie et du vaccin sur le statut vaccinal. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 22-23.

Vilain, A. (2021, septembre). Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. DREES, *Études et Résultats*, 1207.

Wagner, S., Kersuzan, C., Gojard, S., et al. (2015, septembre). Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 29.

Warszawski, J., et al. (2020, octobre). En mai 2020, 4,5 % de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2 ; Premiers résultats de l'enquête nationale EpiCov. DREES, *Études et Résultats*, 1167.

Warszawski, J. et al. (2021, juillet). 4 % de la population a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2 entre mai et novembre 2020. DREES, *Études et Résultats*, 1202.

Weill, A., Drouin, J., Desplas, D., et al. (2021, mai). *Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – Point de situation jusqu'au 25 avril 2021*. Epi-Phare, Rapport, 6.

Yard, E., Radhakrishnan, L., Ballesteros, M. F., Sheppard, M., Gates, A., Stein, Z., Hartnett, K., Kite-Powell, A., Rodgers, L., & Adjemian, J. (2021). *Emergency department visits for suspected suicide attempts among persons aged 12–25 years before and during the COVID-19 pandemic—United States, January 2019–May 2021*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(24), 888.

Zeitlin, J., Pilkington, H., Drewniak, N., Charreire, H., Amat-Roze, J.-M., Le Vaillant, M., Combier, E., Blondel, B. (2015, février). Surveillance des inégalités sociales de santé périnatale au niveau national à partir des caractéristiques sociales de la commune de résidence des mères. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 6-7.

Espérance de vie en Europe

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_asdr2/default/table?lang=fr

Données de couverture vaccinale grippe par groupe d'âge (Santé publique France)

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-de-couverture-vaccinale-grippe-par-groupe-d-age>

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/synthese-des-couvertures-vaccinales-chez-l-enfant-de-2-ans>

Essentiel du risque routier – données 2020, ministère du Travail, ministère de l'Intérieur, CNAM, MSA, Santé publique France, UMRESTTE

<https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/ressources-utiles/article/risque-routier-professionnel-des-chiffres-cles-pour-sensibiliser-a-la-premiere>

Pollution de l'air ambiant : nouvelles estimations de son impact sur la santé des français, Santé publique France, 2021.

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/pollution-et-sante/air/documents/enquetes-etudes/impact-de-pollution-de-l-air-ambiant-sur-la-mortalite-en-france-metropolitaine.-reduction-en-lien-avec-le-confinement-du-printemps-2020-et-nouvelle-?>

Cartographie des pathologies, CNAM

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/donnees/effectifs-par-pathologie>

Comparaisons internationales de performance et d'accès aux systèmes de soins, DREES

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/12%20Comparaisons%20internationales%20de%20performance%20et%20d%E2%80%99acc%C3%A8s%20aux%20syst%C3%A8mes%20de%20soins.pdf>

State of Health in the EU, France, profils de santé par pays 2019, OCDE

https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-11/2019_chp_fr_french_0.pdf

Vaccinations

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-regionales-de-couverture-vaccinale-grippe-par-saison-et-dans-chaque-groupe-d-age>

V. LEXIQUE

Syndromes dépressifs majeurs

Un syndrome dépressif est marqué par la présence plus de la moitié du temps d'au moins deux symptômes de l'épisode dépressif caractérisé, dont l'un des deux principaux : la tristesse et la perte d'intérêt ou de plaisir à faire les choses. Le syndrome est considéré comme majeur par l'outil de détection (le questionnaire PHQ-9) lorsque le répondant indique avoir été gêné plus de la moitié des quinze derniers jours par au moins cinq symptômes de l'épisode dépressif caractérisé, dont un des deux principaux. Le syndrome est considéré comme non majeur, ou encore mineur, si seulement deux à quatre de ces symptômes ont gêné le répondant plus de la moitié des quinze derniers jours.

APL

L'indicateur APL (accessibilité potentielle localisée) a été développé par la DREES et l'Irdes pour mesurer l'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à compléter les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès, densité médicale par bassin de vie ou département). Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins. Il intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale et permet des variantes tenant compte de l'âge des médecins ou encore de leur secteur de conventionnement. Au final, pour connaître l'accessibilité d'un patient, on somme le nombre de consultations ou visites que peuvent proposer les médecins accessibles.

Les seuils de distance permettent de déterminer les zones de patientèle et de recours. Un médecin est considéré comme accessible, au moins en partie, jusqu'à 20 minutes en voiture, qui constitue donc ici la distance maximale que l'on considère comme « acceptable » pour recourir à son médecin. Néanmoins, pour tenir compte du fait qu'il est pénalisant de devoir parcourir une distance plus grande pour accéder à son médecin, des seuils intermédiaires sont ajoutés. Entre 0 (c'est-à-dire au sein de la commune de résidence car seules les distances de mairie à mairie sont calculées) et 10 minutes de voiture, la distance n'a pas d'impact sur l'accessibilité. En revanche, avoir 3 consultations accessibles à 15 minutes de chez soi est considéré comme équivalent à avoir 2 consultations dans sa commune de résidence. De même, avoir 3 consultations accessibles à 20 minutes est équivalent à avoir 1 consultation accessible dans sa commune de résidence.

Pour tenir compte du fait que les besoins de recours à un médecin généraliste varient en fonction de l'âge, chaque personne est affectée d'un poids qui dépend de la consommation moyenne observée de sa tranche d'âge : environ 1 pour les 50-54 ans, 0,74 pour les 25-29 ans, 1,9 pour les 75-79 ans.

GALI

L'indicateur le plus synthétique pour repérer les personnes handicapées, utilisé et promu par la DREES, utilisé pour les comparaisons européennes, est le GALI « sévère » (General Activity Limitation Indicator). Le GALI est la troisième question sur l'état de santé, visant à évaluer la dimension fonctionnelle de la santé, dans le « mini-module européen », utilisé pour comparer l'état de santé dans les pays d'Europe. Ce module fait notamment partie du questionnaire des enquêtes SRCV, EHIS, EpiCov et de l'enquête emploi en continu.

Cet indicateur permet de savoir, de façon considérée comme fiable, si une personne est atteinte d'un handicap, en prenant en compte l'ensemble des personnes ayant répondu « oui, fortement limité(e) » à la question ainsi formulée : « Êtes-vous limité(e) depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » La définition légale du handicap est beaucoup plus longue et complexe, mais on ne peut pas entrer dans un niveau de détail trop fin dans un questionnaire en population générale. Il faut aussi que, lors d'une enquête statistique, la question soit compréhensible par les personnes interrogées, qui ne sont pas forcément spécialistes.

Standardisation (taux standardisés)

Lorsqu'on compare entre eux les indicateurs de santé de différents groupes de population, par exemple entre pays ou pour un même pays à différentes époques, ou encore différentes sous-populations d'un même pays, il est parfois judicieux de neutraliser dans ces comparaisons les différences dues à certaines caractéristiques purement démographiques. En particulier, l'âge est très fortement lié aux indicateurs de santé, et on s'attend logiquement à ce qu'une population jeune présente des meilleurs indicateurs de santé qu'une population âgée. Afin de comparer deux populations dont la distribution des âges diffère, on calcule des taux standardisés sur l'âge, c'est-à-dire qu'on fixe une même distribution d'âge donnée pour ces deux populations et on estime quels seraient les taux observés dans ces populations si leur distribution par âge était celle ainsi fixée. On peut par exemple se demander quel serait le taux de mortalité en France si la distribution des âges était équivalente à celle

de l'Allemagne, ou encore quel serait le taux de mortalité en France en 2020 si la distribution par âge était celle de la France de 1990. On peut faire les mêmes estimations en regardant cette fois-ci la distribution par sexe, ou encore la distribution par sexe croisée avec l'âge. Il s'agira alors dans le premier cas d'une standardisation sur le sexe et dans le deuxième d'une standardisation sur le sexe et l'âge.

Mathématiquement, un taux standardisé est une moyenne des taux par âge (ou par sexe ou toute autre variable de standardisation) pondérée par la distribution par âge (ou par sexe ou toute autre variable de standardisation) qu'on se fixe. Ainsi, si on standardise le taux d'une population jeune sur une population plus âgée, on accordera plus de poids aux taux des personnes âgées dans cette population jeune, pour faire « comme si » cette population jeune était en réalité plus âgée.

Cette technique nécessite d'avoir suffisamment de données pour calculer des taux fins (par âge le plus souvent). Il faut aussi garder à l'esprit que les taux standardisés ainsi calculés correspondent à une situation hypothétique et ne sont pas une observation directe de la réalité. Il faut que cette situation hypothétique ne soit pas trop éloignée de la situation réelle et garde un sens : il n'y aurait par exemple pas de sens à standardiser les taux de maladies des étudiants sur la population vivant en maisons de retraite.

Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité

L'espérance de vie à la naissance est l'un des indicateurs de santé les plus fréquemment mobilisés pour connaître l'état de santé d'une population. Il correspond au nombre moyen d'années qu'une génération fictive peut espérer vivre en étant soumise, à chaque âge, aux conditions de mortalité d'une année donnée. Il ne s'agit donc pas d'un indicateur prédictif mais d'un indicateur synthétique de mortalité, puisqu'il est difficile d'anticiper les progrès sanitaires à venir. Cependant, cet aperçu quantitatif de la moyenne des années à vivre n'est pas suffisant et doit être complété par un indicateur qui combine à la fois les dimensions quantitative et qualitative pour mieux apprécier le bénéfice de ces années de vie supplémentaires. C'est le cas de « l'espérance de vie sans incapacité », parfois aussi appelé « espérance de vie en bonne santé » ou encore « espérance de santé ». Ces trois appellations se rapportent à un même indicateur qui mesure le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne. Cette mesure s'appuie sur les réponses à la question posée dans le dispositif européen European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » Cette question permet de repérer les personnes en situation de handicap, définies comme celles qui répondent : « Oui, fortement » (indicateur GALI [Global Activity Limitation Indicator]). On peut ainsi également calculer un indicateur d'espérance de vie sans incapacité forte (c'est-à-dire sans handicap) [Dauphin et Eideliman, 2021]. La version française de ce dispositif européen, nommée Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), interroge chaque année des ménages ordinaires qui résident en France métropolitaine. Actuellement, le dispositif SRCV ne couvre pas les départements d'outre-mer, aussi les espérances de vie sans incapacité en France sont calculées sous l'hypothèse que les prévalences d'incapacité en France entière sont identiques à celles observées en France métropolitaine. En 2020, l'échantillon était composé de 16 000 ménages répondants. Les évolutions d'une année sur l'autre doivent être analysées avec précaution, en raison de la dimension déclarative de l'indicateur et de la taille de l'échantillon. Les tendances qui se dégagent des évolutions sur plus longues périodes sont plus robustes. De plus, la formulation de la question utilisée pour identifier les incapacités a été modifiée entre 2007 et 2008. Les espérances de vie sans incapacité avant et après 2008 ne sont donc pas totalement comparables. L'enquête SRCV est collectée chaque année en début d'année. En 2020, l'Insee a collecté l'enquête entre le 3 février et le 18 avril. Cette période recouvre en partie le premier confinement, qui a commencé le 17 mars et s'est achevé le 11 mai. Il est donc possible que les effets de l'épidémie et des confinements successifs qu'elle a entraînés ne soient pas totalement pris en compte dans les réponses à l'enquête SRCV 2020.

Les dossiers de la DREES

N° 102 • septembre 2022

L'état de santé de la population en France

Directeur de la publication

Fabrice Lenglard

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

ISSN

2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr

Annexe 6

Mai 2021

Évaluation de la stratégie nationale
de santé 2018-2022

Impact des nouveaux modes de pratique sur les parcours de soins : l'exemple des maison de santé pluriprofessionnelles

DREES, *Études et Résultats*, 1193

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



mai
2021
numéro
1193

Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes

Entre 2008 et 2020, 1 300 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été créées en France ; elles sont très majoritairement implantées dans les territoires médicalement défavorisés. Le profil des médecins généralistes y exerçant est aussi particulier. Ainsi, ceux qui ont rejoint une MSP entre 2008 et 2014 étaient un peu plus jeunes en moyenne que leurs homologues et exerçaient plus fréquemment une activité salariée en sus de leur activité libérale.

Au cours de la période 2008-2014, les revenus des médecins généralistes ayant choisi d'exercer dans une MSP progressent plus rapidement que ceux de leurs confrères. Cela s'explique notamment par une augmentation plus rapide de la taille de leur file active et donc des rémunérations forfaitaires qui y sont associées. Pour autant, l'évolution du nombre de leurs consultations et visites n'apparaît pas significativement différente. La capacité des médecins en MSP à accroître leur patientèle sans augmenter le nombre d'actes dispensés peut s'interpréter comme un effet direct de la coordination entre professionnels de la MSP. Compte tenu de l'implantation géographique des MSP, plutôt en zone faiblement dotée en médecins généralistes, cette hausse de la taille de la patientèle peut également s'interpréter comme une amélioration de l'accès aux soins.

Par ailleurs, cette croissance plus rapide de la patientèle pour les médecins exerçant en MSP ne semble pas avoir été réalisée au détriment de la qualité évaluée au sens de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Matthieu Cassou (Cesp, Irdes, DREES), Julien Mousquès (Irdes), Carine Franc (Cesp, Irdes)

Les professionnels de santé libéraux de premiers recours les plus jeunes tendent à privilégier l'exercice en groupe : plus de 8 médecins généralistes libéraux sur 10 de moins de 50 ans avaient opté pour un mode d'exercice en groupe en 2019 (Chaput *et al.*, 2020). Cet exercice collectif, le plus souvent dans des cabinets monodisciplinaires, se fait également dans des structures pluriprofessionnelles comme les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) où se regroupent, *a minima*, pour celles qui sont conventionnées, des médecins généralistes et des infirmiers ainsi que d'autres professions de santé : on en recense plus de 1 300 en 2020, contre moins de 20 à la fin 2008 (encadré 1). Près de deux tiers d'entre elles ont signé un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les organisations de soins pluriprofessionnelles de proximité. Ce dispositif prend la suite de dispositions similaires datant pour les premières de 2011, qui leur donne droit à des financements collectifs en complément des rémunérations individuelles des professionnels de santé libéraux. En effet, en dépit de l'attractivité de l'exercice en MSP, notamment en matière d'amélioration des conditions de travail (partage de la charge de travail, des dépenses, etc.), ce mode d'exercice peut aussi générer des surcoûts du fait, entre autres, des coûts de la coordination pluriprofessionnelle ou de structure. Les financements

ENCADRÉ 1

Contexte institutionnel à l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

Les spécificités de l'exercice collectif pour les professionnels libéraux de premiers recours en MSP ont été définies dans le Code de la santé publique en 2007. Les professionnels de santé exerçant en MSP doivent notamment élaborer un projet de santé qui, transmis aux agences régionales de santé (ARS), atteste de l'exercice coordonné. Pour soutenir la dynamique professionnelle, des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) ont instauré, de 2010 à 2014, un premier paiement à la coordination pour deux catégories de structures pluriprofessionnelles, les maisons et centres santé. Depuis 2011, les outils juridiques ont évolué : les MSP doivent se constituer en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa) pour permettre les transferts financiers directs à la structure collective et non plus seulement vers les professionnels libéraux.

Les financements de l'exercice collectif, reconnu comme un enjeu majeur (Stratégie nationale de santé, 2013), ont été prolongés d'abord

« à titre dérogatoire », puis via un « règlement arbitral » (arrêté du 23 février 2015) jusqu'à la signature, en avril 2017, d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les organisations de soins pluriprofessionnelles de proximité. L'ACI propose ainsi aux MSP signataires, constituées en Sisa et s'engageant sur un cahier des charges précis, une rémunération collective, comprenant une part fixe et une part variable, cette dernière étant calculée sur la base de l'atteinte d'engagements socles et optionnels et en fonction de la taille et des caractéristiques de la patientèle médecin traitant. La rémunération est directement versée à la Sisa et valorise la coordination des soins et le travail en équipe, l'accès aux soins pour les patients, le développement de missions de santé publique et de protocoles de prises en charge pluriprofessionnelles. La rémunération valorise également le partage des dossiers patients entre soignants via l'acquisition de logiciels labellisés par l'Agence du numérique en santé (ANS).

complémentaires de l'ACI ont ainsi le double objectif de favoriser la coordination interne et de contrebalancer ces éventuels surcoûts.

Les MSP, majoritairement implantées dans les territoires présentant une moindre accessibilité aux soins, semblent avoir un effet favorable sur le nombre de médecins généralistes installés (Chevallard et Mousquès, 2020). La qualité des soins et services rendus en MSP serait également plus élevée que celle en exercice isolé (Mousquès et Bourgueil, 2014). La question ici est de savoir si, du point de vue des professionnels de santé, et particulièrement des médecins généralistes, l'évolution de leurs revenus nets de charges est susceptible de refléter ou non une fragilité des MSP. Cette fragilité pourrait, à moyen terme, constituer une barrière au développement ou à la pérennité des MSP et ce, malgré les financements perçus via l'ACI. Cette étude a donc pour objectif de comparer l'évolution des revenus nets et de l'activité libérale entre les médecins généralistes ayant rejoint une MSP entre 2008 et 2014 et des témoins, actifs sur la même période 2008-2014 mais n'exerçant pas en MSP (Cassou et al., 2020) [encadré 2].

Les médecins généralistes exerçant en MSP sont plutôt jeunes et souvent installés dans des territoires à l'accessibilité aux soins moins favorable

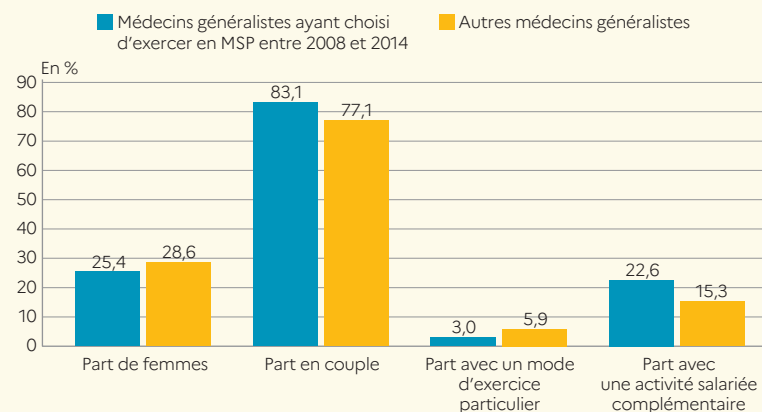
Les médecins généralistes actifs entre 2008-2014, et qui optent pour l'exercice pluriprofessionnel pendant cette période, sont en moyenne légèrement plus jeunes (47,7 ans contre 48,7 ans pour les témoins), moins souvent des femmes (25,4 % contre 28,6 %), plus nombreux à vivre en couple mariés ou pacsés (83,1 %

contre 77,1 %) et ont davantage d'enfants à charge (1,9 contre 1,6) que leurs confrères qui n'ont pas opéré ce choix (graphique 1). Ils exercent aussi moins fréquemment en mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture, allergologie) et ont plus souvent une activité salariée en complément. Enfin, plus du tiers des médecins généralistes qui exercent en MSP en 2014 (36,7 % contre 12,2 %) pratiquaient en 2008 dans des zones rurales, et le quart d'entre eux dans des espaces périurbains (24,8 % contre 18,6 %) [graphique 2]. Ces deux types de territoires sont caractérisés par un moindre accès aux soins avec des conséquences fortes en matière de

rationnement potentiel de la demande de soins (Chevallard et Mousquès, 2018). Afin de prendre en compte les différences initiales de composition sur ces caractéristiques sociodémographiques, il a été constitué, par appariement exact, un échantillon de médecins généralistes « témoins » comparables en 2008 (en termes de genre, âge, configuration familiale, MEP, complément d'activité salariée, zone d'installation) aux médecins généralistes « cas » exerçant en MSP en 2014. La persistance de certains écarts d'activité après équilibrage des échantillons en 2008 révèle que seule une partie des différences initiales d'activité étaient liées à ces effets de composition

GRAPHIQUE 1

Profil des médecins généralistes, selon qu'ils ont choisi ou non d'exercer en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) entre 2008 et 2014



Lecture - 83,1 % des médecins ayant choisi d'exercer en MSP entre 2008 et 2014 étaient en couple en 2008, contre 77,1 % des médecins n'ayant pas fait ce choix.

