Haut Conseil de la Santé Publique

Stratégie nationale de santé

Contribution du Haut Conseil de la santé publique

Collection
Avis et Rapports

Septembre 2017

Avant-propos

La ministre des solidarités et de la santé a sollicité le Haut Conseil de la santé publique pour préparer la Stratégie Nationale de Santé qui définira les priorités de la politique de santé pour les années à venir.

Plutôt que de faire un diagnostic épidémiologique par pathologie, les experts du Haut Conseil de la santé publique ont identifié les principaux défis qui se poseront à court et moyen terme en se fondant sur une analyse prospective et en capitalisant sur les nombreux travaux menés depuis 10 ans.

Quatre problèmes majeurs constituant potentiellement des menaces pour la santé des français et pour le système de santé français ont été retenus et analysés et sont présentés dans ce rapport. Pour répondre à ces défis, le Haut Conseil de la santé publique a proposé 4 principes, 5 axes d'action et une mise en œuvre spécifique.

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé demeure une priorité du Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sont en effet présentes dans l'ensemble du diagnostic proposé dans ce rapport et toutes les mesures doivent tendre à les réduire. Par ailleurs, l'amélioration de la santé et de la qualité de vie doit concerner toutes les politiques. Ce principe d'action, promu par l'union européenne (2006) puis l'Organisation Mondiale de la Santé (2013) sous le terme « la santé dans toutes les politiques » permet une mobilisation de tous les acteurs et une action efficace sur les déterminants de la santé.

Le Haut Conseil de la santé publique propose de développer massivement la prévention. Sa vision de la prévention est innovante: intégrative, privilégiant une approche par déterminants plutôt que par pathologies, intersectorielle dépassant largement le seul domaine de la santé pour infuser l'ensemble des politiques et continue c'est à dire développée tout au long de la vie des individus, dès le plus jeune âge.

Dernière proposition innovante présente dans ce rapport, le système de santé est présenté comme un déterminant important de la santé qui nécessite d'être adapté pour atteindre des objectifs d'amélioration de la santé de la population française et de préparation aux grands défis identifiés. Le Haut Conseil de la santé publique propose ainsi une adaptation du système de santé avec notamment deux virages : un virage préventif et un rééquilibrage vers des soins primaires dits de ville.

Les Haut Conseil de la santé publique participera à l'élaboration de la Stratégie Nationale de Santé. Il défendra les propositions présentées dans ce rapport convaincu qu'une telle stratégie doit répondre à des enjeux majeurs par une adaptation en profondeur de notre système de santé.

Zeina Mansour
Vice-Présidente du HCSP

Franck Chauvin
Président du HCSP

Avant-propos 2

1 Introduction 6

1.1 Objet de la saisine 6

2 Contexte général 6

2.1 Contexte international 7

3 Méthodologie 8

3.1 Démarche générale 8

3.2 Analyse des données disponibles 9

3.3 Critères de priorisation utilisés 10

4 Principaux constats : un état de santé contrasté 11

4.1 Des indicateurs de santé globaux satisfaisants 11

4.2 État de santé perçue, maladies déclarées et limitations dans la vie quotidienne - une place croissante des maladies chroniques 12

4.3 Une espérance de vie en hausse mais des incapacités en expansion 13

4.4 Une diminution de la fréquence de la plupart des causes de décès mais des inégalités sociales et territoriales persistantes 14

4.5 Des inégalités territoriales et sociales de santé 14

4.5.1 Les inégalités sociales de santé 16

4.5.2 Crise économique et inégalités sociales de santé 17

4.6 Le cas particulier des régions ultramarines 20

4.7 Des spécificités selon les groupes d'âge 21

4.7.1 La grossesse 21

4.7.2 La santé périnatale 22

4.7.3 La santé des enfants 23

4.7.4 La santé des adolescents et des jeunes adultes 26

4.7.5 La santé des adultes 28

4.7.6 La santé des personnes âgées 29

4.8 Des problèmes d'éthique et d'égalité d'accès à la santé 30

4.8.1 Les inégalités d'accès aux soins 30

4.8.2 L'approche éthique 31

5 Quatre grands problèmes à prendre en compte pour une politique de santé 34

5.1 Des risques sanitaires liés à l'exposition aux polluants et au toxiques, menace potentielle 34

5.1.1 Les impacts des expositions environnementales sur la santé 34

5.1.2 Le ressenti des risques environnementaux dans la population 35

5.1.3 Les inégalités socio-territoriales liées à l'environnement 36

5.1.4 Les risques émergents qui doivent être quantifiés 36

5.1.5 La question des impacts sanitaires du changement climatique est un enjeu majeur 36

5.2 Exposition de la population aux risques infectieux 37

5.2.1 L'antibiorésistance, un problème mondial de santé publique 37

5.2.2 Un contrôle insuffisant pour un grand nombre de maladies infectieuses 38

5.2.3 Un risque lié aux maladies émergentes et ré-émergentes 39

5.3 L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques 40

5.3.1 Les maladies chroniques : problème fréquent à tous les âges de la vie et en augmentation inquiétante 40
5.3.2 Des conséquences majeures personnelles, sociales (entourage) et sociétales 44
5.4 L'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux 46
5.4.1 La sécurité des patients : une pression sociétale 46
5.4.2 Les risques associés à tous les types d'activité médicale 48
5.4.1 Le poids important du recours à l'hôpital 50
6 Les déterminants de l'état de santé sur lesquels agir 53
6.1 L'exposition à des facteurs de risque comportementaux 56
6.1.1 Alimentation 56
6.1.2 Alcool 57
6.1.3 Tabagisme 59
6.1.4 Autres addictions 61
6.2 L'exposition à des facteurs de risque environnementaux 63
6.2.1 La pollution atmosphérique 63
6.2.2 Pollution de l'air intérieur : 65
6.2.3 Pesticides et santé 66
6.2.4 La question des perturbateurs endocriniens 67
6.3 L'exposition à des facteurs de risque sociaux et culturels 68
6.3.1 La littératie en santé 68
6.3.2 Les déterminants sociaux et environnementaux de la santé 68
6.4 Le rôle du système de santé comme déterminant de la santé 69
6.4.1 Au plan géographique, une offre de soins est mal répartie 70
6.4.2 Un recours aux soins marqué par d'importantes inégalités sociales 71
6.4.3 Une organisation de l'offre de soins déséquilibrée 71
6.4.4 Une continuité des soins encore problématique 72
6.4.5 La sécurité des patients peut encore être améliorée 73
6.4.6 Une réelle innovation dans le champ des soins, mais mal maitrisée 74
6.4.7 Une efficience des soins encore insuffisante en France 74
6.4.8 La gouvernance du système de santé reste à clarifier 75
6.4.9 La qualité de vie au travail des professionnels de santé, une prise de conscience institutionnelle 76
6.5 Les facteurs de risque génétiques 77
7 Propositions de stratégies d'action 79
7.1 Les quatre principes 79
7.1.1 Principe 1 : La santé comme objectif de toutes les politiques 79
7.1.2 Principe 2 : Une lutte résolue et active contre les inégalités territoriales et sociales de santé 83
7.1.3 Principe 3 : Une approche territorialisée de la Stratégie nationale de santé 86
7.1.4 Principe 4 : La nécessité d'impliquer les usagers et les citoyens : pour une démocratie d'apprentissage de l'usager 89
7.2 Les cinq axes d'action 92
7.2.1 Axe 1 : Une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse et soutenue .. 92

7.2.2 Axe 2 : les quatre réorientations du système de santé 102
7.2.3 Axe 3 : Le développement de l'innovation en santé 119
7.2.4 Axe 4 : Le développement et le soutien à la formation et à la recherche en santé publique 124
7.2.5 Axe 5 : Une politique spécifique axée sur la santé des enfants et des adolescents 126
7.3 La mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé par un pilotage efficace et adaptée 128
7.3.1 Le pilotage par indicateurs 128
7.3.2 Le renforcement de l'accès aux données et des systèmes d'information 128
7.3.3 Une stratégie et un pilotage opérationnel adaptés 128
7.3.4 La nécessité de mettre en place une évaluation ex-ante 129
8 Conclusion 129
9 Liste des membres du Groupe de travail mis en place pour répondre à cette saisine 130
10 Principaux sigles utilisés 131
11 Références bibliographiques 133
Annexes 147

1 Introduction

1.1 Objet de la saisine

Le 17 mai 2017, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a reçu une saisine cosignée de la Direction générale de la santé (DGS) et du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) pour qu'il réalise, d'ici à la fin juillet 2017, l'analyse préalable de l'état de santé de la population, des déterminants de cet état de santé et des stratégies d'action envisageables sur laquelle pourra s'appuyer la détermination des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la Stratégie nationale de santé (SNS).

À la suite de cette saisine, le HCSP a mis en place un groupe de travail pluridisciplinaire associant l'ensemble des commissions spécialisées du HCSP et le collège pour proposer des domaines d'action prioritaires pour la SNS.

2 Contexte général

La SNS [1] constitue l'ossature de la politique de santé en France depuis la loi de modernisation de notre système de santé et ses décrets.

La SNS constitue l'aboutissement d'une évolution du processus d'élaboration des politiques de santé publique. La loi du 9 août 2004 avait ainsi inclus 100 objectifs de santé publique donnant des objectifs chiffrés et évaluables aux interventions, et notamment aux cinq plans stratégiques mis en œuvre dans cette loi. Le HCSP a procédé à l'évaluation de ces 100 objectifs puis des cinq plans stratégiques, montrant à la fois l'intérêt d'objectifs clairement affichés et déclinés dans des plans permettant une mobilisation des différents acteurs et les difficultés à évaluer ces objectifs ne disposant pas tous d'indicateurs fournis par des systèmes d'information appropriés. La Direction de la recherche, des études, de l'épidémiologie et des statistiques (Drees) a publié en 2015 un rapport sur l'état de santé de la population en France, et en 2017 une nouvelle version de ce rapport, en copilotage avec Santé publique France (L'état de santé de la population en France. Rapport 2017).

Le 21 juin 2013, le « *comité des sages* », présidé par Alain Cordier, chargé d'élaborer les axes de la future SNS, a émis 19 recommandations dans un rapport remis au gouvernement. L'objectif de ce rapport était de rendre lisible un changement de système bâti autour des patients et non autour des structures. Ce rapport proposait une SNS articulée autour de recommandations accompagnées des décisions nécessaires à leur mise en œuvre. Le HCSP avait contribué à cette phase d'élaboration.

La ministre en charge de la santé a par la suite proposé 5 axes prioritaires pour une SNS et a saisi le HCSP le 28 novembre 2013. Le HCSP a formulé une réponse en deux temps :

- Dans une note du 3 février 2014, le HCSP a mentionné que le choix préalable par la ministre de cinq domaines prioritaires (la santé de la jeunesse de 0 à 25 ans, les addictions, le cancer, la santé mentale et la santé des personnes âgées) ne permettait pas une méthode de priorisation objective des problèmes de santé. Le HCSP a réalisé un état des lieux des connaissances disponibles et des domaines d'intervention au sein de ces cinq thématiques proposées tout en rappelant l'importance de cinq autres domaines qui

ne devraient pas être négligés : la lutte contre les inégalités de santé, la pollution atmosphérique, les maladies chroniques, la politique vaccinale, la sécurité des patients.

- Dans la note du 31 mars 2014, des objectifs de résultats ont été proposés pour les cinq domaines prioritaires préalablement énoncés par la ministre en charge de la santé et pour les cinq domaines complémentaires proposés par le HCSP. L'existence d'indicateurs pour les mesurer a par ailleurs été précisée.

La ministre en charge de la santé a souhaité, en mai 2017 (saisine du 17 mai 2017), établir une nouvelle SNS qui pourrait être déclinée à la fois dans la politique de santé et dans les plans régionaux de santé prévus dans la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016. Ainsi cette nouvelle SNS doit être élaborée après l'analyse préalable de l'état de santé de la population, des déterminants de cet état de santé et des stratégies d'action envisageables.

Si l'état de santé des Français ne s'est pas modifié fondamentalement depuis 2014, des connaissances nouvelles, des données de prospective ainsi que l'évolution de la société ont conduit à reposer la question des priorités d'une SNS. C'est ce travail que propose le HCSP dans ce document.

Le HCSP n'a pas vocation à produire de nouvelles données et de ce point de vue, le récent rapport conjoint de la Drees et de Santé publique France fournit de très nombreuses informations statiques et dynamiques qui ont été utilisées dans ce rapport. En revanche, ce travail rentre dans les missions de conseil du HCSP telles qu'elles ont été rappelées dans la loi de janvier 2016 et dans les décrets. Le HCSP, sur la base de ses rapports et avis élaborés ces dernières années soit en réponse à des saisines soit comme évaluations de plans de santé publique, propose une priorisation des problèmes de santé et un plan d'actions à mettre en œuvre dans les années qui viennent.

Plutôt qu'une approche par pathologies ou par sous-populations privilégiée dans la précédente SNS, le HCSP a identifié les grands domaines qui constituent une menace potentielle pour l'état de santé des Français et pour notre système de santé. Sur la base de ce diagnostic épidémiologique et prospectif, le HCSP propose une réorientation forte du système de santé pour l'adapter à ces enjeux, et une meilleure prise en compte des données produites par la recherche.

2.1 Contexte international

La réflexion a notamment pris en compte la stratégie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la région Europe (Santé 2020), et la stratégie européenne en matière de santé : c'est aux États membres qu'incombe en premier lieu la responsabilité de la politique de santé et de fourniture de soins de santé aux citoyens européens.