Champ - Médecins généralistes libéraux, âgés de moins de 65 ans, exerçant en secteur 1 et en France métropolitaine, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs au 31 décembre de chaque année de l'appariement au cours de la période 2008-2014.

Source - Appariement CNAM-DGFIP, exploitation DREES.

sociodémographiques et territoriaux. Cela pourrait, par exemple, être lié à une conception différente de la pratique en médecine générale des médecins qui choisissent d'intégrer une MSP, et

nécessite, dans tous les cas, d'être pris en compte par des analyses plus fines (tableau 1). En effet, les médecins généralistes qui optent pour l'exercice en MSP entre 2008 et 2014 semblent voir

légèrement plus de patients en 2008 (+8,3 % en file active et +5,2 % en patientèle inscrite médecin traitant), avec une part de patients de moins de 15 ans plus importante (+7 %). Ils ont également une

ENCADRÉ 2

Sources, champ et définitions

Sources

Tous les trois ans, depuis 2005, les données relatives à l'activité de chaque médecin exerçant une activité libérale – données fournies par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) – sont appariées à celles relatives à ses différents types de revenus, issues de la déclaration d'imposition sur le revenu – fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP). La base de données obtenue contient à la fois des caractéristiques de l'exercice libéral, des données d'activité sur l'année écoulée, des caractéristiques du foyer du médecin et de l'ensemble des revenus qui y sont perçus. Cet appariement est disponible pour les années 2005, 2008, 2011 et 2014. Un identifiant, commun à toutes les années, permet de repérer le professionnel et de suivre sa trajectoire s'il est toujours en activité. La qualification de l'exercice en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa), donc en MSP, dans les données pour l'année 2014, permet de savoir si un médecin a rejoint une MSP entre 2008 et 2014, sachant qu'il n'y avait quasiment aucune MSP recensée au cours de la période 2004-2008 (Chevallard et Mousquès, 2020). La qualification du type de territoire de vie d'exercice s'appuie sur une typologie publiée en 2018 (Chevallard et Mousquès, 2018).

Champ de l'analyse

L'étude prend en compte les médecins généralistes en secteur 1 exerçant en France métropolitaine, âgés de moins de 65 ans, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs pour chaque année d'observation. Sont donc exclus les médecins n'ayant pas exercé sur l'ensemble de la période 2008-2014, ainsi que les plus jeunes médecins dont l'installation est postérieure à 2008. Sont exclus également ceux déclarant un mode d'exercice particulier exclusif (homéopathie, acupuncture, allergologie, etc.), un temps complet à l'hôpital et ayant une activité libérale en sus, ainsi que ceux recevant une pension annuelle de retraite supérieure à 12 000 euros sur l'année d'observation. Notons que les médecins généralistes remplaçants sont absents de ces données (schéma ci-dessous).

Après application des critères d'exclusion, cylindrage du panel et appariement exact (encadré 3), l'étude s'appuie sur un sous-échantillon de 813 médecins généralistes exerçant en MSP, dits « cas », et 17 779 médecins généralistes comparables après procédure d'appariement exact sur l'année 2008, dits « témoins ».

Définitions

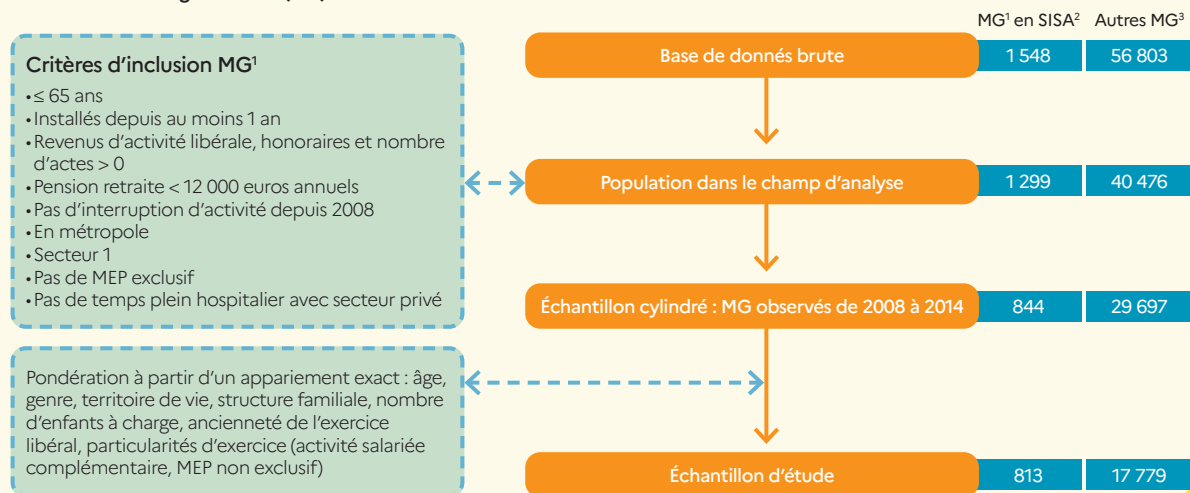
Les revenus professionnels des médecins généralistes correspondent à la somme des salaires éventuels (activités salariées) et du revenu net imposable issu de l'activité libérale (bénéfices non commerciaux), qui correspond à la différence entre le chiffre d'affaires et les charges (frais de fonctionnement, cotisations sociales, loyer du cabinet médical, rétrocessions de remplacement, etc.).

L'activité est mesurée par la somme annuelle des actes dispensés donnant lieu à des honoraires (consultations, visites, actes techniques). Même si les médecins généralistes de secteur 1 effectuent essentiellement des consultations au cabinet, des indicateurs de la composition des actes dispensés sont également mobilisés comme variables explicatives pour tenir compte de l'hétérogénéité des pratiques (contribution respective des visites et des actes techniques aux honoraires des médecins).

La taille de la file active correspond au nombre de patients vus au moins une fois dans l'année. Elle renseigne sur l'accessibilité des patients aux médecins généralistes, et, avec le nombre de patients ayant une affection de longue durée (ALD) vus, elle permet de tenir compte des effets de la taille de la patientèle sur les revenus des médecins généralistes dans les analyses de panel. La taille de la patientèle médecin traitant est considérée pour les analyses complémentaires sur la seule année 2014, car le dispositif patients médecin traitant était encore en phase de montée en charge en 2008.

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) constitue un proxy de la mesure de la qualité. Elle concerne l'ensemble des médecins libéraux conventionnés et repose sur l'atteinte d'indicateurs cible portant sur la qualité de la pratique médicale comme par exemple, s'agissant du suivi des patients diabétiques traités, la part de ceux ayant bénéficié du nombre d'examen biologique permettant de suivre l'évolution de l'équilibre glycémique des patients au cours de l'année. Entrée en vigueur en 2012, elle ne peut néanmoins pas faire l'objet d'analyses de panel. Comme pour la patientèle médecin traitant, la ROSP est donc uniquement étudiée au moyen d'analyses complémentaires effectuées sur la seule année de 2014 afin d'éclairer au mieux ces aspects dans une perspective descriptive. Ainsi, ces résultats ne peuvent pas être interprétés sur le même plan que ceux issus des analyses de panel.

Schéma – Médecins généralistes (MG) inclus dans l'étude



1. Médecins généralistes ; 2. Société interprofessionnelle de soins ambulatoires ; 3. Médecins à exercice particulier.

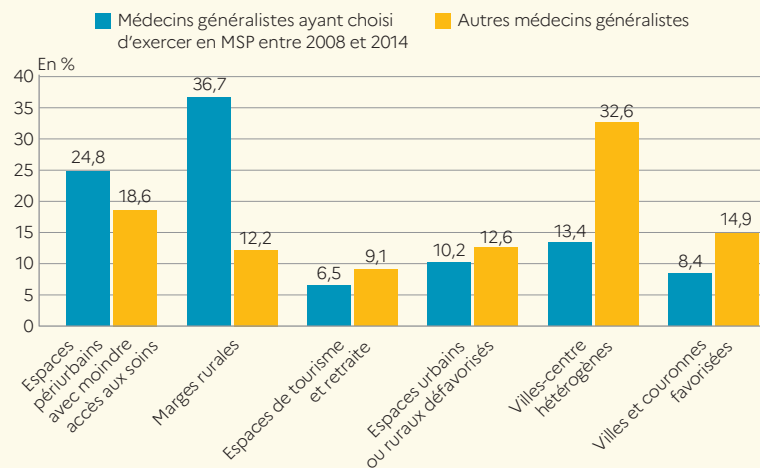
part significativement moins importante de leurs honoraires issue des visites à domicile. Certaines différences se creusent ou apparaissent en 2014, dénotant ainsi des évolutions contrastées. Ainsi, les médecins généralistes installées en MSP ont plus souvent une activité salariée complémentaires (25,7 % contre 20,6 % en 2008). Par ailleurs, ils voient plus de patients en moyenne : 219 patients de plus vus au moins une fois en 2014, contre 136 en 2008 et 77 patients de plus inscrits médecin traitant en 2014 contre 41 en 2008.

Les revenus des médecins généralistes exerçant en MSP augmentent plus vite entre 2008 et 2014, du fait d'une hausse plus rapide de la taille de leur patientèle

Si on constate qu'entre 2008 et 2014, les revenus de l'ensemble des médecins généralistes ont augmenté de plus de 10 %, on estime, à partir de modèles en différence-de-différences, que l'exercice en MSP est associé à une hausse plus rapide des revenus des médecins généralistes au cours de la période (encadré 3). Entre 2008 et 2014, les médecins

GRAPHIQUE 2

Répartition des médecins généralistes selon leur lieu d'exercice en 2008 et selon qu'ils ont choisi ou non d'exercer en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) entre 2008 et 2014



Lecture • 13,4 % des médecins ayant choisi d'exercer en MSP entre 2008 et 2014 étaient installés dans des villes-centres hétérogènes en 2008, contre 32,6 % pour les autres médecins généralistes.

Champ • Médecins généralistes libéraux, âgés de moins de 65 ans, exerçant en secteur 1 et en France métropolitaine, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs au 31 décembre de chaque année de l'appariement au cours de la période 2008-2014.

Source • Appariement CNAM-DGFIP, exploitation DREES.

ENCADRÉ 3

Méthode

Stratégie empirique

La stratégie empirique vise à limiter l'impact du processus d'auto-sélection des médecins généralistes qui décident d'exercer en MSP afin de ne pas attribuer à cet exercice spécifique des propriétés qui seraient en fait liées au profil particulier de ces médecins.

Dans une première étape, il a été constitué un groupe de médecins généralistes « témoins », aussi semblables que possible au groupe de médecins « cas », par appariement exact. Cette méthode d'appariement, non paramétrique, a permis d'équilibrer la répartition des médecins généralistes « cas » et « témoins » sur l'âge, le sexe, la situation familiale, le nombre d'enfants à charge, et, en matière d'exercice libéral : l'ancienneté, l'exercice particulier (MEP), le type de territoires de vie, l'activité salariée complémentaire. Ainsi, par exemple, l'appariement donne la garantie que la proportion de femmes dans les zones rurales au sein d'une catégorie d'âge donnée est similaire entre les médecins généralistes « cas » et « témoins ». Afin de parvenir à deux groupes équilibrés sur ces critères, tout en conservant un maximum d'informations, des poids ont été calculés à partir des résultats de l'appariement et attribués aux médecins du groupe « témoins ».

Dans une deuxième étape, des analyses paramétriques de type différence-de-différences ont été mises en œuvre, avec des effets fixes (individuels et temporels) afin d'identifier l'impact de l'exercice en MSP sur l'évolution de l'activité et des revenus des médecins généralistes sur la période 2008-2014. L'hypothèse sous-jacente à ce cadre d'analyse consiste à considérer que, préalablement à l'entrée des médecins généralistes « cas » en MSP, leur activité et leurs revenus évoluaient selon une tendance similaire à celle des témoins. Cette hypothèse s'avérant raisonnable et corroborée par l'analyse statistique des données, toute divergence de tendance entre médecins « cas » et « témoins » postérieure à leur adhésion au dispositif peut donc lui être attribuée. La dimension panel des données a été utilisée pour estimer le modèle en différence afin de neutraliser les préférences et caractéristiques non observables des médecins (celles-ci ne pouvant pas être mobilisées pour équilibrer

en amont les deux populations à travers l'appariement) et s'affranchir des effets fixes individuels.

Estimations paramétriques

Afin d'interpréter au mieux une éventuelle évolution différente des revenus nets entre les médecins « cas » et « témoins », il convient de considérer la diversité des mécanismes potentiellement à l'œuvre. Il s'agit donc non seulement d'estimer l'effet brut de l'exercice en MSP sur le revenu net mais aussi d'expliquer les sources de sa variation, au travers de l'analyse de l'évolution des honoraires (volume et nature des actes réalisés) et des autres composantes de la rémunération, forfaits (selon le nombre de patients médecin traitant et affection de longue durée (ALD) ou rémunération sur objectif de santé publique (ROSP).

C'est la raison pour laquelle les estimations des effets de l'exercice en MSP, à partir de modèles à effets fixes individuels et temporels, portent successivement sur l'analyse des effets sur :

- les revenus à partir de trois modèles : un premier modèle de référence qui estime l'effet brut de l'exercice en MSP (modèle 1) et deux autres modèles qui renseignent sur les effets hors variations d'activités (modèle 2), puis hors variations d'activités et de patientèles (modèle 3), de façon à raisonner « toutes choses égales par ailleurs » ;
- le nombre d'actes réalisés (modèle 4) ;
- le nombre de patients rencontrés au moins une fois au cours de l'année (modèle 5).

Analyses de robustesse

Les tests réalisés sur la période 2005-2008 confortent le caractère raisonnable de l'hypothèse des tendances communes à chaque groupe de médecins (« cas » et « témoins ») pour chacune des variables d'intérêt. D'autres analyses de robustesse ont été réalisées en termes de champ d'étude (médecin suivi depuis 2005 ou non, exclusion des médecins avec une activité salariée, etc.), de critères et de méthodes d'appariement (appariement exact versus score de propension) comme de spécification des modèles d'estimation. Pour toutes ces analyses, les résultats sont similaires et cohérents.

exerçant en MSP ont ainsi connu une progression additionnelle de revenu annuel de 2 091 euros comparativement aux médecins exerçant hors de telles structures, tous les médecins ayant par ailleurs vu leur revenu d'activité s'accroître de 10 285 euros au cours de cette période (tableau 2). En termes d'activité, cette hausse additionnelle de revenu pour les médecins exerçant en MSP n'est pas liée à un surcroît de consultations et de visites mais, plutôt, à une évolution plus rapide de la taille de leur patientèle et ainsi des paiements forfaitaires associés. En effet,

quand on tient compte dans le modèle par l'activité de soins des médecins, les médecins exerçant en MSP bénéficient toujours d'un surcroît de rémunération significatif (+2 340 euros) par rapport à leurs confrères. Ce résultat est conforté par le fait que le nombre d'actes réalisés n'évolue pas différemment selon que le médecin exerce ou pas dans une MSP. En revanche, l'impact de l'exercice en MSP sur le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année explique en partie la hausse plus rapide de leurs revenus : cette hausse additionnelle de revenu

devient faible et non significative lorsque le modèle contrôle des effets du volume de patientèle. En effet, si la taille de la file active a augmenté pour tous les médecins au cours de la période, cette hausse a été plus importante pour ceux qui exercent dans une MSP, soit environ 89 patients supplémentaires, ce qui représente 4 % de patients en sus vus au moins une fois sur l'année. Les résultats, à partir des données transversales 2014, confortent le fait que la hausse de la file active se traduit bien par une hausse du nombre de patients suivis en tant que médecin traitant pour

TABLEAU 1

Profil d'activité et de revenu des médecins généralistes ayant choisi ou non d'exercer en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) entre en 2008 et en 2014

	2008 avant appariement				2008 après appariement				2014 après appariement			
	Médecins en MSP	Autres médecins	t-test	DMS	Médecins en MSP	Autres médecins	t-test	DMS	Médecins en MSP	Autres médecins	t-test	DMS
Activité médicale et honoraires perçus												
Nombre d'actes (consultations, visites à domicile et actes techniques)	5 743	5 329	***	0,19	5 779	5 636	0,08	0,07	5 750	5 635	0,16	0,05
Montant des honoraires totaux incluant honoraires d'actes et paiement forfaitaires	153 174	140 022	***	0,23	154 087	148 184	**	0,11	175 016	166 594	***	0,13
Part des honoraires issues des visites à domicile	10,9	12,3	***	-0,14	10,9	12,3	***	-0,13	8,7	10,2	***	-0,16
Part des honoraire issues d'actes techniques	1,6	2,6	*	-0,10	1,6	1,4	0,62	0,01	1,8	1,7	0,73	-0,10
Honoraires non lié aux actes médicaux (incluant forfaits et rémunérations médecins traitants et paiements forfaitaires tels que la ROSP)	-	-	-	-	-	-	-	-	24 714	20 154	***	0,62
Montant de la rémunération ROSP	-	-	-	-	-	-	-	-	7 814	6 828	***	0,46
Caractéristiques de patientèle												
Nombre de patients rencontrés au moins une fois	1 772	1 593	***	0,29	1 774	1 638	***	0,22	2 171	1 952	***	0,33
Nombre de patients inscrits médecin traitant	812	717	***	0,20	821	780	**	0,08	1 248	1 171	***	0,28
Part de patients bénéficiaires de la CMU-C parmi les patients rencontrés au moins une fois	7,8	8,3	0,12	-0,06	7,8	7,3	*	0,06	7,9	7,3	**	0,08
Part de patients en affection longue durée parmi les patients rencontrés au moins une fois	15,2	15,0	0,25	0,04	15,2	15,1	0,63	0,02	18,3	18,1	0,25	0,04
Part de patients de moins de 15 ans parmi les patients rencontrés au moins une fois	24,3	21,5	***	0,42	24,3	22,7	***	0,23	21,5	19,7	***	0,27
Part de patients de plus de 65 ans parmi les patients rencontrés au moins une fois	15,5	16,1	*	-0,08	15,5	16,6	***	-0,13	21,2	22,1	**	-0,10
Revenus												
Montant des revenus net totaux (libéraux et salariés)	87 965	81 146	***	0,18	88 127	87 066	0,44	0,03	100 134	96 639	*	0,08
Montant des revenus libéraux net	84 027	78 403	***	0,15	84 415	83 539	0,53	0,02	95 090	92 244	0,07	0,07
Montant des revenus salariés net	3 938	2 743	***	0,14	3 712	3 527	0,56	0,02	5 044	4 396	0,1	0,06

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle ; Différence moyenne standardisée, c'est-à-dire différence absolue moyenne du score entre les groupes « cas » et « témoin », pondérée des poids de l'appariement, divisée par l'écart-type ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

Note • Les p-values correspondent aux t-tests pondérés et les seuils de significativité retenus sont : *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1 ; DMS : différence de moyenne standardisée, i.e. différence absolue moyenne du score entre les groupes « cas » et « témoin », pondéré des poids de l'appariement, divisée par la l'écart-type.