Néanmoins, l'Europe, dans son projet de croissance économique, propose un cadre d'orientation pour une action européenne en matière de santé (Ensemble pour la santé – 2008-2013, Investir dans la santé – 2014-2020).

Dans ce cadre, les politiques mises en place dans plusieurs pays, notamment de la région OMS Europe, sur la problématique des inégalités de santé ont été analysées : Écosse, Slovénie, Norvège, Portugal, Estonie, Angleterre.

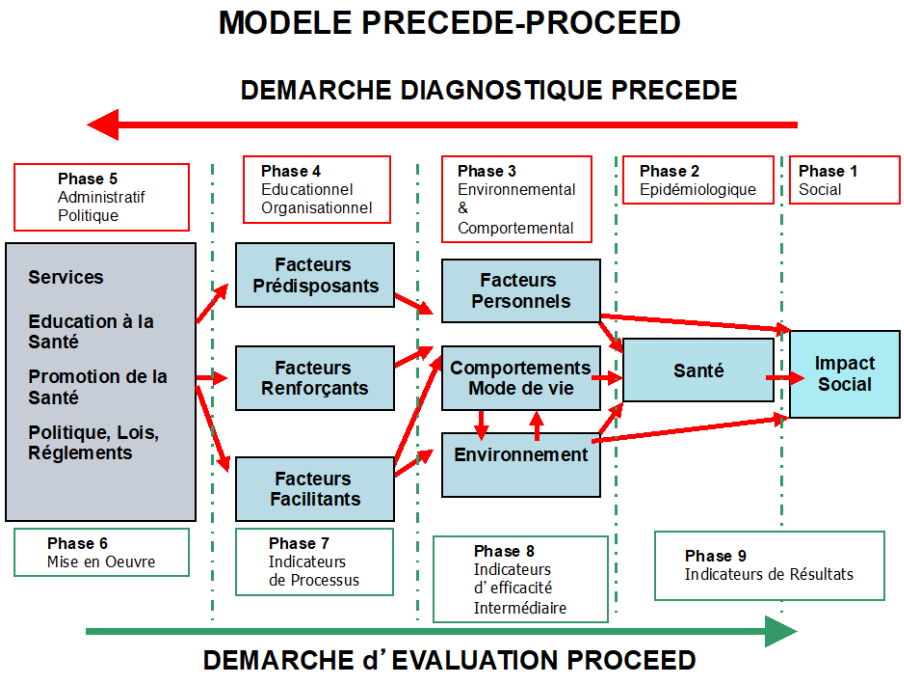
(Voir annexe).

3 Méthodologie

Afin de répondre à la saisine dans les délais impartis, un groupe permanent SNS-Indicateurs (SNS-I) a été constitué au sein du HCSP, en sollicitant les présidents des quatre commissions spécialisées afin que des membres de ces commissions puissent en faire partie. Le groupe SNS-I est un groupe permanent qui sera sollicité en tant que de besoin, et notamment annuellement, sur l'analyse de l'état de santé de la population. Il est présidé par Franck Chauvin, président du HCSP.

3.1 Démarche générale

La question posée au HCSP dans cette saisine est celle de la planification d'une politique de santé. Pour contribuer à cette planification, le HCSP a utilisé une méthodologie inspirée du modèle de Green et Kreuter appelé Precede-Procede[1,2]. Ce modèle permet une analyse stratégique systémique des problèmes de santé.



Ce modèle propose de procéder en deux temps. Le premier temps est celui du diagnostic et de l'élaboration d'un plan d'action (*Precede*) qui se déroule en trois étapes principales qui sont les questions posées au HCSP dans cette saisine :

- le diagnostic des problèmes de santé,
- l'identification des déterminants comportementaux, sociaux et environnementaux sur lesquels agir,

[1] http://lgreen.net/precede.htm

[2] http://inpes.santepubliquefrance.fr/ressources-methodologiques/outils/precede.asp

- l'identification des mesures de politique de santé susceptibles d'agir sur ces déterminants.

Le modèle comprend un deuxième temps (*Proceed*), permettant la mise en œuvre des mesures, leur monitorage et l'évaluation de leurs impacts, qui devrait dans l'idéal être réalisé lors de la mise en œuvre de la SNS.

Ainsi, dans un premier temps, le HCSP a dressé un descriptif de l'état de santé en France sur la base de l'information disponible au moment de la saisine. Ce constat a été fait sur la base des indicateurs disponibles, notamment ceux produits par la Drees et Santé publique France[3], mais aussi des rapports ou avis que le HCSP a produit durant les dix dernières années et particulièrement ces cinq dernières années.

Dans un second temps, à l'aide de critères de priorisation multiples (cf. supra), le HCSP a identifié les problèmes de santé qui constituaient à l'heure actuelle ou de façon prospective, une menace pour la santé de la population ou pour la pérennité du système de santé actuel. Si cette priorisation a été faite pour répondre spécifiquement à la saisine qui lui a été adressée, le HCSP a produit ces dernières années des rapports de prospective sur l'évolution de l'état de santé dont des éléments ont été pris en compte dans cette étape de priorisation. Durant celle-ci, ont été aussi prises en compte les conséquences soit financières[4] soit sociales des problèmes de santé identifiés.

Le troisième temps a consisté à identifier, pour ces problèmes de santé actuels ou à venir, les déterminants sur lesquels il était possible d'agir soit au niveau des individus, soit au niveau social ou environnemental. Ainsi quelques déterminants sont apparus essentiels, identifiés par des études prouvant et quantifiant leur importance, et pouvant être maitrisés par des mesures dont l'action a été prouvée, avec des niveaux de preuve variés allant des études expérimentales à des observations établies dans d'autres pays.

Dans un quatrième temps, le HCSP a proposé des principes d'action et des axes pour établir une SNS. Il a souhaité situer sa réponse à ce stade à un niveau stratégique et non opérationnel. Cependant dans un dernier temps, il a fait des propositions pour développer une SNS dans le cadre législatif et réglementaire français actuel.

3.2 Analyse des données disponibles

En préalable, un état des lieux a été établi au sein du HCSP, afin de faire le point sur l'historique des réflexions sur la SNS, les lois de santé, et les indicateurs. Ont notamment été pris en compte dans cet état des lieux :

- la loi de santé de 2004 et ses 100 objectifs ;

[3] L'état de santé de la France. Rapport 2017 : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

[4] Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/rapport_charges_produits_2017.pdf

- l'évaluation de l'atteinte des 100 objectifs par le HCSP (2010) et les principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique (HCSP, 11 décembre 2009) ;
- le document « Objectifs de santé publique, évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004, propositions », (HCSP, avril 2010) ;
- le rapport Cordier « Un projet global pour la Stratégie nationale de santé » et la contribution du HCSP (20 novembre 2013) ;
- la communication de la ministre chargée de la santé sur la feuille de route de la SNS (23 septembre 2013) ;
- la saisine de la ministre chargée de la santé concernant les domaines d'actions prioritaires de la Stratégie nationale de santé (28 novembre 2013) et la réponse du HCSP (3 février 2014) ;
- la saisine de la ministre chargée de la santé pour un tableau de bord synthétique d'indicateurs de l'état de santé (2 mai 2014) et la réponse du HCSP (11 juin 2014) ;
- les éléments de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (la politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le gouvernement), du décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé (qui précise son cadre) ;
- le rapport sur l'état de santé de la population en France, rapport 2017 Drees/ANSP[5], mis par ailleurs en perspective des propositions antérieures du HCSP.

L'analyse de tous ces éléments a été transmise au groupe de travail SNS-I, ainsi que le rapport « Charges et produits » pour 2018 de l'Assurance maladie, qui contient des propositions pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Ce rapport est présenté chaque année par l'Assurance maladie au gouvernement et au Parlement. Ont aussi été prises en compte les priorités de la ministre chargée de la santé, et les priorités de santé identifiées au niveau européen et mondial (Sanco, OMS, G20, G7, ….).

Cinq réunions du groupe SNS-I ont eu lieu entre le 28 juin 2017 et le 26 juillet 2017, qui ont permis d'identifier des priorités pour la SNS, et de proposer l'avis du HCSP, sur lequel les services du ministère pourront s'appuyer pour élaborer une proposition concrète.

Pour faciliter la lecture du rapport, il a été décidé de faire apparaître en note de bas de page les références qui disposent d'un lien informatique. Les autres sont intégrées dans la partie « Références bibliographiques », en fin de document.

3.3 Critères de priorisation utilisés

A l'occasion de la première réunion du groupe SNS-I, les participants ont décidé de définir les priorités de manière structurée sur la base de plusieurs critères objectifs et subjectifs :

[5] http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf

- Le poids de la maladie (*burden of disease*) actuel ou futur (incidence, prévalence, mortalité attribuable, morbidité, incapacité attribuable - risque potentiel).
- Le poids économique du problème pour la société, en s'appuyant notamment sur les données du rapport « Charges et produits » de la Cnamts et le coût des réponses apportées.
- L'identification d'un ou plusieurs déterminants connus.
- L'existence d'actions efficaces connues, de capacités potentielles de prévention sur ces déterminants [2].
- Les problèmes d'organisation des soins induits.
- L'existence d'inégalités sociales et territoriales [3].
- La perception sociale (importance que la société donne au problème) [4].
- Le fait que la problématique concerne plusieurs déterminants à la fois.
- La capacité de partage de ce problème entre les professionnels et le grand public [5].

Les membres de chacune des commissions spécialisées ont été sollicités pour contribuer à la réflexion collective en faisant remonter les priorités identifiées dans leur champ de compétences : la grille de priorisation leur a été adressée afin que le président de chacune des commissions puisse collecter les propositions de ses membres.

4 Principaux constats : un état de santé contrasté

Porter un regard global sur l'état de santé de la population française et sur son évolution est un exercice complexe en raison de la diversité possible des points de vue et des définitions de la santé, ainsi que de la grande variété des pathologies et de leurs déterminants. S'y ajoute une forte variabilité des constats, notamment selon l'âge. Depuis le premier rapport "La santé en France" élaboré dans les années 1990 par le Haut Comité de la santé publique, cette approche a cependant été facilitée et affinée par le développement progressif des systèmes d'information, la plus grande disponibilité des données de santé et l'accroissement de l'expertise des acteurs concernés.

4.1 Des indicateurs de santé globaux satisfaisants

Les Français sont globalement en bonne santé par rapport aux habitants des pays présentant un niveau de richesse comparable. À l'intérieur de ce contexte favorable, on observe encore **une surmortalité prématurée masculine par rapport aux autres pays d'Europe**. L'état de santé des personnes de moins de 65 ans, notamment des femmes, s'est amélioré moins vite que celui des personnes âgées (période 2000-2014).

Les taux de décès standardisés par âge diminuent depuis les années 1990 pour la plupart des causes de décès [18]. Les baisses les plus marquées concernent les maladies de l'appareil cardio-circulatoire, respiratoire et digestif, ainsi que les morts violentes. On observe des diminutions particulièrement importantes pour les maladies cérébro-vasculaires, les cardiopathies ischémiques, les accidents de transport, les chutes, la mort subite du nourrisson, le sida et la tuberculose. Le taux de décès par

cancer s'est également réduit depuis les années 1990, mais moins nettement et selon un rythme différent en fonction du sexe (–23 % pour les hommes, –12 % pour les femmes). La baisse a concerné la plupart des localisations, avec une très forte amplitude pour le cancer de l'estomac et, chez les hommes, pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). **Ces résultats contrastent avec l'augmentation de l'incidence des cancers en partie liée à l'amélioration des diagnostics et à l'effet des dépistages.**

4.2 État de santé perçue, maladies déclarées et limitations dans la vie quotidienne - une place croissante des maladies chroniques

En 2012, 66 % des personnes âgées de 15 ans ou plus se considéraient en « bon ou très bon état de santé », 26 % déclaraient un état de santé « assez bon » et 8 % un état de santé « mauvais ou très mauvais » [6] [7].

Hommes et femmes portent une appréciation différente sur leur santé. Les femmes se déclarent en moins bon état de santé que les hommes. Plusieurs raisons peuvent être mises en avant pour expliquer cette tendance, retrouvée pour la plupart des indicateurs de santé, tant physiques que mentaux, à l'exception de la mortalité. Cette situation pourrait être l'expression d'une meilleure connaissance par les femmes de leur état de santé en lien avec des contacts plus précoces et plus fréquents avec le système de soin. Elle pourrait aussi s'expliquer par des problèmes de santé spécifiques tels que ceux liés à la grossesse ou à la ménopause, par une plus grande vulnérabilité physique, une plus grande exposition et/ou sensibilité à des facteurs stressants ou à des conflits. Mais elle peut aussi être vue comme l'expression de représentations de la santé et de la maladie différentes entre les sexes, dépendant fortement des rôles sociaux respectifs attendus [8]. **Cet écart selon le sexe ne se retrouve pas dans les déclarations concernant les maladies chroniques**. En revanche, les femmes déclarent également plus souvent que les hommes souffrir de limitations fonctionnelles [10].

De manière générale, les hommes déclarent moins de pathologies ou de problèmes de santé que les femmes [9]. Les plus jeunes (15 à 24 ans) déclarent souffrir d'abord d'allergie, de douleurs dorsales et d'asthme. Entre 25 et 64 ans, ce sont les allergies et l'asthme, les maladies du système ostéo-articulaire qui sont les plus citées, devant l'hypertension artérielle et le diabète. À partir de 65 ans, l'arthrose, les problèmes ostéo-articulaires, l'hypertension artérielle sont les pathologies ou problèmes de santé les plus fréquemment déclarés.

Avec l'avancée en âge, les indicateurs se dégradent fortement, s'y associe une fréquence croissante des situations de polypathologies, avec leur quasi généralisation aux âges les plus élevés [10].