Lecture • Avant appariement, les médecins ayant choisi d'exercer en MSP entre 2008 et 2014 reçoivent significativement plus de patients que leurs confrères n'ayant pas opéré ce choix ; cet écart persiste et reste significatif une fois les différences initiales de composition de la population contrôlées. Ce n'est pas le cas pour le nombre d'actes par exemple.

Champ • Médecins généralistes libéraux, âgés de moins de 65 ans, exerçant en secteur 1 et en France métropolitaine, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs au 31 décembre de chaque année de l'appariement au cours de la période 2008-2014.

Source • Appariement CNAM-DGFiP, exploitation DREES.

Les médecins généralistes exerçant en MSP (tableau 3). Du fait de l'implantation des MSP, le plus souvent dans des zones sous-denses en termes d'offre de soins, notons que cette augmentation de la taille de la patientèle file active peut s'interpréter comme une amélioration de l'accès aux soins. On estime que l'augmentation est concentrée dans les territoires à l'accès aux soins moins favorisés (tableau complémentaire A)¹.

La hausse plus rapide des revenus entre 2008 et 2014 pour les médecins généralistes rejoignant une MSP

s'explique non par un surcroît d'actes réalisés, mais plutôt par une hausse plus rapide de la taille de leur patientèle. En effet, une patientèle plus large est associée à un plus grand nombre de patients enregistrés médecin traitant et donc à une part de paiements forfaitaires associés à ces patients potentiellement plus élevée. Les forfaits patients médecins traitants sont par nature indépendants de l'activité délivrée (5 euros, forfaits spécifiques pour les patients en affection de longue durée 40 euros, etc.), et sont désormais les plus dynamiques

du point de vue de la croissance des revenus (Pla, 2018). Par ailleurs, outre le financement ACI dont la répartition ou l'utilisation est à la seule discrétion des structures elles-mêmes (Fournier, 2019), il est également possible que la pratique en MSP permette de bénéficier d'un plus grand nombre de forfaits. Ces financements peuvent naturellement impacter directement ou indirectement les revenus des médecins, comme ceux des autres professionnels de la structure, sans qu'il nous soit possible de le documenter.

1. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES.

TABLEAU 2

Effet de l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) des médecins généralistes sur les revenus, le nombre d'actes et le nombre de patients rencontrés au moins une fois

	Effet sur le revenu net total			Effet sur le nombre d'actes (4)	Effet sur le nombre de patients rencontrés au moins une fois (5)
	(1)	(2)	(3)		
Caractéristiques contrôlées par le modèle					
Caractéristiques sociodémographiques et particularité d'exercice	x	x	x	x	x
Activité médicale		x	x		
Volume de patientèle			x		
Tendance temporelle 2008-2014	10 285***	10 309***	7 229***	56,1*	323,1***
Écart à la tendance temporelle des médecins exerçant en MSP-ACI ¹	2 091*	2 340*	1 538	-13,4	88,8***
R ² (within)	0,17	0,43	0,44	0,03	0,37

1. Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ayant signé un accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

Note • Les variables de contrôle « sociodémographiques et particularité d'exercice » correspondent aux variables d'appariement, hormis celles qui sont fixes ou colinéaires avec le temps. Les variables « activité médicale » incluent le nombre d'actes et les contributions des actes techniques et des visites à domicile aux honoraires. Les variables « volume de patientèle » incluent les nombres de patients vus et de patients en affection longue durée (ALD) vus au moins une fois dans l'année.

Les erreurs-types sont robustes à l'hétéroscédasticité et ajustées par cluster au niveau départemental. Les seuils de significativité retenus sont : ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,1.

Lecture • Les modèles (1) à (3) expliquent le revenu net d'activité des médecins en incluant des effets fixes individuels et temporels : (1) contrôle des caractéristiques sociodémographiques et particularité d'exercice des médecins, (2) considère en sus l'activité médicale et (3) inclut en sus le volume de patients. Entre 2008 et 2014, les médecins exerçant en MSP ont connu une hausse additionnelle de revenu de 2 091 euros comparativement aux médecins « témoins », tous les médecins ayant vu leur revenu d'activité s'accroître en moyenne de 10 285 euros au cours de la période.

Champ • Médecins généralistes libéraux, âgés de moins de 65 ans, exerçant en secteur 1 et en France métropolitaine, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs au 31 décembre de chaque année de l'appariement au cours de la période 2008-2014.

Source • Appariement CNAM-DGFIP, exploitation DREES.

TABLEAU 3

Estimation en 2014 des liens entre l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), la ROSP et les nombres de patients « occasionnels » et inscrits médecin traitant

	Rémunération sur objectifs de santé publique (1)	Nombre de patients inscrits médecin traitant (4)	Nombre de patients non inscrits médecin traitant ou occasionnels (5)
Caractéristiques contrôlées par le modèle			
Caractéristiques sociodémographiques, géographiques et particularité d'exercice	x	x	x
Volume de patientèle et case-mix	x		
Moyenne pour un médecin de référence n'exerçant pas en MSP-ACI ¹	8 078***	894***	1 509***
Écart moyen pour les médecins exerçant en MSP-ACI en 2014	595***	44,9*	47,0

1. Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ayant signé un accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

Note • Les variables de contrôle « sociodémographiques, géographiques et particularité d'exercice » correspondent aux variables d'appariement. Le modèle pour la ROSP inclut en sus les nombres de patients suivis en tant que médecin traitant, de patients en affection longue durée vus, ainsi que la part des patients de moins de 15 ans et de plus de 65 ans, soit le case-mix. Les erreurs-types sont robustes à l'hétéroscédasticité et ajustées par cluster au niveau départemental. Les seuils de significativité retenus sont : ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,1.

Lecture • En 2014, les médecins généralistes exerçant en MSP ont perçu en moyenne 595 euros de plus que les autres, qui ont perçu en moyenne 8 078 euros au titre de la ROSP (ici les médecins de référence sont les hommes exerçant en territoire de vie hétérogènes).

Champ • Médecins généralistes libéraux, âgés de moins de 65 ans, exerçant en secteur 1 et en France métropolitaine, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs au 31 décembre de chaque année de l'appariement au cours de la période 2008-2014.

Source • Appariement CNAM-DGFIP, exploitation DREES.

En 2014, les médecins généralistes exerçant en MSP perçoivent en moyenne 600 euros de plus au titre de la rémunération sur objectifs de santé publique

L'association entre un nombre plus élevé de patients vus et un nombre de consultations et visites relativement stable peut conduire à s'interroger sur la qualité des soins et services rendus. Des analyses complémentaires menées pour la seule année 2014 suggèrent que la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), introduite à partir de 2012, a permis une rémunération supérieure pour les médecins généralistes exerçant en MSP. En effet, ces derniers ont perçu en moyenne à ce titre 9 % de plus que leurs pairs, soit 595 euros (tableau 3). Alors que

ce résultat pourrait être lié à une taille de patientèle médecin traitant plus élevée pour les médecins exerçant en MSP, les résultats du modèle qui contrôle précisément de cet effet taille suggèrent plutôt qu'il existe une relation positive entre l'exercice en MSP et l'atteinte des objectifs de santé publique fixés dans la ROSP. Ces premières analyses de l'impact sur les revenus et l'activité des médecins généralistes de l'exercice en MSP semblent montrer qu'il y a un intérêt financier pour eux au moins à court terme. En effet, leurs revenus progressent plus rapidement que ceux de leurs confrères. Cette différence résulte notamment de la hausse plus rapide de la taille de leur patientèle et des rémunérations associées alors que le nombre d'actes reste comparable,

suggérant une baisse du nombre moyen d'actes par patient. On observe également que l'exercice en MSP semble s'accompagner d'une meilleure réponse aux objectifs de santé publique tels que mesurés par la ROSP. Enfin, eu égard à l'implantation géographique très particulière des MSP, majoritairement dans des zones déficitaires en offre de soins, cette hausse de la taille de la patientèle peut s'interpréter comme une amélioration de l'accès aux soins.

Ces premiers résultats semblent attester des bénéfices attendus de l'exercice pluriprofessionnel, au sein duquel la coopération entre médecins et entre médecins et autres professionnels peut permettre de faciliter l'accès et d'améliorer la prise en charge des patients. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Cassou, M., Mousquès, J., Franc, C.** (2021, mai). Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 258.
- **Cassou, M., Mousquès, J., Franc, C.** (2020, octobre). General Practitioners' Income and Activity: The Impact of Multi-professional Group Practice in France. *The European Journal of Health Economics*, 21, pp. 1295-1315.
- **Chaput, H., et al.** (2020, janvier). Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DREES, *Études et Résultats*, 1140.
- **Chevillard, G., Mousquès, J.** (2020, mars). Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 247.
- **Chevillard G., Mousquès, J.** (2018). « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français ». *Cybergeo - European Journal of Geography, Espace, Société, Territoire*, document 873.
- **Fournier, C.** (2019). Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol 37, n° 1, pp. 72-91.
- **Mousquès J., Bourguéil Y.** (2014, décembre). *L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012*. Irdes, Rapport, 559.
- **Pla, A.** (2018, septembre). Revenus des médecins libéraux : les facteurs démographiques modèrent la hausse moyenne entre 2005 et 2014. DREES, *Études et Résultats*, 1 080.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication :
Fabrice Lenglard

Responsable d'édition :
Valérie Bauer-Eubriet

Rédactrice en chef technique :
Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction :
Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages :
Stéphane Jeandet

Conception graphique :
Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information :
drees-infos@sante.gouv.fr
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE
PUBLIQUE
La DREES fait partie
du Service statistique
public piloté par l'Insee.

Annexe 7

Juin 2022

Évaluation de la stratégie nationale
de santé 2018-2022

Étude de cas sur l'utilisation des données dans la gestion de la crise sanitaire Covid-19

Table des matières

INTRODUCTION ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	3
A. RAPPEL DU CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET DES ENJEUX ASSOCIÉS	3
B. UNE ÉTUDE DE CAS MENÉE SUR L'UTILISATION DES DONNÉES DANS LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE, AFIN D'IDENTIFIER DES PISTES DE RÉFLEXION POUR L'AVENIR	4
C. CADRE D'ANALYSE.....	5
I. UN CONSENSUS FORT AUTOUR DE L'UTILISATION DES DONNÉES POUR LE PILOTAGE DE LA GESTION DE CRISE, ET UN EFFORT EXCEPTIONNEL POUR METTRE EN PLACE LES REMONTÉES ET L'EXPLOITATION DES DONNÉES AU FIL DU TEMPS	6
A. L'IRRUPTION DE LA CRISE A ENTRAÎNÉ UN BESOIN MAJEUR ET SOUDAIN D'UN NOMBRE EXCEPTIONNEL DE DONNÉES.....	6
B. UNE VOLONTÉ POLITIQUE FORTE DE METTRE EN PLACE UNE GESTION DE CRISE S'APPUYANT SUR LES DONNÉES	7
C. LA STRUCTURATION DES REMONTÉES DE DONNÉES EN LIEN AVEC LA CRISE S'EST FAITE PROGRESSIVEMENT À PARTIR DE L'ACTIVATION DU CENTRE DE CRISE SANITAIRE FIN JANVIER 2020, MARQUANT LE DÉBUT DU PILOTAGE DE LA CRISE SANITAIRE	8
1. Phase 1, fin janvier 2020 – mai 2020 : une structuration dans l'urgence des premières remontées de données pour permettre la compréhension de la situation et appuyer les décisions opérationnelles.....	9
2. Phase 2, mai 2020 – printemps 2021 : une stabilisation des remontées de données pour fiabiliser le suivi et piloter la réponse à la crise (restrictions, vaccination...)	12
3. Phase 3, printemps 2021 – septembre 2021 : une mobilisation des données dans un fonctionnement permettant la vie avec le Covid-19, et des réflexions sur la pérennisation des dispositifs.....	14
II. LA MOBILISATION SANS PRÉCÉDENT DES ACTEURS AUTOUR DE LA DATA DANS LE CONTEXTE DE CRISE A MIS EN LUMIÈRE DES DÉFIS À TOUTES LES ÉTAPES DE LA COLLECTE ET DE L'UTILISATION DES DONNÉES	15
A. DES DIFFICULTÉS DE FORMULATION ET DE PRIORISATION DES BESOINS EN DONNÉES, ET UN MANQUE DE COORDINATION ENTRE ACTEURS.....	16
B. LA MISE EN PLACE DE LA COLLECTE ET DES REMONTÉES DE DONNÉES AUX DIFFÉRENTES PHASES DE LA CRISE S'EST HEURTÉE À DES DIFFICULTÉS TRANSVERSES	17
C. LE TRAITEMENT, L'ANALYSE ET LES TRAVAUX DE VISUALISATION DES DONNÉES ONT ÉTÉ PORTÉS DE MANIÈRE TRÈS FRAGMENTÉE PAR UNE MULTIPLICITÉ DE PARTIES PRENANTES	19
D. UN EFFORT MAJEUR DE DIFFUSION DES DONNÉES PENDANT LA CRISE, MAIS DES INITIATIVES MULTIPLES ET PEU COORDONNÉES, N'AYANT PAS RÉPONDU À L'ENSEMBLE DES BESOINS	21
E. LES DONNÉES ONT ÉTÉ FORTEMENT MOBILISÉES POUR L'ANALYSE DE LA SITUATION,	

LA PRISE DE DÉCISION ET LA COMMUNICATION, MAIS INSUFFISAMMENT UTILISÉES POUR L'ANTICIPATION.....	23
F. UNE GOUVERNANCE ET UNE ORGANISATION DE LA GESTION DE CRISE SUR LA PARTIE DATA FRAGMENTÉES, QUI ONT NOURRI LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES TOUT AU LONG DU PROCESSUS D'IDENTIFICATION DES BESOINS, DE COLLECTE ET D'UTILISATION DES DONNÉES.....	25
III. PISTES DE RÉFLEXION.....	27
A. LA CRISE DU COVID-19 A ACTÉ L'IMPORTANCE STRATÉGIQUE DE COLLECTER ET D'UTILISER DES DONNÉES POUR LE PILOTAGE DU SYSTÈME SANITAIRE, ET A DÉMONTRÉ L'IMPORTANCE DE DÉFINIR « À FROID » LEURS MODALITÉS D'UTILISATION EN TEMPS DE CRISE	27
B. L'ÉTUDE A PERMIS DE METTRE EN LUMIÈRE TROIS AXES CLÉS POUR RENFORCER LE PILOTAGE DES CRISES SANITAIRES GRÂCE À L'UTILISATION DES DONNÉES, EN PRÉPARATION D'UNE CRISE FUTURE	29

Cette annexe a été réalisée avec l'appui des cabinets Accenture et McKinsey.

INTRODUCTION ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

A. RAPPEL DU CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET DES ENJEUX ASSOCIÉS

- **L'utilisation et le partage des données de santé : un sujet transverse à de nombreux domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé (SNS), notamment au sein de son Axe 3**

La préparation et la réponse aux alertes et aux crises sanitaires constituent le septième élément de la politique de santé au sens de l'article L. 1411-1 du CSP définissant la responsabilité de l'État en matière de politique de santé.

Un des sept principes d'action posés par la SNS est : « Appuyer les décisions sur l'analyse critique des meilleures connaissances disponibles, notamment celles issues des données concernant la santé des personnes et leur environnement, des évaluations des actions menées, des expertises indépendantes, des études d'impact en santé et de la recherche ». L'exploitation des données de santé dans le cadre d'une crise sanitaire figure notamment dans l'objectif de **l'Axe 3** : adapter le système de veille et de vigilance aux « signaux faibles » ou aux risques émergents et renforcer la résilience du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles.

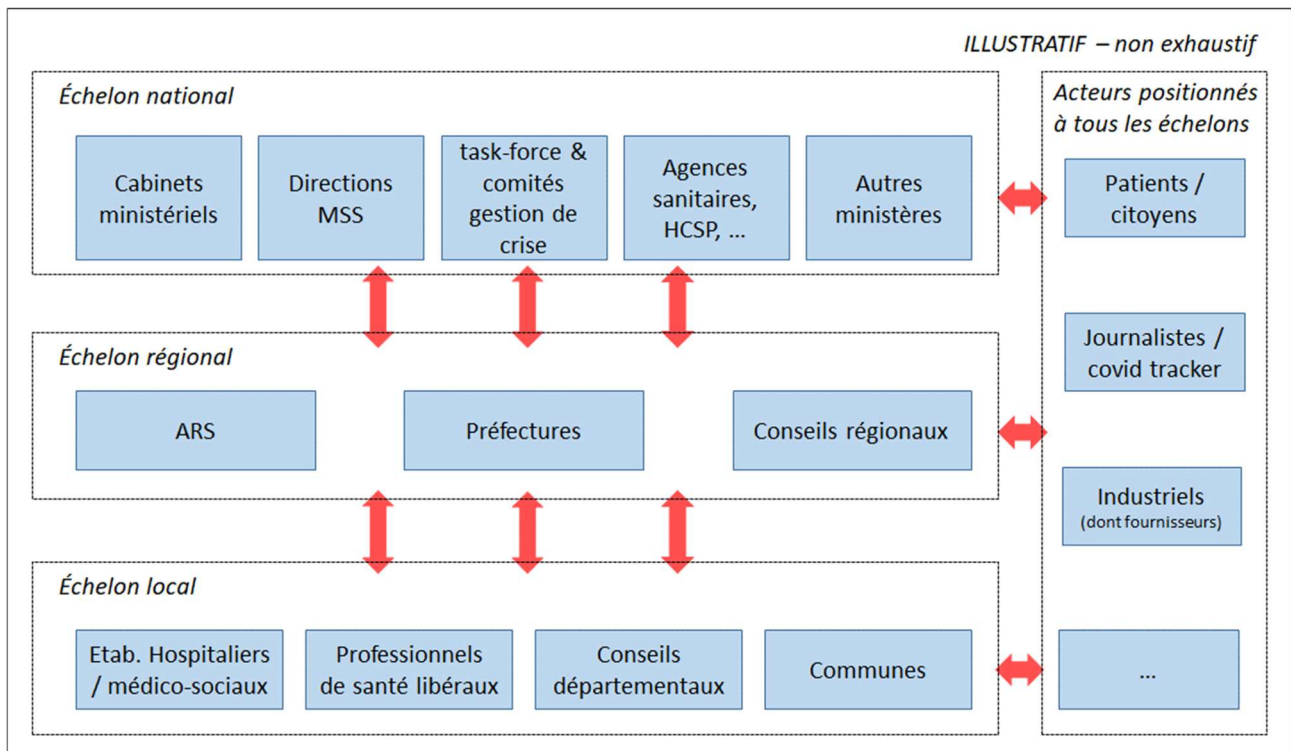
Ce rapport se centre sur **l'utilisation et le partage des données de santé pour la production de statistiques** et le **pilotage des politiques publiques**.