Par ailleurs, il existe un **gradient social** selon le niveau de diplôme et de revenus pour les déclarations concernant la santé. À âge et sexe comparables, les catégories les moins favorisées déclarent un état de santé nettement plus détérioré et des limitations fonctionnelles beaucoup plus fréquentes que les groupes plus favorisés. **L'écart entre groupes sociaux est en revanche moins marqué pour les déclarations concernant les maladies ou les problèmes de santé chroniques.**

Par rapport aux autres pays européens, la France se situe dans une position moyenne en ce qui concerne l'état de santé perçu et les limitations de longue durée dans les activités de la vie quotidienne. En revanche, elle présente une des fréquences les plus élevées de déclarations de maladies chroniques [11]. Malgré des efforts importants d'harmonisation des modes de recueil, **les**

comparaisons internationales doivent toutefois être considérées avec prudence, en raison de multiples biais potentiels.

4.3 Une espérance de vie en hausse mais des incapacités en expansion

En France, l'espérance de vie est élevée (85,4 ans pour les femmes, 79,3 ans pour les hommes en 2016). Elle augmente depuis plusieurs décennies, du fait d'une réduction de la mortalité toutes causes confondues, de la mortalité prématurée (avant 65 ans), et d'une amélioration de la durée de vie des personnes souffrant de maladies chroniques. **L'écart d'espérance de vie entre les sexes reste important (6,3 ans).** La France fait partie des pays d'Europe où les femmes vivent le plus longtemps avec l'Espagne, l'Italie et la Suisse. Pour les hommes, l'espérance de vie se situe dans la moyenne des pays européens. C'est en France que l'espérance de vie après 65 ans est la plus élevée de tous les pays européens, et ceci quel que soit le sexe. L'espérance de vie à 65 ans en France atteint, en 2010, 22,8 ans pour les femmes et 18,6 ans pour les hommes (soit respectivement de 1,6 et 1,9 an de plus qu'en 2000) [12].

On ne dispose pas de **données territorialisées concernant l'espérance de vie sans incapacité** (EVSI). En revanche, des disparités géographiques importantes existent en matière d'invalidité avec, au sein d'un même régime d'Assurance maladie, des écarts de l'ordre de 1 à 3 des taux de demande de prestations et de 1 à 2 des taux d'attribution entre départements. Ces écarts sont complexes à analyser. Ils résultent à la fois d'écarts d'état de santé, mais aussi de nombreux autres facteurs et notamment des disparités dans les demandes et dans les décisions d'attribution, en lien notamment avec les conditions économiques et sociales locales et avec les modes d'évaluation de situations personnelles et contextuelles [13].

Depuis le début des années 2000, une tendance à l'augmentation des incapacités a été mise en évidence. Outre des différences entre hommes et femmes, les inégalités sociales sont très marquées (à 35 ans, les cadres ont dix années de plus à vivre que les ouvriers sans limitations fonctionnelles) [14] [15].

On observe une forte progression des **mises en invalidité** (+ 4,8 % par an en moyenne entre 1998 et 2006) [16] (données concernant les assurés du régime général de l'Assurance maladie). Les 50-59 ans représentaient, en 2006, plus de 60 % des nouveaux admis. Cette progression est imputable au vieillissement de la population active, à une révision des conditions d'accès aux dispositifs de préretraite mais également à la pénibilité accrue du travail tant d'un point de vue organisationnel que physique. Comme dans les autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), les affections psychiatriques (28 %), dont, en premier lieu, les troubles dépressifs réactionnels et névrotiques, constituent la première cause d'entrée en invalidité. Viennent ensuite les maladies du système ostéo-articulaire (24 %) et plus particulièrement les pathologies rachidiennes et discales et les cancers (13 %). Il existe des disparités géographiques importantes.

Le poids croissant des maladies chroniques est illustré entre autres par le nombre de personnes placées en affection longue durée (ALD), qui a fortement et régulièrement progressé au cours des deux dernières décennies, passant pour le régime général d'Assurance maladie de 8 % en 1994 à 12 % en 2004 et à 16 % en 2012.

Qualité de vie

L'importance de prendre en compte la perception, par les sujets eux-mêmes, de leur état de santé est aujourd'hui reconnue, particulièrement pour les patients atteints de maladies chroniques.

Quelles que soient leurs causes ou leurs mécanismes physiopathologiques, ces dernières sont en effet caractérisées par une dépendance ou un besoin de soins médicaux réguliers, et par une altération plus ou moins profonde de la qualité de vie. L'intérêt de l'évaluation de la santé perçue ou de la qualité de vie en population générale a également été montré : ainsi une dégradation générale de la qualité de vie a été constatée en France ces dernières années, accompagnée d'une augmentation des inégalités sociodémographiques et régionales [17] [18].

La SNS doit encourager le recours préférentiel aux thérapeutiques et aux interventions de santé apportant un bénéfice prouvé en termes de qualité de vie, notamment en faisant de l'amélioration de la qualité de vie le critère majeur de l'évaluation du service médical rendu des médicaments et des thérapeutiques non médicamenteuses, comme de l'évaluation des interventions d'éducation thérapeutique et de soutien dans les maladies chroniques.

Dans la continuité des précédents plans pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, la SNS doit aussi encourager la production de connaissances sur les déterminants de la santé perçue afin de permettre une optimisation des prises en charge des malades et des actions de promotion, de préservation et de restauration de la santé en population.

4.4 Une diminution de la fréquence de la plupart des causes de décès mais des inégalités sociales et territoriales persistantes

Si la France se situe dans le groupe des pays à espérance de vie élevée, elle se caractérise par des **inégalités de mortalité** particulièrement marquées et persistantes, entre hommes et femmes, entre territoires, entre groupes sociaux.

La France se caractérise par une situation paradoxale associant une très bonne espérance de vie, notamment après 65 ans [19], et un taux de **mortalité prématurée** (avant 65 ans) élevé par rapport à ses voisins européens [20]. Pour mieux expliquer cette situation, un indicateur de la **mortalité « évitable »** au sein de la mortalité « prématurée » regroupe des causes jugées « évitables » particulièrement liées aux comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, suicides, accidents de la route, etc.) [21]. Selon cet indicateur, la France apparaît dans une situation très défavorable, qui met en évidence l'impact particulièrement fort des comportements de santé à risque et exprime plus généralement un retard dans la prévention.

La variété et la complémentarité des indicateurs de santé pris en compte dans cette synthèse illustrent les principales caractéristiques de l'état de santé de la population française et leurs évolutions récentes.