- **L'importance de disposer de données pour prendre des décisions pertinentes mise en lumière par la crise sanitaire**

Pendant la crise, de nombreux sujets ont supposé l'utilisation de données dans la prise de décision, notamment :

- **l'analyse de l'évolution sanitaire** (incidence, dépistages, nombre d'hospitalisations, de décès, etc.) ;
- **la définition et l'adaptation des mesures visant à limiter la propagation du virus** (restrictions, *contact tracing*...), avec une approche par population et par territoire ;
- **la gestion des capacités du système de santé et l'allocation des moyens**, en fonction des situations sanitaires locales ;
- **la préparation et la gestion de la campagne de vaccination**, en tenant compte des populations prioritaires et des vaccins disponibles (commandes, flux logistiques et modalités de distribution, centres, etc.).

Cela a entraîné de nombreux flux et partages d'information entre acteurs de l'écosystème de la santé en France aux échelons national, régional et local.



B. UNE ÉTUDE DE CAS MENÉE SUR L'UTILISATION DES DONNÉES DANS LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE, AFIN D'IDENTIFIER DES PISTES DE RÉFLEXION POUR L'AVENIR

Dans ce contexte, la DREES a proposé au comité de pilotage de l'évaluation de la Stratégie nationale de santé de conduire une étude de cas sur l'utilisation des données dans la gestion de crise sanitaire, avec l'objectif **d'identifier des pistes de réflexion pour l'avenir visant à améliorer le pilotage du système sanitaire (en temps de crise et hors crise)**.

Pour cela, l'étude a suivi une approche autour de quatre thématiques clés :

Processus - une analyse de l'ensemble du processus, depuis l'identification du besoin de données jusqu'à l'utilisation de ces données pour le pilotage de la crise

-Nature des données - la prise en compte de l'ensemble des données permettant de nourrir le pilotage (données de suivi de la pression épidémique, données de capacité du système de soins, ...)

-Chronologie - une approche chronologique, pour prendre en compte l'évolution de la situation, depuis la mise en place du pilotage de la crise sanitaire par l'activation du Centre de crise sanitaire le 27 janvier 2020 jusqu'à fin septembre 2021

-Catégories d'acteurs - une approche permettant de couvrir les situations vécues par différentes catégories d'acteurs aux différents échelons du territoire (nationaux, régionaux, locaux).

Acteurs publics nationaux – 34 entretiens réalisés

- 15 entretiens avec des entités de pilotage de la crise (CCS, CIC, taskforce vaccination, détachement DREES au CCS)
- 9 entretiens avec les principales directions du MSS impliquées (DGS, DGOS, DREES, DGCS, SCN)
- 10 entretiens avec d'autres acteurs nationaux clés (SpF, CNAM, Etalab, DNS, ANS, ATIH, HAS, CNS)

Acteurs publics régionaux – 15 entretiens réalisés

- entretiens réalisés avec 7 ARS
- 14 Normandie, Centre Val de Loire, Bourgogne Franche Comté, Ile de France, Grand Est, Guadeloupe, Pays de la Loire
dont 16 responsables / membres de cellule de crise
10 data scientists / statisticiens
- 1 entretien avec un GRADeS

Établissements de santé et médico-sociaux et leurs représentants – 7 entretiens réalisés

- 3 entretiens réalisés avec des établissements de santé
- 3 entretiens avec des fédérations représentant des établissements de santé
- 1 Entretien réalisé avec un groupe d'EHPAD

Autres acteurs mobilisés – 5 entretiens réalisés

- 2 entretiens avec des citoyens data scientists (publication de données en opendata)
- 3 entretiens avec des chercheurs / acteurs de la recherche et des données (CNRS, HDH, SSA)

CCS : Centre de crise sanitaire au niveau national ; CIC : cellule interministérielle de crise ; SCN : Service à compétence nationale des SI mutualisés des ARS ; SpF : Santé publique France ; CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie ; DNS : Délégation ministérielle au numérique en santé ; ANS : Agence du numérique en santé ; ATIH : Agence technique de l'information hospitalière ; HAS : Haute Autorité de santé ; CNS : Conférence nationale de santé ; GRADeS : Groupement régional d'appui au développement de la e-santé ; CNRS : Centre national de la recherche scientifique ; HDH : Health Data Hub ; SSA : Service de santé des armées.

I. UN CONSENSUS FORT AUTOUR DE L'UTILISATION DES DONNÉES POUR LE PILOTAGE DE LA GESTION DE CRISE, ET UN EFFORT EXCEPTIONNEL POUR METTRE EN PLACE LES REMONTÉES ET L'EXPLOITATION DES DONNÉES AU FIL DU TEMPS

Cette partie a pour objectif de montrer de façon chronologique les actions mises en place par les acteurs afin de collecter et d'utiliser les données pour le pilotage de la gestion de crise.

A. L'IRRUPTION DE LA CRISE A ENTRAÎNÉ UN BESOIN MAJEUR ET SOUDAIN D'UN NOMBRE EXCEPTIONNEL DE DONNÉES

Au démarrage de la crise, le Covid-19 correspondait à un phénomène nouveau : ses caractéristiques et ses effets étaient peu connus. Plus tard, des variants évoluant rapidement ont maintenu un contexte incertain.

La **situation s'est dégradée très rapidement**, notamment du fait de la vitesse de propagation rapide du Covid-19 (un agent volatile et contagieux, un taux d'incubation court...). En moins d'un mois, le système de soins était saturé (par exemple, une évolution de 400 personnes hospitalisées avec le Covid-19 à 32 000 a été enregistrée entre mi-mars et mi-avril 2020¹).

Cette situation a demandé une **réponse sanitaire d'une ampleur sans précédent**. Des moyens exceptionnels ont été mis en place par les acteurs pour répondre à la crise (par exemple, de nombreuses évacuations sanitaires par train ou par avion ont été effectuées, plus de 113 millions de tests ont été réalisés entre mars 2020 et août 2021, une campagne de vaccination massive a été engagée).

¹ Point épidémiologique Covid-19 Santé publique France.

Tout cela a mis en évidence un **besoin majeur de données** pour comprendre la situation, suivre la progression de l'épidémie et construire des réponses d'ampleur tout au long de la crise.

B. UNE VOLONTÉ POLITIQUE FORTE DE METTRE EN PLACE UNE GESTION DE CRISE S'APPUYANT SUR LES DONNÉES

• Un pilotage et une communication de crise s'appuyant sur les données

Dès le démarrage de la crise, **le président de la République et le gouvernement** ont donné **une impulsion forte : s'appuyer sur la science et les données pour assurer le pilotage de la crise**, ce qui s'est traduit notamment par plusieurs engagements emblématiques :

- **un pilotage fondé sur l'expertise scientifique, reposant notamment sur les données**, via la constitution de cellules d'experts en support des cellules de crise, comme le Conseil scientifique mis en place le 11 mars 2020 (organisation consultative indépendante composée d'une quinzaine de membres de différentes disciplines scientifiques et médicales complétée par un Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale placé auprès du ministre chargé de la Santé mis en place en décembre 2020) ;
- **une communication forte et fréquente auprès du grand public s'appuyant sur les chiffres de l'épidémie**, avec la tenue régulière de conférences de presse nationales, étayées par des analyses graphiques, des chiffres détaillés et l'expertise d'intervenants qualifiés ;
- **une politique d'Open Data très marquée**, avec notamment la publication de nombreuses données dès le début de l'épidémie.

• Les acteurs interrogés soulignent l'importance d'utiliser ces données pour quatre fonctions du pilotage : l'analyse de la situation, l'anticipation, la prise de décision et la communication

L'importance d'utiliser les données pour quatre fonctions du pilotage a été soulignée par les acteurs interrogés. Il leur apparaît utile d'avoir des données pour : **analyser la situation** (détecter les signaux, recenser les moyens disponibles...) ; **anticiper** (réaliser des projections pour mettre en place des actions visant à limiter la propagation de l'épidémie, préparer les acteurs du système de soins...) ; **prendre des décisions** (affiner les décisions et les légitimer) ; et **communiquer** (informer les acteurs impliqués dans la gestion de crise et la population, pour rendre compte de l'action des pouvoirs publics et changer les comportements).

• De nombreuses données ont été identifiées pour répondre à ces quatre fonctions, avec des niveaux de disponibilité et de qualité variables au démarrage de la crise

Dès le début de la crise, **des données sanitaires essentielles au pilotage ont été identifiées par les acteurs interrogés dans le champ sanitaire :**

- données de suivi de la pression épidémique ;
- données de suivi de la capacité du système de soins ;
- données de suivi de la vaccination (à partir du démarrage de la campagne de vaccination) ;
- données de connaissance de la maladie et de ses impacts.

Suivi de la pression épidémique	Identification et suivi des contaminations et chaînes de transmission (Cas Covid, Cas Contact...)
	Suivi des consultations médicales pour suspicion Covid (médecine de ville, urgences...)
	Suivi des hospitalisations (Cas Covid hospitalisés...)
	Suivi de la situation au sein des EHPAD (Cas Covid, Décès...)
	Suivi des décès (Décès pour cause covid...)
Suivi de la capacité du système de soin	Suivi du nombre de lits disponibles (lits totaux, lits de réanimations...)
	Suivi des stocks de divers matériels médicaux (respirateurs, EPI, médicaments...)
	Suivi des tests (matériels, lieux...)
	Suivi du planning des établissements de santé (opérations programmées, reprogrammables...)
	Suivi du personnel soignant disponible (soignants disponibles par spécialité...)
	Suivi des capacités hospitalières disponibles (hôpitaux publics, privés...)
Suivi de la vaccination	Suivi de l'avancée de la campagne de vaccination (couverture vaccinale, répartition des doses...)
	Recensement des lieux de vaccination (pharmacies, centres de vaccination...)
	Mesure de l'efficacité de la vaccination et de ses effets (signalement des effets secondaires...)
Connaissance de la maladie et de ses impacts	Connaissance du contexte socio-démographique sur le territoire (décès annuels, comorbidités...)
	Suivi des effets du Covid (symptômes, létalité...)
	Efficacité / Fiabilité des protocoles de prise en charge et des traitements (protocoles, traitements...)
	Connaissance des travaux de recherche en France et à l'international (protocoles, traitements...)

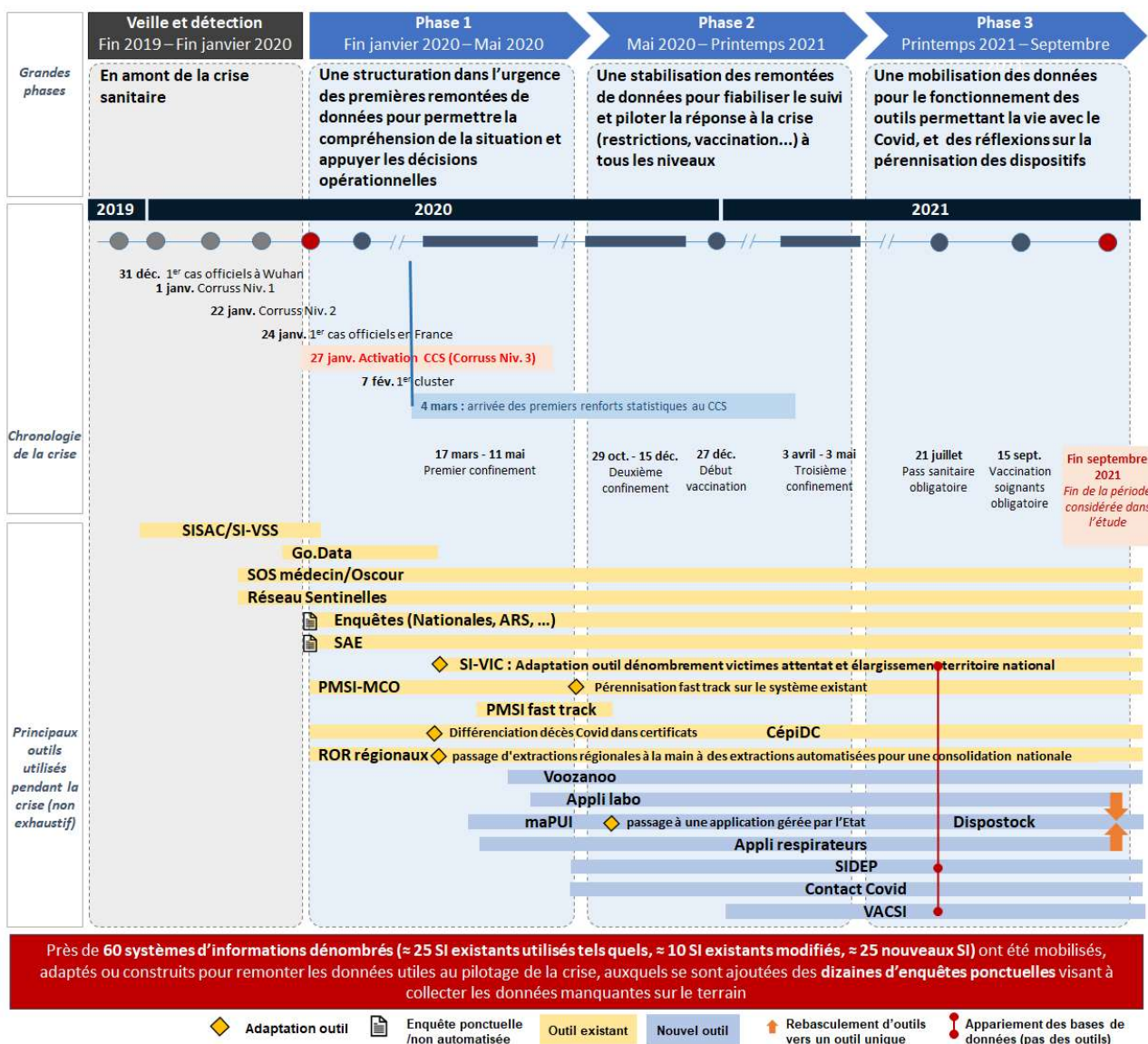
EPI = équipement de protection individuel.

Afin d'assurer le pilotage de la crise, ces données sont apparues nécessaires à **des fréquences différentes**. Par exemple, les données de suivi de la pression épidémique demandaient une fréquence de remontée au plus près du temps réel, en particulier dans les phases de pics épidémiques, alors que les données décrivant la maladie (tableau clinique, par exemple) nécessitaient notamment une connaissance globale du séjour des patients hospitalisés, voire de l'ensemble de leur parcours de santé, pour éclairer la pratique clinique des professionnels de santé et alimenter la recherche. Par ailleurs, **les niveaux de maturité de collecte de ces données différaient avant la crise, avec, dans l'ensemble, un niveau de maturité ou de réactivité faible** (secteur médico-social et libéral, causes médicales de décès, etc.) témoignant d'un manque de préparation du système en matière de collecte et d'utilisation des données dans le cadre d'une crise sanitaire.

C. LA STRUCTURATION DES REMONTÉES DE DONNÉES EN LIEN AVEC LA CRISE S'EST FAITE PROGRESSIVEMENT À PARTIR DE L'ACTIVATION DU CENTRE DE CRISE SANITAIRE FIN JANVIER 2020, MARQUANT LE DÉBUT DU PILOTAGE DE LA CRISE SANITAIRE

Depuis l'activation du Centre de crise sanitaire fin janvier 2020 et jusqu'à fin septembre 2021, la structuration des remontées de données s'est progressivement mise en place. On peut distinguer trois phases principales : **Phase 1**, de janvier à mai 2020, **Phase 2**, de mai 2020 au printemps 2021, et **Phase 3**, du printemps 2021 à septembre 2021 (fin de la période d'étude).

Au cours de ces phases, près de **60 systèmes d'information** ont été mobilisés, adaptés ou construits pour remonter les données utiles au pilotage de la crise, auxquels se sont ajoutées des **dizaines d'enquêtes ponctuelles** visant à collecter des données manquantes sur le terrain. Sur le graphique ci-dessous, les principaux outils sont représentés.



1. **Phase 1, fin janvier 2020 – mai 2020** : une structuration dans l'urgence des premières remontées de données pour permettre la compréhension de la situation et appuyer les décisions opérationnelles

- Une mobilisation forte et rapide des acteurs sur la question des données, mais une dynamique peu coordonnée et des actions en ordre dispersé

Dès le démarrage de la crise, une gouvernance s'est mise en place aux niveaux national et local via la constitution de cellules de crise : Centre de crise sanitaire au niveau national (CCS) et cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) au sein de chaque agence régionale de santé (ARS).

Afin de répondre au besoin majeur de données pour le pilotage, de nombreux acteurs avec des compétences en matière de données se sont mobilisés :

- **au sein de l'administration. Au niveau national** (par exemple, détachement de personnels de la DREES vers le CCS dès février 2020, mobilisation des agents de Santé publique France [SpF] et de la CNAM), et **au niveau régional** (par exemple, mobilisation des services statistiques des ARS pour appuyer les CRAPS, mobilisation identique dans les établissements de santé, etc.). Un support complémentaire **d'autres profils de l'administration** a été apporté (par exemple, un agent du Service de santé des armées est venu piloter un pôle dédié à la recherche et au partage des données et connaissances scientifiques sur le Covid-19)
- **en dehors de l'administration. De nombreux acteurs externes se sont mobilisés** pour apporter leur savoir-faire en matière de données. Par exemple, on peut citer la mise à disposition par des **collectifs civils de data scientists volontaires** d'outils de visualisation / représentations graphiques à partir des données mises en ligne par SpF, et la mobilisation de **nombreux chercheurs** dans des consortiums d'échanges et de collaboration autour de travaux liés au Covid-19 (par exemple, la création par le CNRS de la plateforme ModCov19 pour recenser les travaux de chercheurs).

Cependant, **ces mobilisations sont restées peu coordonnées**, avec un pilotage transverse insuffisant et une difficulté globale à cerner les rôles et compétences de chacun. Les initiatives sont restées souvent en silo, et les acteurs à différents échelons ont le sentiment d'agir « dans leur coin » faute d'une coordination nationale établie. Au-delà, de nombreuses initiatives volontaires sont peu entendues, et elles sont sous-exploitées selon certains acteurs (par exemple, des ARS qui ont eu l'impression d'être associées tardivement à la gestion de crise et aux enjeux de collectes).

- **Une capitalisation immédiate sur les outils existants pour établir un suivi de la situation, mais des dispositifs rapidement dépassés**

Au début de la crise, les outils de veille existants sont rapidement mobilisés pour signaler les premiers cas ou clusters sur le territoire national : **Sisac** (SI national pour signaler tout événement sanitaire des ARS à l'administration centrale) ; **SI-VSS** (SI régional pour signaler tout événement sanitaire au sein des ARS) ; **Go.Data** (SI développé par l'OMS pour assurer un suivi épidémiologique – le nombre de cas positifs – à petite échelle) ; **réseau Sentinelles** (outil de veille de SpF constitué d'un réseau de médecins généralistes signalant et remontant des données relatives aux infections respiratoires aiguës) ; **SurSaUD** (système de surveillance sanitaire des urgences et des décès, comprenant notamment des remontées de **SOS médecins** et des services d'urgences).

Cependant, ces outils sont très rapidement **dépassés face à l'ampleur de la crise** et à l'augmentation rapide des cas et des clusters sur l'ensemble du territoire national (ce sont des outils de signalisation et pas de dénombrement à grande échelle). Les équipes des cellules de crise sont souvent obligées d'effectuer un **travail manuel fastidieux** pour tenter de suivre les premières chaînes de contamination (sur Excel, sur papier...). Cela conduit rapidement à un **suivi partiel des cas et à une incapacité à suivre les chaînes de contamination** pendant quelques semaines, limitant le pilotage de la réponse à l'épidémie et la capacité à la maîtriser.

- **Un besoin majeur et urgent de remontées de données structurées pour permettre un suivi des cas et de la situation hospitalière, dans un contexte d'évolution rapide de l'épidémie**

Très rapidement, des fortes tensions hospitalières se font ressentir sur le territoire national, **avec près de 40 000 personnes hospitalisées** pour Covid-19 **sur le mois de mars 2020** dont près de 9 000 admises en soins critiques.

Dans ce contexte, **l'identification des données hospitalières et de la situation dans les Ehpad s'avère prioritaire** comme l'évoquent les acteurs interrogés (par exemple, les données d'occupation des lits, les données de matériels, les données de cas positifs ou de décès dans les Ehpad...).

À cette période, il aurait été également opportun, selon certains acteurs, de **prioriser la collecte de données scientifiques**, liées à la connaissance de la maladie, afin d'améliorer les dispositifs et les pratiques professionnelles de prise en charge.

- **Face à ces besoins, une difficulté à s'appuyer sur les outils existants et l'absence totale de données dans certains domaines**

Pour répondre à ces nouveaux besoins en données, les acteurs mobilisent les outils existants, par exemple la **Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)**, pour connaître la capacité théorique des établissements de santé par service, ou le **Répertoire opérationnel des ressources (ROR)**, pour connaître le nombre de lits installés et le nombre de lits disponibles. Cependant, ces outils se révèlent rapidement inadaptés pour le pilotage d'une crise sanitaire, notamment en ce qui concerne la **maille géographique** (des outils permettant de récupérer des données à l'échelle locale ou régionale alors que les décideurs avaient besoin de données consolidées au niveau national en temps réel – par exemple, le ROR) et la **fréquence** (des outils récoltant des données de façon ponctuelle – collecte trimestrielle et/ou annuelle – alors que la crise impliquait un suivi quotidien, voire en temps réel – par exemple, la SAE ; ou des remontées décalées dans le temps, comme c'est le cas pour les causes médicales de décès ou pour le PMSI). Dans certains domaines, les données disponibles sont même anciennes, par exemple les données de situation au sein des Ehpad qui proviennent d'une enquête statistique de la DREES réalisée tous les quatre ans, les dernières données remontant à 2015 à ce moment-là. Les données statistiques structurelles apportent des premiers éléments de cadrage, mais elles ne répondent pas au besoin de pilotage de crise, car elles n'ont pas vocation à permettre un suivi conjoncturel, qui plus est dans le cadre d'une crise épidémique.

- **La mise en place dans l'urgence de remontées de données pour répondre aux besoins de pilotage – aux niveaux national et infranational**

Afin de répondre au manque d'outils utiles au pilotage de la crise, plusieurs chantiers sont conduits au niveau national :

- **des chantiers d'adaptation d'outils existants pour fiabiliser et compléter les remontées.** On retient notamment deux chantiers majeurs : **celui sur le ROR** conduit par la DGOS et la DREES en mars 2020 afin d'obtenir des données sur le nombre de lits disponibles au niveau national en temps réel ; et **celui sur SI-VIC**, outil conçu initialement pour suivre les victimes d'attentats (2015), conduit par l'ANS sous pilotage de la DGS en mars 2020, afin de suivre les hospitalisations liées au Covid-19, retours à domicile et décès, au plus près du temps réel ;
- **la construction de nombreux outils ad hoc pour répondre aux besoins non couverts.** On retient notamment **la construction de l'outil Voozаноо** par SpF en mars-avril 2020 sur une infrastructure informatique existante (portail de signalement des maladies du ministère des Solidarités et de la Santé) pour suivre les cas et les décès liés au Covid-19 au sein des Ehpad, et **divers chantiers de mise en place d'outils ad hoc** par les renforts de la DREES au **CCS**, en mars-avril 2020, pour répondre à des besoins urgents (application « Respirateurs » pour suivre les respirateurs disponibles ; application « Laboratoires » pour suivre les équipements pour les tests dans les laboratoires ; application « Épi-Stocks » pour suivre les équipements de protection individuels) ;

- **le lancement en parallèle de nombreuses enquêtes pour répondre à des demandes spécifiques.** De nombreuses enquêtes auprès des établissements sont également menées pour collecter des données ne faisant pas l'objet de remontées fiables via les outils mis en place (par exemple, les enquêtes de la DGOS auprès des établissements pour connaître les capacités en réanimation, en sus du ROR). Ces enquêtes sont souvent en doublon – notamment entre échelons national et régional – et sont réalisées à travers des canaux peu adaptés (Excel, WhatsApp, SMS, e-mails...).

Les acteurs régionaux et de terrain ont également structuré des remontées d'informations, pour leurs propres besoins de pilotage, et à un degré de coordination variable avec les acteurs de l'échelon national. Par exemple, l'ARS Île-de-France, disposant comme d'autres ARS de compétences mobilisables importantes (une cellule de données dédiée, de nombreux statisticiens mobilisés et un appui de leurs partenaires – GRADeS Sesan, observatoire régional de santé, cellule régionale de SpF...), a développé avant l'arrivée de Voozadoo un questionnaire auprès des Ehpad pour connaître le nombre de leurs cas et de leurs décès. Elle a également développé une plateforme, **Cas Covid Hébergement**, pour suivre le nombre de cas et de décès dans les hébergements sociaux.

- **Ces initiatives nationales et infranationales ont conduit à des processus complexes et à un foisonnement de données, et ont généré une pression forte sur les équipes de terrain**

Ces processus de collecte de données à tous les échelons s'avèrent complexes. **De nombreuses collectes de données restent non automatisées** et impliquent un fort investissement des équipes, notamment au niveau du terrain, pour effectuer le recueil et la saisie des données (par exemple, un remplissage à la main et en temps réel des données de SI-VIC, ROR...). **Les outils ont souvent été adaptés ou construits dans l'urgence, avec un manque de coordination**, conduisant notamment à des erreurs de collecte (par exemple, dans Voozadoo, le manque d'une doctrine de remplissage partagée a donné lieu à des incohérences dans les saisies de certains Ehpad, notamment sur le nombre de cas). **Ces difficultés dans les remontées ont donné par conséquent lieu à des retraitements et /ou une consolidation parfois complexes.**

Ces processus lourds ont également induit **une forte pression sur les équipes. Au sein des établissements**, elles ont été fortement mobilisées pour répondre aux nombreuses collectes de données, parfois redondantes. **Au niveau régional**, les ARS devaient assurer un rôle de pivot pour répondre aux nombreuses demandes de données au niveau national, aux demandes de partenaires régionaux (préfectures), tout en pourvoyant leurs propres besoins en données. Enfin, **au niveau national**, les équipes ont fourni des efforts conséquents pour retraiter, comparer et mettre en cohérence les données issues des différentes sources (par exemple entre SI-VIC et le ROR).

2. **Phase 2, mai 2020 – printemps 2021** : une stabilisation des remontées de données pour fiabiliser le suivi et piloter la réponse à la crise (restrictions, vaccination...)

- **L'aboutissement de chantiers nationaux majeurs permettant une automatisation des remontées de données et la construction d'indicateurs partagés en temps réel**

Au cours de la crise, le retour d'expériences et la possibilité de dégager un minimum de temps pour des investissements ont conduit à une **amélioration progressive** des circuits de collecte

et à la mise en place de remontées de données automatisées, facilitant la mise en place et le calcul des indicateurs clés pour le pilotage de la gestion de crise.

Trois chantiers majeurs illustrent cette amélioration progressive :

- **SI-DEP**, développé en avril 2020 par l'AP-HP et un consortium d'acteurs privés sous le pilotage de la Délégation ministérielle au Numérique en Santé (DNS), pour **remonter en temps réel les données sur l'ensemble des tests réalisés** sur la population, quel que soit le lieu de prélèvement ;
- **Contact Covid**, mis en place par la CNAM en mai 2020, pour **assurer le *tracing* des cas contacts et des chaînes de contamination** ;
- **Vaccin Covid**, développé en décembre 2020 par la CNAM dans le cadre d'une équipe projet pilotée par la DNS, pour **suivre en temps réel la campagne de vaccination**.

Ces trois outils, construits dans des temps records (par exemple, trois semaines pour SI-DEP), sont identifiés par les acteurs comme une avancée majeure dans le pilotage de la crise. Pour y parvenir, des groupes de travail ont été mis en place avec l'ensemble des acteurs impliqués à tous les échelons (producteurs de données, responsables de la collecte et du traitement, utilisateurs des données) pour construire les outils et perfectionner dans le temps leurs usages.

En parallèle, des chantiers nationaux ont été conduits **pour affiner et fiabiliser les remontées de données mises en place et/ou utilisées lors de la phase précédente**. Un premier exemple est l'analyse des séjours SI-VIC d'une durée anormalement longue à l'été 2020, séjours qui ont été signalés aux ARS afin qu'elles puissent échanger avec les établissements de santé pour corriger si nécessaire les données. Des travaux de comparaison des données SI-VIC avec les données remontées « en routine » par les établissements de santé une fois les séjours clôturés et remontés dans le PMSI ont aussi été réalisés, pour identifier les écarts, et s'assurer que l'outil SI-VIC apportait une information fiable pour le suivi en temps réel de l'épidémie. Autre exemple, la reprise de l'outil privé MaPUI (suivi du stock des médicaments prioritaires) par l'ATIH et la DGOS sous forme d'un outil d'État en novembre 2020, **e-Dispostock**. L'objectif était d'avoir un outil réactivable en cas de besoin, limitant ainsi les coûts associés à l'externalisation d'un tel dispositif. Depuis, de nombreuses évolutions ont eu lieu notamment avec l'intégration de nouvelles fonctionnalités début 2021 (par exemple, le suivi des stocks de vaccins).

- **Une place croissante de la donnée dans le pilotage de la gestion de crise et un cadre d'utilisation des données plus sécurisant**

Dans l'ensemble, on observe au cours de cette phase une place croissante de la donnée **dans le pilotage de la gestion de crise. La mise en place de collectes de données fait partie intégrante des stratégies de réponse** à la crise, comme « tester, alerter, protéger ».

Si l'on reprend les quatre fonctions du pilotage :

- **le suivi de la situation est abouti** (existence d'indicateurs permettant un suivi de la situation en temps réel sur l'ensemble du territoire) ;
- **des processus de production et de diffusion de données sont mis en place pour alimenter la prise de décision** (prises de décision légitimées par l'utilisation d'indicateurs partagés) ;
- **la communication est renforcée** (utilisation forte des données et des indicateurs pour expliquer les mesures mises en œuvre) ;
- **une logique d'anticipation se met progressivement en place** (mise au point d'outils de prédiction par certains acteurs : Institut Pasteur, ARS Île-de-France...).

- **Cependant, des remontées et modalités d'utilisation des données encore cloisonnées pèsent sur le pilotage d'une crise sanitaire installée dans la durée**

Malgré ces avancées, on observe des difficultés persistantes dans les remontées de certaines données, notamment **celles peu structurées** (par exemple, l'outil Voozanoo de suivi des Ehpad, qui reste un outil de collecte peu normé) et **des processus non uniformisés** (par exemple, des ARS utilisant des outils de suivi des clusters différents).

Au-delà, il y a **une difficulté à avoir une vision unifiée de la situation et de l'effet des réponses**. En effet, les outils sont silotés et non interconnectés, ce qui implique toujours un travail fastidieux pour les acteurs impliqués dans la collecte et le traitement des données. Il existe également une profusion de tableaux de bord et d'indicateurs utilisés à tous les échelons, posant des questions de cohérence et de lisibilité de l'ensemble.

3. **Phase 3, printemps 2021 – septembre 2021** : une mobilisation des données dans un fonctionnement permettant la vie avec le Covid-19, et des réflexions sur la pérennisation des dispositifs

- **Des travaux autour des données visant à approfondir la compréhension de la situation, à affiner les actions de réponse et à mieux cerner leur impact ; mais les enjeux de collecte de données perdurent**

Dans un contexte de crise persistante, et de maîtrise progressive des rouages de la gestion de crise du Covid-19, **des travaux d'approfondissement autour des outils de crise sont conduits** :

- pour éprouver la robustesse de ces outils (par exemple, l'amélioration de la qualité du pseudonyme dans SI-DEP) ;
- pour affiner les prises de décision et soutenir la mise en place de nouvelles réponses de gestion de crise (par exemple, en juin 2021, des travaux d'appariement **entre les bases de données SI-VIC, SI-DEP et Vaccin Covid** ont été menés, ce qui a permis à la DREES et à SpF d'étudier l'efficacité de la stratégie vaccinale : lien entre statut vaccinal, infection et risque de développer une forme grave demandant une hospitalisation).

Cependant, de nouveaux défis en matière de données, liés à de nouvelles décisions de gestion de crise, **mettent également en évidence des enjeux restants en matière de collecte de données**. Ainsi en juillet 2021, dans le cadre de la décision de la vaccination obligatoire des personnels soignants, naît le besoin de connaître le statut vaccinal des soignants.

L'outil Vaccin Covid ne pouvant être utilisé, sauf dans certaines conditions et de façon subsidiaire, à des fins de contrôle de l'obligation vaccinale par les établissements pour des questions juridiques, les ARS et les établissements de santé ont dû utiliser des moyens alternatifs afin de vérifier le statut vaccinal du personnel des établissements de santé et des professionnels de santé libéraux.

- **Des premières réflexions sur les perspectives de pérennisation d'outils utilisés pour la gestion de la crise**

La crise a démontré l'intérêt de certains projets autour des données, voire a représenté un accélérateur fort. Les acteurs ont notamment évoqué le fait que la crise a confirmé **l'intérêt de mettre en place l'identifiant national de santé (INS) pour faciliter le partage de données**, afin d'apparier facilement les bases de données entre elles. L'INS est obligatoire dans les SI de santé depuis 2016. En revanche, son utilisation est toujours interdite en dehors du cadre du soin (toutefois une autorisation peut être donnée dans le cas d'une recherche). Mais son usage s'est beaucoup plus répandu depuis janvier 2021, ce qui va accélérer son

déploiement courant 2022. La crise a également permis d'accélérer la mise en place du ROR et l'uniformisation de son utilisation dans toutes les régions.

Des premiers travaux sont d'ores et déjà engagés dans une perspective de pérennisation de certains outils. Par exemple, concernant **le ROR, une trajectoire de centralisation progressive** est amorcée : l'objectif serait d'avoir un outil unique partagé par toutes les ARS, permettant de disposer d'une vision régionale et nationale quant au nombre de lits disponibles et à l'offre de soins. Toutefois, ce chantier de centralisation du ROR ne porte pas en soi d'amélioration de la qualité des données qui l'alimentent, en matière d'exhaustivité et de fraîcheur notamment. Des arbitrages doivent être rendus sur la priorisation des actions à mener, entre l'élargissement de son périmètre et la fiabilisation de l'offre de soins déjà intégrée, afin de répondre aux enjeux opérationnels de son utilisation par les professionnels et les établissements de santé.

D'autres outils pourraient également voir leur utilisation élargie à de nouveaux cas d'usage, comme c'est le cas de **SI-DEP qui devrait évoluer vers un nouvel outil concernant les résultats de biologie d'autres maladies** (par exemple, les bronchiolites infantiles).

II. LA MOBILISATION SANS PRÉCÉDENT DES ACTEURS AUTOUR DE LA DATA DANS LE CONTEXTE DE CRISE A MIS EN LUMIÈRE DES DÉFIS À TOUTES LES ÉTAPES DE LA COLLECTE ET DE L'UTILISATION DES DONNÉES

Dans cette troisième partie, une analyse détaillée des cinq grandes étapes de la collecte et de l'utilisation des données a été conduite afin d'étudier les modalités de fonctionnement mises en place pour chaque étape pendant la crise et de pouvoir en tirer des enseignements.



A. DES DIFFICULTÉS DE FORMULATION ET DE PRIORISATION DES BESOINS EN DONNÉES, ET UN MANQUE DE COORDINATION ENTRE ACTEURS

- En fonction des acteurs considérés et de leur rôle en matière de pilotage, la nature des besoins en données diffèrent

Plusieurs facteurs influent sur la nature des besoins en données des différents acteurs :

- **le périmètre et le domaine d'intervention** – les besoins sont ainsi/notamment différents si les acteurs ont en charge la gestion du système sanitaire (par exemple, le pilotage de l'offre de soins par le ministère de la Santé) ou plutôt la mise en œuvre de restrictions (par exemple, la mise en place du confinement et du déconfinement par le ministère de l'Intérieur) ;
- **la maille géographique** – périmètre national (gouvernement, HAS...), régional (ARS...) ou local (établissements de santé et médico-sociaux, professionnels libéraux, préfetures, mairies...);
- **la situation épidémique** – situation de pic épidémique (impliquant des besoins de données fréquents) ou situation de creux (impliquant une moindre fréquence de suivi, mais aussi une mise en alerte).

En conséquence, les besoins en données peuvent être, selon les acteurs, proches **mais avec des caractéristiques différentes** concernant la **nature des données** (le nombre de cas, le taux d'incidence, le nombre d'hospitalisations...), la **forme des données** (brutes ou agrégées, nominatives ou pseudonymisées), le **niveau de granularité** (national, régional, local), la **fréquence des remontées** (quotidienne, mensuelle...).

- Une difficulté dans la formulation des besoins en données pour la gestion de crise

Pendant la crise, de nombreux acteurs impliqués dans la production ou dans le traitement des données évoquent, dans l'ensemble, **des demandes insuffisamment contextualisées** : elles portent parfois sur « une donnée », sans précision de la question de pilotage sous-jacente et des éléments nécessaires à sa production (périmètre, fréquence de remontée attendue...). De plus, les demandes ont souvent lieu **dans une logique descendante**, avec des difficultés pour les acteurs de terrain à obtenir des précisions, ce qui complexifie leur capacité à fournir des réponses adaptées.

A été également constatée **une tendance à focaliser les besoins sur les données d'ores et déjà connues** et suivies hors crise, sans envisager l'ensemble du spectre. Ainsi, certains acteurs regrettent que l'effort de collecte de données concernant la maladie et ses effets, ou encore la médecine de ville, soit resté limité (effet « lampadaire »).

Aussi, **la coordination de la demande des acteurs du pilotage, en matière d'identification et de priorisation des besoins est restée limitée**. Les équipes en charge de la production et du traitement des données reçoivent de multiples demandes, proches mais non identiques, par des acteurs différents.

Par conséquent, **de nombreux besoins se sont avérés insuffisamment pris en compte dans la construction des premiers outils**, et ont engendré des difficultés opérationnelles dans l'utilisation des données puis des modifications *a posteriori*.