4.5 Des inégalités territoriales et sociales de santé

Certains de ces résultats peuvent être rapprochés des évolutions positives des comportements de santé et de la performance du système de soin : mesures de prévention pour les accidents de transports ou mort subite du nourrisson, réduction des comportements à risque pour les maladies liées à l'alcool, efficacité du système de soin pour les maladies cérébro-vasculaires ou le sida,

meilleure alimentation pour le cancer de l'estomac. Toutefois, la mortalité liée à certains cancers (pancréas, peau, foie, cerveau), ainsi qu'au diabète et aux maladies dégénératives liées à l'âge (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, maladie de Parkinson, pour lesquelles la précision et la notification des diagnostics ont été améliorées) évolue à la hausse. La mortalité par cancer du poumon chez les femmes a fortement progressé, avec un quasi-doublement des taux de décès depuis les années 1990. La France est actuellement le pays d'Europe de l'Ouest où cette progression est la plus marquée, ceci étant directement lié à la hausse de la consommation de tabac chez les femmes depuis les années 1960. Au total, le cancer est devenu, au cours des années 2000, la première cause de décès (29 % des décès en 2010), devant les maladies cardio-vasculaires (26 %) et les morts violentes (7 %).

La surmortalité masculine s'observe pour la plupart des causes de décès : taux de décès cinq fois plus élevé chez les hommes pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, par exemple. Les disparités géographiques sont également marquées : mortalité forte selon un croissant allant de la Bretagne au Nord-Pas-de-Calais, puis vers l'Alsace, et de la Champagne à l'Auvergne ; mortalité plus faible au sud : Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et Corse, ainsi qu'en région parisienne. Les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans le Nord-Pas-de-Calais, en Picardie et dans les départements d'Outre-mer (DOM). Depuis les années 1990, la mortalité a reculé dans toutes les régions, mais selon un rythme variable : réduction la plus marquée dans les régions ayant déjà un faible taux de décès (Île-de-France, Corse, Rhône-Alpes), ainsi qu'en Alsace, conduisant à des écarts régionaux encore plus importants. Une autre caractéristique des évolutions constatées est l'accentuation des disparités infrarégionales : entre grandes villes et petites villes, entre espaces urbains, périurbains et zones rurales et entre secteurs de résidence des grandes métropoles.

L'inégalité territoriale de santé en France, c'est-à-dire la variabilité spatiale et problématique de la mortalité, et plus rarement de la morbidité au sein de la population nationale, persiste et semble se creuser.

Entre régions, les écarts sont très marqués entre Auvergne/Rhône-Alpes et Île-de-France d'une part, Normandie et plus encore Hauts-de-France[6] d'autre part. La diversité des questions de santé problématiques est nettement plus marquée dans les régions les plus septentrionales. Aux échelles locales[7], ces inégalités territoriales sont, presque toujours, les reflets des inégalités sociales des populations résidentes [11]. C'est aux échelles moyennes, dites mésoéchelles, que les inégalités territoriales s'observent avec le plus de fiabilité et de clarté. À des populations résidant dans des territoires bénéficiant des situations sanitaires enviables depuis les Alpes, le Lyonnais et l'Alsace s'y opposent d'autres, qui se répartissent en nappes, situées depuis les Ardennes à l'est jusqu'aux Monts d'Arrée à l'ouest, prenant en écharpe, la Picardie et le littoral de la Manche. C'est aussi à ces échelons que leur acceptation sociale est problématique et prend le sens d'une injustice territoriale, d'une inéquité au sein de la population nationale.

Ces contrastes territoriaux résultent le plus souvent d'une géographie sociale et économique hétérogène façonnée par des mutations qui n'ont pu être atténuées ou dont les effets sur la santé

[6] Le surcroît de mortalité est de 30,7% par rapport à la mortalité française, l'excès de décès est désormais 10 000 morts excédentaires par an.

[7] À l'échelle des cantons par exemple.

des populations n'ont pu être résorbés. En cela les inégalités territoriales de santé donnent un éclairage sur les effets et impacts des politiques publiques, quelles qu'elles soient, sur la santé.

Si l'état de santé des Français continue de s'améliorer, cette progression continue de bénéficier à l'est de la France, en Bretagne ainsi qu'en Île-de-France. L'inégalité territoriale de l'amélioration de l'état de santé des populations est, par le processus de divergence territoriale qu'elle induit, le moteur même de la recomposition de l'état de santé des Français dans leurs lieux de vie.

Le niveau des inégalités sociales en termes de mortalité est également particulièrement élevé [22]. Entre les cadres et les ouvriers, l'écart d'espérance de vie à 35 ans atteint six ans pour les hommes et trois ans pour les femmes, et n'a pas diminué depuis les années 1990. Cette évolution s'explique en grande partie par la mortalité par cancers en lien avec la consommation d'alcool et de tabac (en particulier cancer du poumon) et, dans une moindre mesure, par la mortalité cardiovasculaire (en particulier les maladies cérébro-vasculaires). Les analyses prenant en compte simultanément les caractéristiques sociales et spatiales montrent qu'après prise en compte des écarts de structure socioprofessionnelle de la population, les disparités régionales restent fortes [21]. La composante régionale constitue ainsi un facteur important des différences de mortalité constatées en France. Cette composante pourrait traduire des différences à la fois en termes de comportements, y compris dans le recours aux soins et de déterminants environnementaux et culturels, plus ou moins intriqués avec les disparités sociales.

Pour mieux expliquer cette situation, un indicateur de la mortalité « évitable » au sein de la mortalité « prématurée » regroupe des causes jugées « évitables » particulièrement liées aux comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, suicides, accidents de la route, etc.) [23]. Selon cet indicateur, la France apparaît dans une situation très défavorable, qui met en évidence l'impact particulièrement fort des comportements de santé à risque et exprime plus généralement un retard dans la prévention.

Certains enjeux en découlent directement [20].

4.5.1 Les inégalités sociales de santé

La France se caractérise aussi par l'existence d'inégalités sociales (IS) de mortalité marquées.

On observe un gradient social de mortalité c'est-à-dire un risque de mortalité qui s'accroit à mesure que le niveau social diminue. Ce gradient social de mortalité particulièrement marqué en France, notamment pour la mortalité prématurée, ne se réduit pas [19] [24].

Les inégalités sociales de mortalité correspondent à la phase ultime des inégalités. Les mécanismes en jeu pour les expliquer sont multiples. Schématiquement, elles peuvent être le résultat d'inégalités sociales vis-à-vis du risque de développer une maladie, mais aussi, une fois celle-ci déclarée, d'inégalités au niveau de la prise en charge et du suivi (diagnostic, traitement et surveillance). Il ne s'agit pas uniquement de causes immédiates, proximales, mais aussi de causes fondamentales, qui agissent à des moments critiques, comme pendant la petite enfance, et s'accumulent tout au long de la vie [25]. L'effet des déterminants sociaux sur la mortalité et la morbidité passe en partie par une exposition socialement différenciée à des risques de différentes natures[8].