- Une amélioration progressive de la prise en compte des besoins des différentes parties prenantes dans la construction des nouveaux outils

On observe tout de même **une amélioration progressive dans la prise en compte des besoins** dans le cadre de la construction de nouveaux outils (ou de nouveaux usages) : exemples de SI-VIC, SI-DEP et Vaccin Covid.

En mars 2020, SI-VIC a été adapté pour suivre les hospitalisations. Cela s'est effectué dans l'urgence et sans coordination entre les acteurs, conduisant à des erreurs et des manques dans son usage (par exemple, une différenciation des types de lits non intégrée à l'origine entre réanimation et soins intensifs). Suite au besoin de données plus fines (distinction de la réanimation parmi les soins critiques par exemple), l'outil a été amélioré, malgré des limites persistantes (il n'a pas été conçu pour être utilisé aussi longtemps et pour une telle volumétrie).

En mai 2020, SI-DEP a été construit pour suivre les résultats des tests. Grâce à la constitution d'un groupe de travail multi-acteurs pour construire l'outil (DNS, DGS, DREES, SpF, industriels, laboratoires...), l'outil a pu couvrir un certain nombre de besoins exprimés, par les fournisseurs de données comme par les utilisateurs, même si le contexte d'urgence a limité la prise en compte de tous les besoins.

En décembre 2020, Vaccin Covid a été élaboré pour suivre la campagne de vaccination. On observe une **amélioration notable dans la prise en compte des** besoins des différentes parties prenantes, soulignée par les acteurs interrogés : mise en place d'un SI unique centralisé s'appuyant sur des groupes de travail multi-acteurs, anticipation du besoin de données de vaccination individualisées (ayant permis une génération rapide du pass sanitaire ensuite), construction associée d'un tableau de bord national utile à tous les acteurs, y compris en local (Datavac). Cependant, certains besoins qui au départ n'ont pu faire l'objet d'arbitrages se sont révélés indispensables, et ont causé des difficultés dans l'utilisation des données (par exemple, l'absence de données sur le lieu de résidence des personnes vaccinées).

B. LA MISE EN PLACE DE LA COLLECTE ET DES REMONTÉES DE DONNÉES AUX DIFFÉRENTES PHASES DE LA CRISE S'EST HEURTÉE À DES DIFFICULTÉS TRANSVERSES

- **Des difficultés d'expression et de priorisation des besoins qui se sont traduites dans les modalités de collecte devenues complexes, foisonnantes et redondantes au cours de la crise**

Les difficultés dans la formulation et la priorisation des besoins se sont directement traduites dans les collectes de données. Comme il l'a été montré dans la deuxième partie, de nombreux circuits de collecte se sont mis en place avec souvent des doublons à tous les échelons, demandant un travail fastidieux aux acteurs (ceux en charge de construire les outils ou les responsables des collectes et des traitements...). Cela a un impact direct sur la **charge** de collecte pour les fournisseurs de données, mais aussi sur la **qualité** des données collectées, ainsi que sur leur **sécurité**.

- **Des référentiels insuffisamment partagés entre les acteurs, ce qui a complexifié la mise en place des outils de collecte**

Pendant la crise, les acteurs sont confrontés à **un manque majeur d'usage des référentiels communs** (Finess², RPPS³...). Par ailleurs, certaines données au sein des référentiels existants ne sont **pas à jour** (par exemple, les contacts des Ehpad dans le Finess) ou ne sont **pas couvertes** (pas de référencement des Samu privés, vétérinaires...). Au-delà, les référentiels existants se sont parfois révélés **insuffisants pour un usage de crise** (par

² Tous les établissements sanitaires et sociaux sont enregistrés dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), répertoire national géré par le ministère des Solidarités et de la Santé.

³ Le Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS référence l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tout professionnel de santé.

exemple, Finess, un référentiel pas toujours à jour ou ne comprenant pas forcément les contacts nécessaires pour la communication avec certaines structures en temps de crise).

Cela a conduit à la construction d'outils de collecte dans des conditions fastidieuses : les acteurs ont dû **consolider les référentiels dans l'urgence, parfois à la main**, pour pouvoir les utiliser (par exemple, en passant des appels téléphoniques pour mettre à jour la liste des laboratoires pouvant faire des tests).

Mais la crise a également amené à concevoir de nouveaux référentiels pour répondre à certains besoins (par exemple, un référentiel des centres de vaccination), en tirant des enseignements des situations passées.

- **Un manque de langage commun pour désigner les données, qui a conduit à des confusions dans le processus de collecte**

Les acteurs évoquent également **un manque de langage commun pour désigner les données**. Est notamment constaté au démarrage un manque de compréhension et d'appropriation du langage technique médical par certains acteurs (par exemple, les décideurs politiques). Certaines notions frontalières font également l'objet d'interprétations différentes sur le terrain en fonction des établissements (par exemple, sens différent des termes réanimation et soins critiques). Il y a également certaines divergences sur les périmètres géographiques (comme la distinction entre Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy par l'ARS Guadeloupe *versus* le regroupement sous le « chapeau » Guadeloupe par SpF). Tout cela s'explique en particulier par le fait **qu'il n'y a pas eu d'étape de définition**, de partage et de communication auprès de tous les producteurs et utilisateurs de données sur les notions clés utilisées pour la collecte et la remontée de ces dernières, dans un contexte de « course contre la montre » face à l'épidémie.

Ce manque de langage commun entraîne des incompréhensions entre acteurs, conduisant à **des besoins de retraitements, du travail en doublon et des communications**, y compris externes, **paraissant comme incohérentes** (par exemple, la difficulté pour les administrés de Guadeloupe à comprendre les écarts de chiffres entre la source SpF intégrant Saint-Barthélemy et Saint-Martin, et la source ARS, focalisant sur les données Guadeloupe).

- **Un cadre juridique qui s'est adapté au contexte de crise pour garantir la protection des nombreuses données collectées, mais qui a entraîné une complexité forte dans la construction des outils et processus dans ce contexte d'urgence**

La collecte de données est régie par **plusieurs textes juridiques majeurs** (notamment le règlement général sur la protection des données et la loi Informatique et Libertés), et fait l'objet **d'un contrôle** de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). L'adaptation d'outils existants et la mise en place de nouveaux outils **suivent des étapes juridiques précises** : présentation de dossier CNIL, publication de décrets et d'arrêtés...

Le contexte de crise a impliqué **la mise en place d'un régime juridique temporaire et exceptionnel pour accélérer le traitement des dossiers**, tout en respectant la protection des données. Dans l'ensemble, les acteurs interrogés expriment un consensus sur **l'intérêt de ce système** et **une reconnaissance des efforts** de la CNIL pour accélérer la prise en charge des dossiers.

Ils soulignent toutefois la complexité de ces démarches, et **questionnent certaines limitations imposées dans l'utilisation des données**. En particulier, il était difficile pour les acteurs de **gérer en parallèle** la construction d'un outil tout en assurant le cadrage juridique (de nombreux allers-retours avec la CNIL). Par ailleurs, le nombre important de dossiers devant être traités par la CNIL tout en conservant un niveau d'exigence fort a impliqué **des**

temps de traitement de dossiers longs, notamment sur des dossiers utiles à la gestion de la crise. Certains dossiers d'adoption de nouveaux outils ont impliqué de longs débats parlementaires amenant parfois à imposer **des contraintes perçues comme trop fortes** par certains acteurs compte tenu de l'urgence sanitaire (par exemple, sur l'application TousAntiCovid permettant d'alerter les cas contacts via le système Bluetooth, l'accès à la date de contact a d'abord été refusé juridiquement, rendant le traçage inutile puisque l'utilisateur ne pouvait pas connaître son temps d'incubation et combien de personnes il avait pu contaminer. Cela a été rectifié seulement six mois plus tard). Certains acteurs ont été contraints, devant certaines situations urgentes, de devoir réaliser des modifications et de prévenir la CNIL en parallèle pour ne pas ralentir la collecte de données. D'autres jugent que **l'accès à certaines données a été trop restrictif** dans ce contexte de crise, freinant certains projets (notamment les travaux des chercheurs).

- **Un constat partagé par les acteurs sur le manque de certaines données majeures pour le pilotage de la crise**

Les acteurs et plusieurs rapports publics ont mis en évidence l'absence **de collecte de certaines données pouvant jouer un rôle majeur** pendant la crise, mais aussi en période hors crise, pour le pilotage du système sanitaire :

- des données pour lesquelles des solutions temporaires ont été mises en place dans l'urgence pendant la crise **demandant à être consolidées**, telles que les données des Ehpad. Avant la crise, ceux-ci faisaient l'objet d'une enquête seulement tous les quatre ans, réalisée par la DREES, la dernière datant de 2015. En mars 2020, devant le manque criant d'informations sur la situation en Ehpad, SpF met en place dans l'urgence un questionnaire en ligne « Voozoo » sur la plateforme de signalement des maladies respiratoires aiguës. Cependant, ce questionnaire reste simple, basé sur du déclaratif et des traitements manuels, et demande à être consolidé et pérennisé ;
- des données disponibles mais qui sont lacunaires et pour lesquelles **la mise en place d'un outil partagé à l'échelle nationale paraît également indispensable** (par exemple, les données de la médecine de ville).

C. LE TRAITEMENT, L'ANALYSE ET LES TRAVAUX DE VISUALISATION DES DONNÉES ONT ÉTÉ PORTÉS DE MANIÈRE TRÈS FRAGMENTÉE PAR UNE MULTIPLICITÉ DE PARTIES PRENANTES

- **Les difficultés rencontrées dans le processus de collecte des données se sont traduites par des difficultés dans la compréhension, le traitement et la mise en qualité des données**

Les collectes de données complexes et parfois redondantes ont conduit à la remontée de données de qualité inégale. Cela a conduit à des travaux de **traitements de données fastidieux, chronophages et redondants entre les acteurs, par des équipes qui n'ont parfois pas d'agents aux compétences poussées en data** (pour comparer les données, comprendre et neutraliser les biais, etc.). À cela s'est ajouté un **manque de partage des règles** de traitement entre acteurs, notamment avec les ARS, conduisant à des **enjeux de cohérence et d'interprétation** des données (par exemple, un désaccord au démarrage sur la date retenue pour les tests – date de prélèvement *versus* date de résultat – donnant lieu à des présentations de données hétérogènes selon les acteurs, posant des questions de cohérence vis-à-vis du public).

Or, l'enjeu de **travailler de manière coordonnée, notamment pour identifier les erreurs**, est apparu comme majeur (par exemple, lors du repérage par les ARS de doublons dans les données SI-DEP liés à des erreurs de saisie, grâce au fait que les ARS ont accès aux données

nominatives – ce qui n'était pas le cas des acteurs nationaux). Dans ce contexte, **des initiatives coordonnées ont été saluées par les acteurs interrogés**, notamment le partage des programmes de traitement par **le service à compétence nationale des SI mutualisés des ARS** du secrétariat général du ministère des Solidarités et de la Santé. Celui-ci a pris l'initiative de partager avec les ARS, peu associées dans les échanges sur les collectes de données, des programmes standardisés permettant d'exploiter et de produire des tableaux de bord adaptés aux besoins, à partir des données produites par les grands SI nationaux (SI-VIC, SI-DEP...). Un autre exemple est la restitution par la DREES des données du ROR et de SI-VIC via des visualisations cartographiques à destination première des ARS (par exemple, la cartographie des lits installés et occupés) ; puis, dans un deuxième temps, d'un tableau de bord rassemblant toutes les données de suivi de l'épidémie, ouvert à toutes les parties prenantes du pilotage national et régional, et aux chercheurs.

- **Des travaux peu axés sur l'anticipation et la construction de modèles prédictifs**

Les travaux de traitement décrits par les acteurs interrogés ont été fortement centrés sur l'analyse de la situation : **une minorité évoque des travaux conduits dans une logique d'anticipation**. Cela s'explique au démarrage de la crise par le **contexte d'urgence** et le **manque de données disponibles**, conduisant les acteurs à prioriser la mise au point d'un suivi en temps réel. Cela s'explique également par **un manque de compétences** requises pour réaliser des modèles prédictifs au sein de l'administration – des compétences data et statistiques, mais également des connaissances métiers (épidémiologie...) – et par l'absence de partenariats institutionnalisés avec des équipes de recherche. **L'Institut Pasteur et des figures clés de la recherche** (Vittoria Colizza, Simon Cauchemez...), aux fortes compétences en épidémiologie, **ont joué un rôle majeur** en proposant des premiers modèles de prédiction à l'échelle nationale. Mais ils l'ont fait dans un cadre peu formalisé, et les résultats de ces modèles n'étaient pas toujours mobilisables « tels quels » pour les besoins opérationnels (par exemple, la modélisation de flux et non de stocks). Au fil de la crise, d'autres acteurs, à différents échelons, ont **engagé des travaux autour de modèles prédictifs**, qui ont démontré leur intérêt pour le pilotage et l'anticipation (par exemple, des modèles construits par des infectiologues au sein des établissements ; l'outil de prédiction des occupations des lits STEP de l'ARS Île-de-France).

- **Des outils de visualisation qui se sont multipliés à tous les échelons, invitant à une réflexion sur les leviers de simplification et de mutualisation, tout en préservant une flexibilité pour répondre aux besoins spécifiques de chaque acteur**

Pendant la crise, **les visualisations et tableaux de bord ont joué un rôle majeur pour présenter les données et ont démontré le caractère essentiel de ces instruments** pour permettre aux décideurs d'accéder rapidement à une vision synthétique et parlante des données et pour communiquer auprès du grand public.

Cependant, pendant la crise, le manque de coordination a conduit à **une multiplication des outils de visualisation** à tous les échelons du pilotage impliquant à chaque fois un travail important d'identification des données clés, de conception des modes de représentation adaptés, etc. (par exemple, au niveau local – production d'un tableau de bord par chacune des ARS à partir des mêmes types de bases de données, comme SI-DEP ou Vaccin Covid ; au niveau national – production d'un tableau de bord individuel par chaque acteur, SpF, DREES, cellule interministérielle de crise, CCS, CNAM...).

Cela invite à réfléchir à des leviers de simplification et de mutualisation. Il existe en effet **un intérêt fort à construire un outil de visualisation commun** pour assurer la cohérence des

données partagées ; limiter le travail en doublon (lorsque chaque acteur produit ses visualisations) et mutualiser les moyens ; permettre un accès élargi aux données, de façon sécurisée.

Il existe tout de même la nécessité **d'une certaine flexibilité dans l'outil pour répondre aux besoins propres** à chaque acteur (par exemple, ceux d'une ARS et d'une cellule de crise nationale – qui relèvent de différences d'échelle, locale ou nationale, de types de données, de fréquence, de public cible...). **Une amélioration** progressive a été constatée avec la mise en place pour le suivi de la campagne de vaccination de **l'outil de visualisation unique Datavac**, qui, dès sa conception, se voulait adapté aux besoins de tous les acteurs (acteurs nationaux, ARS...).

D. UN EFFORT MAJEUR DE DIFFUSION DES DONNÉES PENDANT LA CRISE, MAIS DES INITIATIVES MULTIPLES ET PEU COORDONNÉES, N'AYANT PAS RÉPONDU À L'ENSEMBLE DES BESOINS

- **Une diffusion des données parfois peu aisée au sein de l'État**

Les acteurs ont mis en place certaines actions pour assurer une diffusion centralisée des données aux responsables du pilotage des différents échelons. On peut notamment noter, au niveau central, **la mise en place fin avril 2020 par la DREES, en lien avec la DNUM et le pôle « data plateforme recherche innovation » dédié au suivi de la recherche et au partage des données du CCS, d'une plateforme de partage** rassemblant l'ensemble des sources de données provenant de différents acteurs, et destinées aux pilotes nationaux, aux ARS, mais aussi accessibles aux chercheurs. Au niveau local, **de nombreuses diffusions** de données, sous forme de tableaux de bord, **par les ARS à leurs partenaires**, notamment les préfetures, à une fréquence très rapprochée, voire quotidienne.

Cependant de nombreux acteurs évoquent **une difficulté persistante à obtenir des données en interne** tout au long de la crise, notamment au niveau local : des données non communiquées, avec du retard, ou par un mauvais canal de diffusion. Par exemple, ce manque de partage a conduit certaines ARS à devoir **attendre la publication des données en Open Data pour le grand public** et à les recopier à la main (comme les données de dépistage autour de juin 2020). A également été constaté **un sentiment de frustration dans les établissements de santé**, lié au fait de passer du temps à remonter des données à travers de multiples outils, avec peu de visibilité en retour. Cela s'est traduit dans certains cas par un manque de motivation pour répondre aux enquêtes et par des besoins non assouvis, comme par exemple celui de disposer de données très localisées, ainsi que des données des établissements voisins pour anticiper les besoins.

Les chercheurs expriment également un manque d'accès à des données utiles à des travaux pouvant faire avancer la compréhension de la situation et améliorer les prises de décision.

Cela est dû, selon les acteurs, à plusieurs enjeux :

- **une culture du partage de la donnée peu répandue au sein de l'État** (des organisations silotées et une peur soulignée par les acteurs de diffuser leurs données pour des raisons de sécurité ou de mésusage, notamment entre le niveau national et le niveau régional) ;
- **un fort enjeu de visibilité des administrations et une forme de « concurrence » entre acteurs renforçant ce manque de partage** (un défi à être le premier à publier en Open Data ou à exploiter un jeu de données, pouvant s'expliquer par un désir de valoriser tout le travail réalisé en amont) ;
- **des enjeux de sécurité et des contraintes juridiques dans l'utilisation des données de santé, afin de protéger les personnes concernées** (des contraintes

notamment ressenties par certains chercheurs, qui regrettent de ne pas avoir pu accéder plus facilement à des données pour leurs travaux, même s'il faut souligner la mise en place de travaux de recherche beaucoup plus rapide qu'en temps habituel) ;

- **des modalités opérationnelles de partage non adaptées au sein de l'État, en matière de processus et d'infrastructures** (un manque d'outil commun de partage adapté – avec un niveau de sécurité garanti, une capacité à faire transiter des flux importants de données, etc.) ;
- **un coût important de préparation et de mise en forme des données, d'automatisation des extractions et de la production des statistiques, de la documentation des données.**

Les coûts techniques, juridiques et en ressources humaines pour la diffusion et le partage des données sont à prendre en compte dans la gestion de crise.

- **Un effort exceptionnel de l'État pour la mise à disposition de données en Open Data se révélant un atout clé pour mobiliser l'expertise d'acteurs externes et diffuser l'information auprès du grand public**

Les efforts de l'État en matière de partage de données en Open Data pendant la crise ont été soulignés par les acteurs. Ils se sont traduits par la mise à disposition de nombreuses bases de données sous forme de fichiers « plats », avec un accompagnement d'Etalab, sur Data.gouv.fr ; le partage de nombreuses visualisations très parlantes lors de conférences de presse et sur divers tableaux de bord en ligne (site du gouvernement, du ministère de la Santé...) ; de nombreux temps d'échanges entre les acteurs publics et la presse pour expliquer les données (par exemple, la tenue hebdomadaire de conférences avec la presse par SpF).

Ce développement de l'Open Data a pu s'appuyer sur un écosystème d'acteurs privés (collectifs citoyens, *data scientists* indépendants) qui s'est largement mobilisé pour partager du contenu qualitatif en Open Data, comme des visualisations originales – ce fut notamment le cas de sites de visualisations largement consultés par le grand public pour leurs vertus pédagogiques comme CovidTracker (lancé par Guillaume Rozier), Germain Forestier Info (conçu par Germain Forestier) et Météo Covid (créé par Guillaume Saint-Quentin).

De nombreux avantages sont reconnus à l'Open Data pour améliorer l'usage des données :

- un contrôle qualité renforcé avant la publication des données par les producteurs ;
- **un contrôle externe de la cohérence des données** (par exemple, des *data scientists* se saisissent des données disponibles, les analysent et identifient parfois des incohérences, qu'ils font remonter auprès des acteurs publics) ; en temps de crise et malgré le contrôle qualité interne, les données sont diffusées très rapidement après leur production, et des incohérences sont possibles du fait des délais de production très courts ;
- **une stimulation des initiatives privées via la mise en place de visualisations intéressantes** (par exemple, des cartes thermiques pour montrer le taux de positivité en fonction de l'âge par Germain Forestier) **et via la conception de nouveaux outils opérationnels rendant la gestion de crise efficace** (par exemple, la création de l'outil ViteMaDose par Guillaume Rozier pour trouver et réserver rapidement un créneau de vaccination) ; les visualisations ont rarement été produites par l'État, non pas par manque de compétence, mais du fait que les ressources humaines en *data scientists* au sein de la cellule de gestion de crise ont été prioritaires sur la production des données, leur analyse et leur restitution pour le pilotage ; de plus les circuits de validation n'étaient pas adaptés à une communication rapide d'outils de visualisation dédiés au public ;

- **un outil de communication pédagogique auprès du grand public** (par exemple, les visualisations graphiques utilisées lors des conférences de presse, ou encore le compteur des vaccinations sur la façade du ministère).
- Cette politique d'ouverture des données a également mis en lumière certains enjeux pour améliorer encore l'impact de l'Open Data

Tout d'abord, les acteurs mettent en avant un besoin de rationalisation des nombreux canaux de diffusion de données disponibles en Open Data comme **condition clé de la cohérence des données diffusées et de la crédibilité de l'État**. Parmi les canaux de diffusion utilisés au cours de la crise, on peut citer Data.gouv.fr (Etalab), les géodes et sites officiels de SpF, le site du gouvernement, le site du ministère des Solidarités et de la Santé, Santé.fr, le site de la CNAM (pour les données de vaccination), le site de la DREES (appariement des données SI-VIC, SI-DEP et Vaccin Covid).

On retrouve parfois sur ces sites des données différentes (par exemple, le lieu de résidence utilisé par la CNAM *versus* le lieu de vaccination disponible pour SpF, problème ensuite résolu), ce qui peut rendre difficile l'identification de l'information cherchée en l'absence d'explication claire et visible des différences entre les sources. Dans d'autres cas, les données sont proches mais avec certaines subtilités qui posent des difficultés d'interprétation aux acteurs (par exemple, la diffusion sur le site Data.gouv.fr des données de vaccination *versus* la publication sur le site de la CNAM des données de vaccination associées à des causes de comorbidités).

Les acteurs mettent également en évidence **un questionnement plus large sur le rôle de l'État en matière de diffusion auprès du grand public**, et la limite pertinente de son action : l'État doit-il uniquement produire et mettre à disposition des données (en laissant des citoyens se charger des visualisations) ou bien doit-il également mettre à disposition du public des visualisations abouties ?

Les acteurs évoquent notamment un malaise **au sein de l'administration au sujet des initiatives privées devenues très visibles et mises en avant dans la communication notamment des responsables politiques**. S'est exprimé le sentiment que les efforts en arrière-plan de l'État sur la production et la mise à disposition de données n'étaient pas reconnus et valorisés, alors qu'ils représentent un investissement très important en ressources techniques et humaines, et que l'État dispose également d'une capacité propre à produire des outils de visualisation grand public. Mais il doit tenir compte de nombreuses exigences, que ne connaissent pas les acteurs privés (charte d'accessibilité de la communication de l'État, par exemple).

Au contraire, certains acteurs au sein et hors de l'administration sont à l'aise avec l'idée d'un rôle de l'État s'arrêtant à la mise à disposition des données, charge ensuite aux citoyens de s'en saisir, de les « challenger », dans une logique constructive, et d'imaginer des modes de visualisation (par exemple, les travaux de Germain Forestier) et des usages (par exemple, Vite ma dose) innovants.

E. LES DONNÉES ONT ÉTÉ FORTEMENT MOBILISÉES POUR L'ANALYSE DE LA SITUATION, LA PRISE DE DÉCISION ET LA COMMUNICATION, MAIS INSUFFISAMMENT UTILISÉES POUR L'ANTICIPATION

Dans l'ensemble, les données ont immédiatement **représenté un pilier du pilotage de la gestion de crise**, en particulier pour décrire la situation et communiquer, puis progressivement pour prendre des décisions, et, dans une moindre mesure, pour anticiper la situation.

1/ Analyser la situation. Dès les premiers mois de la crise, les acteurs ont su mettre en place **un suivi de la situation** appuyé sur les données, via la réalisation de nombreux tableaux de bord à tous les échelons fournissant un point de situation en temps réel aux décideurs. Des analyses de données ont été proposées sur de nombreux sujets pour suivre la situation (par exemple, la pression épidémique) et pour suivre l'impact de décisions (par exemple, la vaccination). **Les enjeux** identifiés sur cet axe sont :

- de **lever les difficultés** juridiques et techniques **de partage de données entre les différents échelons du pilotage** (pas de serveur partagé entre les échelons régional et national où exploiter les mêmes bases à partir des mêmes programmes, par exemple) ;
- de **renforcer les collaborations** entre les acteurs pour rationaliser les travaux d'analyse de situation (par exemple, la construction de tableaux de bord) ;
- d'**exploiter plus rapidement des données** permettant une meilleure connaissance de la maladie.

2/ Communiquer. Les données ont également été **largement utilisées depuis le début de la crise pour communiquer**, notamment auprès du grand public (par exemple en tenant des conférences de presse avec des présentations de graphiques, ou la mise en place de tableaux de bord en ligne). Cette démarche s'est révélée efficace pour informer sur la progression de l'épidémie et faire preuve de pédagogie en invitant la population à changer ses comportements. Les **enjeux** identifiés sur cet axe sont :

- de **veiller à la cohérence des données** diffusées ;
- de **définir le rôle de l'État** en matière de diffusion de données et de visualisations.

3/ Prendre des décisions. Pendant la crise, les données ont été **progressivement intégrées dans le pilotage** de la gestion de crise (ainsi, au cours des premières vagues épidémiques, des décisions de confinement et de déconfinement ont-elles été prises en fonction de l'évaluation de plusieurs indicateurs clés – taux d'occupation des lits de réanimation, nombre de cas...). Cependant, plusieurs **difficultés** ont été évoquées par les acteurs interrogés :

- **le manque de certaines données indispensables pour le pilotage**, total ou partiel (par exemple, le taux d'occupation des lits via le ROR) ;
- **un manque de culture scientifique au sein des instances de pilotage**, rendant parfois difficiles la compréhension des données et la prise en compte de leurs biais ;
- **un questionnement par certains acteurs sur le niveau de prise en compte des données au-delà du champ hospitalier et sanitaire pour prendre les décisions**, posant la question de la capacité à recroiser les données sanitaires et non sanitaires dans la préparation des prises de décision.

Les **enjeux** identifiés sur cet axe sont :

- **de couvrir** les « angles morts » dans les données ;
- d'**améliorer la prise en compte des données et leur bonne compréhension** dans le champ décisionnel.

4/ Anticiper. L'utilisation des données à des fins d'anticipation s'est effectuée dans un **second temps de crise**, et a concerné seulement certains acteurs ayant les compétences nécessaires. En effet, au démarrage de la crise, face à l'impréparation du système sanitaire et de la collecte de données, les efforts se sont concentrés sur la mise en place de collectes de données pour alimenter en priorité les trois autres axes du pilotage (analyse de la situation, communication, prise de décision). Pourtant, il existe un intérêt majeur à mettre en place, dès que possible, des outils prédictifs pour anticiper au mieux et préparer une réponse de crise efficace. Une fois atteinte une certaine maîtrise de ces trois axes, certains acteurs ont mis en

place des outils de modélisation prédictifs (comme l'Institut Pasteur, l'ARS Île-de-France, des CHU...), mais cela implique des compétences spécifiques pas forcément disponibles dans chaque organisation. Les enjeux identifiés sur cet axe sont :

- de **favoriser le développement des compétences utiles à la modélisation prédictive** parmi les acteurs de la gestion de crise (via des compétences internes ou des partenariats), de renforcer la coordination entre acteurs sur les modèles prédictifs ;
- de **mettre en place des leviers pour diffuser les modèles** élaborés et les adapter aux besoins de chaque acteur (modélisation et formats de restitution).
-

F. UNE GOUVERNANCE ET UNE ORGANISATION DE LA GESTION DE CRISE SUR LA PARTIE DATA FRAGMENTÉES, QUI ONT NOURRI LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES TOUT AU LONG DU PROCESSUS D'IDENTIFICATION DES BESOINS, DE COLLECTE ET D'UTILISATION DES DONNÉES

- **Une absence de volet « données » dans la gouvernance de crise qui a conduit chacun des acteurs à agir sans coordination**

Une grande partie des acteurs interrogés identifie au sein du ministère des Solidarités et de la Santé un manque de gouvernance des systèmes d'information et de la donnée, particulièrement ressenti dans le contexte de crise. Il a été nécessaire de sécuriser dans des délais courts de nombreux flux de données et de coordonner l'avancement des chantiers liés à ces dernières. Par exemple, **un pôle « indicateurs »** a été mis en place au niveau du centre de crise (CCS) du ministère de la Santé, mais uniquement à partir d'avril 2020. Ce pôle indicateurs a été chargé de consolider et d'analyser les données collectées pour appuyer le pilotage et la prise de décision. Cependant, il a eu surtout **un rôle technique**, mais **pas de pouvoir d'arbitrage dans le champ des données** (notamment vis-à-vis des producteurs – SpF, CNAM...), **ni de rôle de pilotage transverse** des chantiers liés aux données. Ce pôle ne couvrait par ailleurs pas tous les sujets (par exemple, les données de vaccination remontant par un circuit *ad hoc*, avec notamment une *task force* dédiée).

De plus, l'administration dispose de compétences clés autour des données, mais elles sont dispersées et inégalement représentées au sein des acteurs du pilotage de la crise (par exemple, on trouve des compétences pointues à la DREES : *data scientists*, développeurs... ; des compétences plus limitées au sein de certaines directions métiers ; et des compétences fortes dans les ARS, notamment des statisticiens, mais inégales selon les régions). Le **manque de vision transverse de ces compétences** en matière de données au début de la crise a rendu plus difficile leur mobilisation rapide et peut expliquer pourquoi certains acteurs ont le sentiment de n'avoir pas été suffisamment associés (par exemple, les ARS).

Ce manque de gouvernance a entraîné **un manque de coordination global** au démarrage de la crise qui a ensuite perduré tout au long de la crise, à mesure que les acteurs construisaient leurs propres processus de pilotage. Il a été d'autant plus difficile d'établir cette coordination transverse que **les parties prenantes** (directions ministérielles, opérateurs...) **n'avaient pas l'habitude de travailler régulièrement ensemble sur des sujets liés aux données**, avec une répartition des rôles et responsabilités en temps de crise **non clairement définie** (par exemple, une répartition des périmètres d'intervention floue entre les principaux responsables de traitement des données au niveau national – SpF, CNAM et DREES – donnant lieu à des situations de flottement, mais aussi à des redondances).

La coordination a également été limitée avec le pilotage de crise hors du ministère des Solidarités et de la Santé, de nombreux acteurs mentionnant par exemple le **manque de liens entre le CCS et le centre interministériel de crise**. **Les actions ont semblé plus**

coordonnées au niveau régional et au sein des ARS, avec un appui sur les équipes statistiques existantes au sein des ARS et chez leurs partenaires (comme GRADeS), mais aussi sur des **liens bien définis** entre le directeur territorial de l'ARS et les préfets de chaque département.

- **Un pilotage en silo des chantiers « données » pendant la crise du Covid-19 et une vue d'ensemble difficile à obtenir**

De fait, la répartition des rôles et responsabilités de chacun des acteurs autour des données **s'est faite de façon spontanée, en fonction de leurs compétences respectives**, de leur « bande passante » au moment du besoin et des infrastructures dont ils disposent (par exemple, SI-DEP a été confié à l'AP-HP et un consortium d'acteurs privés notamment du fait de leur capacité à faire, des fortes compétences SI de leurs équipes, de la possibilité de s'appuyer sur des serveurs de résultats de biologie et une infrastructure préexistants et à même de remonter des résultats de laboratoires de biologie médicale).

L'organisation a de plus été très évolutive : des **structures** de pilotage adaptées ont été créées au fil de la crise (par exemple, avec la mise en place du CabCovid, qui préparait les synthèses à destination des instances décisionnaires comme le Conseil de défense et de sécurité nationale). Cette structuration avec un cabinet consacré au Covid-19 est considérée comme peu lisible en matière de rôle et de composition par les acteurs interrogés, y compris ceux impliqués dans le pilotage national de la crise.

En parallèle, en fonction des chantiers des **modalités d'organisation spécifiques ont été instaurées**. Par exemple, différentes *task forces* ont été mises en place pour piloter des grands chantiers (*task force* test, vaccin...). Cette organisation a été **plutôt bien comprise** au niveau national et local. Cependant, **cette organisation est restée très compartimentée** (par exemple, pour la vaccination, la *task force* vaccination assurait la remontée de données auprès du cabinet ministériel, sans passer par le CCS et le pôle indicateurs – si cela a un intérêt quant à la répartition de la charge de travail, le manque de coordination a rendu difficile la mise en cohérence des données).

- **Cette absence de pilotage transverse des sujets « données » a causé des difficultés opérationnelles**

Des **difficultés opérationnelles ont été particulièrement relevées sur les chantiers SI en raison de l'absence de pilotage transverse**. L'adaptation des systèmes d'information était **parfois tâtonnante**, car faisant face à des injonctions diverses de la part des acteurs du fait de l'absence d'un « *board* décisionnel data » rassemblant l'ensemble des parties prenantes⁴. Par exemple, l'Agence nationale du numérique en santé (ANS) a adapté SI-VIC au départ sans appui extérieur et a dû mettre à jour plus d'une dizaine de fois la doctrine de l'outil après les retours du terrain (par exemple, différencier les types de lits).

Par ailleurs, **des travaux ont été réalisés en doublon ou « pour rien »** du fait de l'absence de communication et de liens ou de ponts entre les différents chantiers (par exemple, en mars 2020, une ARS a lancé une application pour suivre les respirateurs et a dû tout changer au dernier moment pour utiliser à la place l'application nationale).

Au-delà, on observe que ces difficultés **s'inscrivent dans la durée** (par exemple, des régions continuent de ne pas utiliser le ROR, rendant difficile la visibilité sur les capacités de lits dans certaines régions au niveau national, et perpétuent l'emploi de canaux autonomes – comme des enquêtes).

⁴ Combes, S., Bacry, E. (2020, juin). Note de synthèse de la *task force* Data vs Covid-19.

Enfin, le manque de pilotage au niveau central a pu conduire à des phénomènes de « concurrence » entre administrations, pouvant notamment freiner la diffusion et le partage de données (par exemple, une volonté limitée de partager certaines données). Le faible niveau de formalisation des liens entre institutions a aussi conduit à les faire reposer en premier lieu sur les personnes, rendant ces liens vulnérables en cas de départ ou de mobilité des collaborateurs, même si, au fil de la crise, des habitudes de travail en commun se sont développées.

III. PISTES DE RÉFLEXION

Dans cette dernière partie, différentes pistes ont été envisagées pour accompagner la consolidation des systèmes de collecte et d'utilisation des données à des fins de pilotage du système sanitaire.

A. LA CRISE DU COVID-19 A ACTÉ L'IMPORTANCE STRATÉGIQUE DE COLLECTER ET D'UTILISER DES DONNÉES POUR LE PILOTAGE DU SYSTÈME SANITAIRE, ET A DÉMONTRÉ L'IMPORTANCE DE DÉFINIR « À FROID » LEURS MODALITÉS D'UTILISATION EN TEMPS DE CRISE

- La crise du Covid-19 a acté l'importance stratégique de collecter et d'utiliser les données pour le pilotage du système sanitaire, notamment en temps de crise

L'utilisation des données pour le pilotage de la crise du Covid-19 est devenue une évidence pour les acteurs du système sanitaire. Dès le démarrage de la crise, il y a une **volonté politique** affichée de **faire de la donnée un outil central de la gestion de crise** avec des enjeux de collecte et d'utilisation des données très visibles dans le pilotage de la crise sanitaire et plus largement du système de santé. Les acteurs interrogés ont également souligné **l'importance d'utiliser les données** pour les **quatre fonctions du pilotage** : l'analyse de la situation, l'anticipation, la prise de décision et la communication. Aussi, depuis deux ans, les acteurs ont **orchestré des remontées quotidiennes de données aux niveaux national, régional et local**, afin d'assurer un pilotage fin de la crise et la construction d'un panel d'indicateurs afin d'appuyer les décisions. Cela a notamment conduit à un **ancrage progressif des modes de fonctionnement entre organisations** sur la question des données (réunions de partage entre institutions...).

La crise du Covid-19 a également marqué un tournant pour les usagers du système de soins et la société civile en matière d'accès à l'information. **Les acteurs en charge du pilotage ont communiqué quotidiennement des données de situation au grand public pour rendre compte de l'action des pouvoirs publics et faire de la pédagogie et ont grandement poussé à la diffusion de la donnée en Open Data.** Les usagers se sont fortement approprié les données, notamment avec l'appui des médias et des initiatives de citoyens compétents en matière de données.

- Les échanges avec les acteurs interrogés ont montré que la construction du volet « données » de la gestion de la crise s'est faite parallèlement à la gestion opérationnelle

Au démarrage de la crise, **peu de données faisaient l'objet de remontées régulières et le schéma de crise n'était pas connu**, générant ainsi un **manque de visibilité** sur la situation et sur les remontées de données à mettre en place. **Les dispositifs** de gestion de crise existants **n'intégraient pas des modalités précises d'utilisation des données** (on peut ainsi mentionner l'existence des différents niveaux du CORRUSS, dont le CCS au sein de la DGS, mais sans compétence en données, appelant à la **mise en place d'un pôle indicateurs**

dans l'urgence). La culture de la donnée et son utilisation pour le pilotage étaient **encore peu développées** au sein du ministère des Solidarités et de la Santé.