[8] UNICEF http://www.unicef.fr/contenu/actualite-humanitaire-unicef/2015/06/09/diagnostic-severe-des-droits-de-lenfant-en-france-23258

Les facteurs sociaux impactent l'incidence des pathologies, notamment par leur association avec des comportements à risque (consommation de tabac et d'alcool, alimentation etc.), ou les expositions environnementales (physiques, chimiques). En 2014, une personne avec un diplôme inférieur au baccalauréat avait en effet une probabilité 1,7 fois plus élevée de fumer par rapport aux diplômés de niveau au moins égal au baccalauréat [26]. Il faut se garder de conclure que ces expositions reposent sur des choix personnels, ils dépendent aussi de déterminants collectifs (culture, mimétisme, etc.) ou systémiques (exposition au stress, prix et accessibilité des aliments), qui échappent à l'individu.

Un retard d'accès primaire aux soins curatifs peut conduire à des retards de diagnostic, donc à des pathologies plus graves, prises en charge plus tardivement. Les populations défavorisées ont des probabilités de consulter un médecin généraliste, un gynécologue ou un dentiste, inférieures de 20 % et 40 %, respectivement, par rapport aux populations les plus favorisées [20], alors même que leur santé est moins bonne. Plusieurs facteurs sont en jeu, tels que des barrières financières, d'accessibilité spatiale ou logistique, mais aussi socioculturelles**.**

La prise en charge du patient par le système de santé (accès secondaire aux soins) contribue aussi à creuser les inégalités. Il a été montré par exemple qu'à âge, stade et circonstances de diagnostic égaux, les patientes défavorisées atteintes d'un cancer du sein avaient une chance d'être opérées par un chirurgien spécialisé inférieure de 40 % [27]. Ainsi, même lorsque le patient est engagé dans un parcours de soins, celui-ci peut socialement différencier dans un sens qui défavorise encore les populations les plus désavantagées. Cela est particulièrement vrai dans le suivi des pathologies chroniques : alors que la prévalence du diabète et des comorbidités (obésité, dyslipidémie) est plus élevée dans les territoires socioéconomiquement défavorisés, ces personnes, une fois diagnostiquées, ont aussi une probabilité plus faible d'avoir un suivi ophtalmologique, cardiologique et dentaire conforme aux recommandations [28]. Le système de santé n'est donc pas indemne de responsabilité dans l'existence d'inégalités sociales de santé.

4.5.2 Crise économique et inégalités sociales de santé

Les crises économiques affectent particulièrement les populations les plus démunies, et les politiques qu'elles suscitent ont des conséquences sur la santé et les inégalités sociales de santé. Des études conduites dans plusieurs pays montrent des impacts complexes à court terme. On note par exemple une dégradation de la santé mentale, une augmentation des suicides mais une baisse des accidents de transports. Les crises économiques entraînent souvent une diminution des budgets consacrés à la protection sociale, ce qui impacte directement les déterminants de santé et les inégalités sociales de santé.

- *Les effets à long terme de la période de crise sur l'espérance de vie sans incapacité et la dépendance des personnes âgées*

Certaines données laissent penser que l'espérance de vie sans incapacité chez les hommes comme chez les femmes aurait pu baisser entre 2008 et 2010.

En 2008 est parue une étude comparant l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé à 50 ans dans 25 pays européens [29]. Si les Françaises apparaissent comme les championnes de la longévité à 50 ans, elles se situent seulement en 10ème position pour ce qui est de l'espérance de vie en bonne santé à 50 ans, presque à égalité avec les femmes en Pologne dont l'espérance de vie globale à 50 ans est inférieure de cinq ans à ce qu'elle est en France. Pour les hommes, les Français se situent dans le peloton de tête en ce qui concerne l'espérance de vie globale à 50 ans mais sont

finalement assez moyennement placés pour l'espérance de vie en bonne santé à 50 ans. L'étude européenne SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) apporte des conclusions similaires, montrant clairement que si les femmes françaises sont parmi les Européennes celles dont l'espérance de vie est la plus élevée, en revanche, elles passent plus d'années en mauvaise santé ou avec une santé fragile que les Européennes des pays du nord de l'Europe en particulier les Suédoises, les Danoises ou les Néerlandaises.

En France, la question de la dépendance est devenue un enjeu majeur compte-tenu du vieillissement de la population et de l'augmentation rapide et inexorable au cours des prochaines décennies du nombre de personnes âgées et surtout de personnes très âgées.

De nombreux facteurs médicaux, nutritionnels, psychologiques et sociaux peuvent contribuer à rendre un individu fragile et faciliter l'évolution vers la dépendance. L'étude SHARE, en Europe, a montré que les difficultés financières et l'isolement social, en particulier la perte du conjoint ou la diminution des activités sociales, étaient associés au risque d'évoluer vers la fragilité. La même étude SHARE a permis de montrer que le risque d'être fragile à un âge donné est plus élevé dans les pays européens dont le produit intérieur brut (PIB) est le plus faible comparé aux pays européens les plus riches (Theou, 2013)[9].

Chez les hommes, comme chez les femmes, le PIB du pays et le niveau de dépenses consacrées aux personnes âgées apparaissent positivement corrélés avec l'espérance de vie en bonne santé.

La préoccupation pour l'espérance de vie en bonne santé, la prévention de la fragilité et de la dépendance doivent se penser dans le long terme. Si certains facteurs et les politiques de prévention sont d'effet rapide (lutte contre les difficultés financières, l'isolement social), certains déterminants ont des effets différés qui invitent à envisager les politiques en prenant en compte le futur, reliant par exemple la prévention de la dépendance des personnes âgées à la politique de l'emploi, du travail et de la formation continue. Chez les hommes, deux autres paramètres sont corrélés à l'espérance de vie en bonne santé, à savoir le temps passé sans emploi (avec une association négative) et le temps consacré à la formation continue (avec une association positive) (Jagger, 2008). Un rapport de l'Insee Nord-Pas-de-Calais a été publié en 2014 (Becuwe, 2014). Ce rapport souligne les disparités entre les différents territoires de la région Nord-Pas-de-Calais. L'étude montre aussi un lien entre taux de dépendance dans la tranche d'âge 70 à 84 ans, en 2009, et revenu médian des 60-74 ans, en 2001.

De même, il est observé un lien entre taux de dépendance dans la tranche d'âge 60-74 ans en 2009 avec le revenu médian des 50-64 ans en 2001. Compte-tenu des difficultés socio-économiques actuelles et de l'écart croissant entre les revenus médians des différents territoires, on peut s'attendre à une augmentation au cours des années à venir des inégalités entre les différents territoires de la région face aux facteurs de fragilité des personnes âgées.