Cette situation a impliqué de **construire dans l'urgence l'ensemble du volet data** de la gestion de crise. Pour cela, les acteurs ont conduit de nombreuses actions dans un laps de temps très court :

- **un travail sur la compréhension de la crise** (nature du virus, impacts...);
 - **l'identification des données utiles au pilotage** (pour le suivi de la situation, la prise de décision...);
 - **l'alignement des acteurs autour des mêmes référentiels et même notions** ;
 - **la mise en place des nouveaux systèmes d'information** (par exemple, la construction de SI-DEP, Vaccin Covid, etc.) ;
 - **la construction d'un cadre juridique** permettant de protéger les personnes, tout en accélérant les procédures.
- **Les forces et les faiblesses du pilotage du système sanitaire mises en évidence dans le contexte de la crise du Covid-19**

Pour construire ce volet données de la gestion de la crise, les acteurs ont pu s'appuyer sur plusieurs **forces** :

- **un réseau d'acteurs en charge du traitement et de l'analyse des données** (au niveau national, avec l'existence notamment de SpF, de la DREES, de plusieurs bureaux de la DGOS ; au niveau régional, avec les équipes de statisticiens des ARS et des cellules régionales de SpF ; au niveau local, au sein des établissements) ;
- **des compétences en collecte de données et en construction de systèmes d'information (informaticiens et statisticiens)** au sein de l'administration centrale et de l'écosystème ;
- **la mobilisation d'épidémiologistes spécialistes de la modélisation** (Institut Pasteur notamment) ;
- **une politique préexistante à la crise de développement de l'Open Data avec des procédures établies pour la diffusion des données** ;
- **un cadre juridique imposant une réflexion exigeante** sur l'utilisation et les usages des données collectées, même si ce cadre a pu paraître parfois bloquant.

Mais la construction de ce volet données a révélé aussi plusieurs faiblesses :

- **une organisation de gestion de crise sur la data qui n'avait pas été anticipée, et qui s'est reposée essentiellement sur la mobilisation personnelle** des acteurs ;
- **des périmètres non couverts dans les outils existants** de remontée de données, donnant lieu à des « angles morts » ;
- **une absence de références partagées entre l'ensemble des acteurs** de l'écosystème, notamment en matière de référentiels (méconnus ou insuffisants) et de langage commun (signification des données recueillies) ;
- **un manque d'articulation et d'interopérabilité entre les différents outils** de remontée de données et de gestion de crise ;
- **l'absence d'un responsable des données dans la gouvernance de crise pouvant arbitrer**, qui s'est traduite par un déficit de coordination et d'arbitrage dans la plupart des chantiers autour des données ;
- **un manque de culture de la donnée chez les décideurs** ;
- **un nécessaire accroissement de la littératie numérique du grand public** permettant la compréhension des dispositifs d'Open Data mis en place.

- **Des faiblesses qui ont généré une forte tension sur l'ensemble des acteurs du pilotage de la crise du Covid-19 et démontrent l'importance de définir « à froid » les modalités d'utilisation des données en temps de crise**

Il ressort des entretiens une **forte tension sur l'ensemble des acteurs** impliqués dans le pilotage et dans la gestion des données (décideurs, analystes et statisticiens, équipes SI, équipes métiers, etc.), à tous les échelons géographiques, notamment pendant la première phase de la crise avec une mobilisation exceptionnelle et une forte augmentation du temps de travail, mais simultanément des collaborations exceptionnelles entre les structures publiques (par exemple, l'intervention de collaborateurs DREES pour la mise en place du pôle indicateurs du CCS).

Le manque de préparation du système en matière de données a également eu **un impact fort sur la continuité des activités non liées au Covid-19**, avec une dépriorisation et un report d'une grande partie des activités pendant de nombreux mois consécutifs (ainsi, plus de la moitié de l'effectif de la sous-direction en charge de l'observation de la santé et de l'assurance maladie de la DREES a été mobilisée sur les aspects « données » pendant les premiers mois de la crise). Dans certaines situations, **des sujets sensibles ont dû être traités « à chaud », sans prise de recul et sous la pression des délais**, avec en particulier des sujets nécessitant l'implication des parlementaires et de la société civile, difficiles à gérer dans un contexte d'urgence (par exemple, le cadre juridique d'utilisation et de réutilisation des données personnelles en situation de crise).

Tout cela a montré l'importance **de mieux anticiper le volet données en cas de prochaine crise**. Plusieurs sujets, notamment, pourraient faire l'objet d'une meilleure anticipation :

- **le cadre juridique** d'utilisation des données ;
- **les outils de collecte, de traitement, de visualisation et de diffusion** des données (mobilisation des outils quotidiens en contexte de crise avec des fonctionnalités étendues spécifiques aux situations de crise, construction d'outils *ad hoc*...);
- **l'existence d'un socle de données permettant un suivi de premier niveau de la situation sanitaire et de l'offre de soins** ;
- **les infrastructures et moyens techniques** (puissance de calcul, serveur partagé entre l'échelon national et les ARS pour assurer une production de données cohérente et rationalisée) ;
- **les modalités de coordination** (qui fait quoi, quand ?) **et de gouvernance** autour des sujets de données en contexte de crise ;
- **le développement de la culture de la donnée chez les décideurs, via la formation initiale et continue**.

B. L'ÉTUDE A PERMIS DE METTRE EN LUMIÈRE TROIS AXES CLÉS POUR RENFORCER LE PILOTAGE DES CRISES SANITAIRES GRÂCE À L'UTILISATION DES DONNÉES, EN PRÉPARATION D'UNE CRISE FUTURE

Trois axes clés sont avancés afin d'améliorer la collecte et l'utilisation des données dans le cadre du pilotage de la gestion de crise sanitaire.

1 – La mise en place d'une vision prospective des besoins en données nécessaires au pilotage des futures crises sanitaires, via l'élaboration de scénarios de crise

Le premier axe clé à développer concerne la réalisation, pour l'ensemble des types de crises sanitaires envisageables, **d'un exercice approfondi de prospective sur la nature des données à collecter, les outils à construire et le cadre à donner**, en associant les élus, les

usagers et leurs représentants, afin de **valider un cadre partagé** et de permettre aux acteurs de se concentrer sur la gestion opérationnelle lors de l'arrivée d'une crise.

Les crises sanitaires peuvent être considérées comme *tout événement, de caractère inédit, affectant la santé d'un grand nombre d'individus, avec un impact possible sur le niveau de mortalité*. Elles peuvent être de **différentes natures**, par exemple : épidémie ou pandémie liée à un virus (grippe, Covid...); incident nucléaire ; événement climatique extrême ; propagation d'un agent chimique (à la suite d'un accident ou d'une attaque terroriste par exemple) ; événement engendrant une traumatologie lourde (à la suite d'un accident ou d'une attaque terroriste là aussi).

Un modèle unique de crise sanitaire n'existe pas. Chaque type de crise sanitaire a des enjeux spécifiques en matière de pilotage, selon plusieurs dimensions :

- **le périmètre géographique touché** – localisé, sur un territoire plus ou moins étendu (par exemple, suite à un événement climatique), ou évolutif jusqu'à l'ensemble du territoire (par exemple, suite à une épidémie ou pandémie) ;
- **la fréquence de remontée des données** (quotidienne, voire en temps réel, hebdomadaire ou mensuelle) ;
- **les principaux effets sur la santé et la nature de la prise en charge nécessaire** – un effet connu (par exemple, traumatologie à la suite d'une attaque) ; des effets non connus (par exemple, pandémie liée à un nouveau virus) ;
- **l'impact sur l'offre de soins** – services mobilisés dans les établissements (par exemple, réanimation) ; éventuelle destruction de capacités (par exemple, événement climatique extrême engendrant la disparition d'infrastructures de soins) ;
- **les besoins d'anticipation** et de modélisation ;
- **les besoins d'adaptation des prises en charge des patients** (pratiques professionnelles) ;
- **la communication aux citoyens – rôle de l'État** en matière de diffusion de données et de visualisations ;
- **d'autres caractéristiques** pouvant nécessiter un suivi de données spécifiques pour piloter la réponse sanitaire (par exemple, éventuel impact sur les modalités de communication et de déplacements lors d'un événement climatique extrême, etc.).

L'objectif de ce travail de prospective serait d'élaborer des **scénarios de crises** possibles, au niveau national, et d'anticiper les besoins de pilotage et de données associés, en assurant une bonne prise en compte du spectre de crises envisagées. Pour cela, il conviendrait **d'impliquer l'ensemble de l'écosystème** potentiellement en charge de la gestion de crise afin de garantir un continuum entre la théorie et la mise en œuvre et de **capitaliser sur les initiatives existantes** d'élaboration de scénarios prospectifs aux niveaux national (SpF) et régional (ARS en lien avec les préfectures).

Les besoins en données des acteurs peuvent être proches **mais avec des caractéristiques différentes** en matière de **nature des données** (nombre de cas, taux d'incidence, nombre d'hospitalisations...); de **forme des données** (brutes ou agrégées, nominatives ou pseudonymisées); de **niveau de granularité** (national, régional, local) ; de **fréquence de remontée** (quotidienne, mensuelle...). Par ailleurs, il faudra particulièrement cibler les champs dans lesquels les données ont manqué lors de la crise du Covid-19, notamment le médico-social et la ville. Il est également important dans ces travaux de prospective de travailler sur les données scientifiques à collecter, afin de nourrir les travaux de modélisation et d'améliorer les dispositifs et les pratiques professionnelles adaptées à la prise en charge des patients. Enfin, un tel travail devrait s'intéresser aussi à l'intégration des données sociales permettant de caractériser l'impact de la crise dans les différentes parties de la société.

Sur chaque scénario, un volet données devrait être associé, visant à déterminer :

- les données et outils existants utiles aux fonctions de pilotage sur lesquels capitaliser ;
- les initiatives prioritaires à conduire en matière de données (collectes additionnelles à lancer, éventuelles adaptations d'outils existants, appariement entre les bases, langage commun pour désigner les données dans les processus de collecte et d'analyse, serveur partagé entre les échelons régional et national où exploiter les mêmes bases à partir des mêmes programmes, outils de visualisation communs, acteurs et compétences à mobiliser), et le cadre associé à ces actions (cadre juridique et de sécurité des données notamment) ;
- les acteurs devant accéder aux différents types de données et les usages associés (afin d'anticiper notamment le cadre juridique à donner).

Pour cela, l'analyse des quatre fonctions du pilotage est un instrument utile pour définir le type de données utiles à collecter.

Fonctions de pilotage		Type de données à collecter	Exemple de données utilisées dans le contexte de la crise COVID
Suivi de la situation	Besoins nouveaux auxquels doit répondre le système de santé	Nature et niveau des impacts sanitaires de la crise Recensements des cas	Populations à risque, taux d'hospitalisation Nombre de tests + sur un territoire donné
	Offre de soins disponible	Référentiels de prise en charge Capacité du système sanitaire au regard des référentiels de prise en charge	Protocoles de soins mis en place dans le cadre d'une hospitalisation Nombre de lits de réanimation disponibles
	Attitude population	Niveau de perception des actions conduites	Niveau d'adhésion à la politique vaccinale
Prise de décision	Choix et allocation des moyens / dimensionnement de la réponse	Mesures de santé publique	Niveau de circulation du virus, pour décider d'un confinement
		Moyens humains	Suivi des ETP disponibles au sein des établissements
		Moyens matériels	Suivi des stocks EPI ou des respirateurs disponibles au sein des établissements
	Moyens financiers	A préciser	
Suivi des actions de réponse à la crise sanitaire	Suivi du déploiement des actions	Suivi du déploiement de la campagne de vaccination	
	Mesure de l'impact des actions	Impacts de la vaccination sur les taux de contamination ou d'hospitalisation	
Communication	Vers les acteurs de la réponse	Diffusion des données clés de situation et des mesures prises aux acteurs du pilotage	Données consolidées sur la dynamique épidémique
	Vers la population générale	Information grand public sur la situation	Données consolidées sur la dynamique épidémique
Anticipation	Anticipation de l'évolution des cas	Évolution des cas	R0, données sur la mobilité de la population
	Anticipation de l'effet des action	Effet des actions de réponse	Données de recherche sur l'impact de la vaccination

Un tel exercice amènerait sans aucun doute à mettre en avant des données absentes pour le moment et utiles aussi en situation « hors crise », comme un suivi des motifs de consultation en médecine de ville ou des remontées plus rapides des causes médicales renseignées sur les certificats de décès.

2 – L'intégration de la question des données dans la conception et la préparation d'un modèle de gouvernance de crise

Le deuxième axe proposé est la prise en compte et l'intégration complète de la question des données dans la définition du modèle de gouvernance de crise, afin de garantir une fluidité entre acteurs autour des données (avoir anticipé le « qui fait quoi », les modèles de collaboration, etc.).

S'il n'existe pas de « gouvernance type » de crise en matière de données, la crise sanitaire due au Covid-19 a mis en lumière le besoin d'une stratégie globale des données, afin de

disposer d'une vue d'ensemble des outils existants et des projets en cours et d'arbitrer sur l'ensemble du périmètre pour mettre en œuvre la stratégie définie. L'objectif est d'assurer la meilleure qualité de données possible, d'éviter les redondances comme les manques et d'optimiser les ressources (humaines, techniques, financières...).

Pour cela, trois axes d'intervention ont été identifiés :

- **renforcer les dispositifs existants de gestion de crise** en matière de **compétences en données** – assurer au CCS la présence de personnes avec des compétences en données, en période de crise notamment (identifier en amont les ressources à mobiliser) ;
- **désigner un pilote unique des chantiers liés aux données** – créer un rôle de pilote unique des chantiers liés aux données, avec une fonction pivot entre décideurs, producteur et utilisateurs des données, et un positionnement « haut niveau » pour arbitrer les sujets données ;
- **mettre en place une cellule intégrée à la gouvernance de crise, dédiée au sujet des données** – sécuriser au sein de l'organisation de la gestion de crise une équipe en charge de l'ensemble des chantiers de données, en appui du pilote unique.

De plus, ce volet données de la gouvernance de crise devrait être mis en œuvre en s'appuyant sur plusieurs principes directeurs :

- **assurer une lisibilité forte du volet données de la gouvernance de crise** vis-à-vis de l'ensemble des parties prenantes ;
- **s'appuyer sur des liens forts et pérennes entre institutions**, renforcés par les collaborations hors crise – au niveau national et entre les niveaux national, régional et local ;
- **systématiser l'association de l'ensemble des parties prenantes** dans la conduite des chantiers sur les données, pour coordonner les actions et initiatives (nationales, régional, local) ;
- **soutenir la prise d'initiative des acteurs de terrain et repérer les outils pouvant profiter à un périmètre plus large d'acteurs** ;
- **organiser la diffusion et le partage des données** aux différents acteurs nationaux, régionaux, locaux, et à leurs partenaires hors champ de la santé ;
- **identifier les modalités de retour d'information aux acteurs locaux, notamment ceux qui remplissent les SI** ;
- **piloter la stratégie de diffusion en Open Data**, en tenant compte des **coûts associés** (techniques et humains notamment), **et garantir la cohérence des données publiées** par les différents producteurs.

3 – Dès maintenant, la réduction des obstacles à la collecte et à l'utilisation des données

Le troisième axe à approfondir est **la sécurisation de réponses robustes aux défis identifiés** par la crise du Covid-19 **sur l'ensemble de la chaîne de production et d'utilisation** des données.

Pour cela, il convient d'agir sur trois plans :

- **définir et appliquer un cadre commun à l'ensemble des parties prenantes en matière de données**. L'objectif sera de faciliter les échanges et de limiter les erreurs et le temps de coordination, dans le fonctionnement nominal et dans un contexte de crise. Pour cela, il s'agira de mettre à jour et de diffuser des référentiels communs (par exemple, dans le champ hospitalier du fait de l'autonomie des établissements dans leur choix de logiciels de gestion), avec des règles d'utilisation explicites (par exemple, Finess), de définir le langage commun définissant les variables enregistrées, de définir

des règles et des modalités de calcul des indicateurs clés partagées, et de mobiliser le cadre d'interopérabilité des systèmes d'Information de santé ;

- **identifier les « angles morts » de la collecte de données hors temps de crise et construire des modalités de collecte adaptées.** Il s'agira notamment de développer et d'améliorer les outils de collecte et de remontées rapides des données des établissements et services médico-sociaux (Ehpad notamment), de la médecine de ville, des ressources humaines en santé (professionnels de santé libéraux et salariés), des causes de décès, et de développer une vision « parcours de santé » des patients entre les différents compartiments du système de santé ;
- **engager une réflexion plus globale sur le schéma directeur des systèmes d'information, tenant compte du retour d'expérience de la crise.**

Pour y parvenir, plusieurs enjeux ont été identifiés :

- **évaluer le niveau de déploiement et d'appropriation des outils existants**, y compris les SI mis en place en urgence sur la pérennisation desquels il faut statuer, et le niveau de qualité des données produites et échangées ;
- **développer le numérique en santé dans les établissements et services de santé et médico-sociaux**, condition clé de la production de données avec un niveau de fiabilité et d'automatisation minimum, mais aussi fiabiliser et entretenir un annuaire d'adresses fonctionnelles pour les établissements et les services afin qu'ils puissent échanger efficacement avec eux ;
- **assurer l'existence d'un socle de données permettant un suivi de premier niveau de la situation sanitaire et de l'offre de soins** (par exemple, en développant le suivi des motifs de prises en charge dans le secteur libéral) ;
- **renforcer l'interopérabilité des systèmes d'information** (y compris au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et professionnels libéraux). Afin de : 1/ s'appuyer sur les SI existants pour collecter les données nécessaires à l'évaluation de chaque crise et son pilotage, et **ne pas créer de nouveaux SI qui nécessitent des saisies redondantes et peu optimisées** (par exemple, repenser le mode de remplissage de SI-VIC à partir des données hospitalières déjà existantes) ; 2/ faciliter l'échange de données entre les systèmes d'information natifs et ceux constitués pour la crise ; 3/ et ainsi faciliter les échanges entre les acteurs ;
- **définir les capacités et « niveaux de services » des outils et de leurs modes d'utilisation**, entre un fonctionnement « nominal » (par exemple, fréquence mensuelle, sur une partie du champ) et un fonctionnement « de crise » (remontées quotidiennes sur l'ensemble du champ), en lien avec les travaux de prospective sur les scénarios de crise ;
- **faire émerger un outil de collecte partagé** entre l'ensemble des acteurs de l'écosystème, permettant le lancement d'enquêtes et de collectes de données dans un cadre sécurisé, optimisé et connu de tous (au lieu d'enquêtes multiples via des canaux variés et peu sécurisés), intégrant si possible des interfaces avec les SI des établissements de santé et médico-sociaux, pour améliorer *in fine* la qualité des données collectées et le temps global dédié à la collecte et au traitement ;
- **concevoir une « infrastructure socle » partagée, sécurisée et performante pour l'exploitation de données** – partage de bases, de programmes, puissance de calcul.

Annexe. Rapports publics utilisés

- Assemblée nationale (2020, juin). *Impact, gestion et conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19* (rapport d'information).
- Combes, S., Bacry, E. (2020, juin). Note de synthèse de la *task force* Data vs Covid-19.
- Comité de contrôle et de liaison Covid-19 (2022, mars). *Données ouvertes en santé : une condition de l'agir ensemble, un levier pour la démocratie en santé* (avis).
- Cour des Comptes (2021, mars). *Rapport public annuel 2021. Tome I.*
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2020, juin). *Projets numériques portés par la puissance publique dans le cadre de l'épidémie Covid-19.*
- Pittet, D. et al. (2021, mars). *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques* (rapport).
- Sénat (2020, décembre). *Évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la Covid-19 et de sa gestion* (rapport).

Juin 2022

Évaluation de la stratégie
nationale de santé 2018-2022

Rapport d'évaluation

Directeur de la publication
Fabrice LENGART

Ministère de la Santé et de la Prévention
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur data.drees.solidarites-sante.gouv.fr