En définitive, la dépendance des personnes âgées, et la charge qu'elle implique, apparaît comme une conséquence différée des conditions de vie et de travail des actifs(ves) aggravées par la crise, (chômage, conditions de travail en particulier). Les trajectoires et parcours professionnels de plus en plus chaotiques altèrent donc non seulement la capacité à assurer un niveau de retraite suffisant,

[9] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23443511

mais aussi l'état de santé et de dépendance des personnes âgées. Ce lien entre conditions de vie, de travail et de santé a été montré de longue date. Analysé comme une dynamique et dans la durée, il engage l'avenir. La pertinence de cet enjeu est confortée par la relation inverse entre espérance de vie en bonne santé à 50 ans et durée sans emploi au cours de la vie [29]. Les travaux de l'Insee Nord-Pas-de-Calais sur la fragilisation des personnes âgées et les perspectives d'évolution dans les années à venir soulèvent la même question. L'augmentation du niveau de dépendance à un âge donné et l'avancement de l'âge d'entrée dans la dépendance sont des conséquences prévisible de la crise, à moyen et long termes, qu'il s'agit d'anticiper.

❖ *Les inégalités sociales d'accès à la prévention*

La mortalité prématurée et la mortalité évitable témoignent d'inégalités d'accès à la prévention : ces deux indicateurs montrent de grandes disparités entre les groupes sociaux et les territoires, traduisant de grandes variations d'exposition à des facteurs de risque en lien avec une surmortalité. Il est toutefois difficile de mesurer les inégalités d'accès à la prévention en dehors de la prévention médicalisée. Une étude menée en Midi-Pyrénées a montré que le recours au dépistage du cancer du sein et à la pratique des frottis cervicaux variait fortement en fonction des caractéristiques socio-économiques [30]. De la même façon, il est constaté que les femmes défavorisées ont une probabilité de bénéficier d'un frottis cervical plus faible de 45 % par rapport à celles les plus favorisées [20], alors que leur risque de cancer cervico-utérin est plus élevé [31].

Pour la prévention non médicalisée, la mesure ne peut être qu'indirecte par des mesures d'exposition aux principaux facteurs de risque ou par l'existence de programmes de prévention.

En termes de prévention, la France privilégie souvent des actions identiques pour tous sur la base d'une volonté d'égalité conforme à nos valeurs républicaines. Cependant, cet égalitarisme strict peut avoir pour conséquences d'amplifier des différences préexistantes. Par exemple, la diminution récente du taux d'obésité des enfants de 5 ans n'a en fait concerné que les catégories les plus favorisées : alors que les enfants d'ouvriers avaient déjà un risque d'obésité deux fois plus important que les enfants de cadres, cette différence s'est encore accrue entre 2006 et 2013 [24]. Ces évolutions étaient concomitantes de la mise en œuvre du Programme national nutrition santé (PNNS), il faut s'interroger sur l'effet de ces campagnes de prévention. Nous savons en effet que l'accès, la réception et l'adhésion à l'information, ainsi que les ressources nécessaires pour s'en saisir et pour modifier ses habitudes, ne sont pas les mêmes selon les groupes sociaux, économiques, culturels, etc. Ne pas tenir compte de ces éléments conduit à favoriser des groupes qui possèdent déjà les ressources et les connaissances nécessaires afin d'améliorer leur état de santé.

S'il n'y est pas prêté attention, les innovations visant à améliorer la santé et les programmes de santé publique peuvent contribuer à aggraver les inégalités [32]. Par exemple, le différentiel de prévalence du tabagisme entre ceux n'ayant aucun diplôme et ceux ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat a été multiplié par 3 entre 2000 et 2014 (Baromètre santé 2014) [33]. Peu de programmes ou d'interventions sont conçus avec l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé. L'approche préconisée par Marmot [34] d'une offre de prévention touchant tout le monde mais renforcée auprès des publics qui en ont le plus besoin, doit guider les politiques locales, nationales et internationales. C'est ce que propose la Commission d'Oslo [35] sur la gouvernance mondiale de la santé.

L'accès à la prévention et à la promotion de la santé dépend de l'existence de programmes et d'équipes formées, de l'adaptation des programmes et des messages à des publics spécifiques et de la capitalisation des initiatives et des innovations. Ces conditions sont très inégalement réparties sur le territoire comme le montre la consultation de la base de données Observation et suivi

cartographique des actions régionales de santé (OSCARS)[10]. Cependant, des efforts ont été réalisés ces dernières années.

Trois acteurs principaux participent à la mise en place de la prévention : les pouvoirs publics (interdiction du benzène, de l'amiante, campagnes…), les professionnels (vaccination, traitements antihypertenseur, …) et les personnes elles-mêmes (poids, activité physique…). La sous-utilisation de la promotion pour la santé ne doit pas faire abandonner les actions reposant principalement sur les autres acteurs, d'autant plus que certains programmes nécessitent la collaboration de tous, comme la lutte contre le tabagisme : action sur les prix, consultations anti-tabac et éducation.

De même si cette sous-utilisation actuelle de la prévention justifie un investissement important dans ce secteur, néanmoins cela ne doit pas être une position de principe idéologique. Il est des circonstances où la prévention est prioritaire, parfois ce n'est pas le cas. Les analyses/ risques/bénéfices/coûts peuvent guider les hiérarchisations.

4.6 Le cas particulier des régions ultramarines

Les régions ultramarines se distinguent très nettement des régions hexagonales par leurs caractéristiques sociodémographiques et sanitaires. Elles présentent des populations plus jeunes que celles de la France métropolitaine, une fécondité plus élevée, notamment chez les mineures. Les indicateurs sociaux (revenus, emploi, formation) y sont globalement moins favorables. La santé perçue est moins bonne qu'en métropole. Bien que la mortalité soit dans l'ensemble plus faible pour les cancers, elle demeure plus élevée pour le cancer de la prostate ; elle l'est aussi pour les maladies vasculaires cérébrales. Ces régions enregistrent les plus forts taux de mortalité par maladies infectieuses et parasitaires.

La Guyane est la région française la moins densément peuplée. L'indice conjoncturel de fécondité y est le plus important de France (3,5 enfants par femme). Socialement, la population de cette région est une des moins favorisées. La mortalité prématurée est supérieure à la moyenne nationale. Les taux standardisés d'affections de longue durée (ALD) pour diabète sont les plus élevés de France. La mortalité par causes violentes est la plus forte des régions françaises, notamment par accidents de la circulation.

La Réunion présente une très forte densité de population. La population réunionnaise est relativement défavorisée. La mortalité générale est l'une des plus élevées de France, avec une forte surmortalité par maladies cardiovasculaires. La prévalence du diabète est très élevée. La mortalité liée à la consommation d'alcool est la plus importante des régions ultramarines, et en 2ème position à l'échelle nationale.

La Guadeloupe et la Martinique ont des densités de population très élevées. Leur situation sociale est moins favorable que celle observée en France métropolitaine, mais un peu meilleure que les autres régions ultramarines. La Martinique présente des taux de mortalité générale et prématurée inférieurs aux valeurs nationales, alors que la Guadeloupe ne se distingue pas pour la mortalité générale et présente un taux supérieur pour la mortalité prématurée. Les taux standardisés d'ALD pour diabète sont élevés. Le surpoids et l'obésité font partie des priorités de santé de la Martinique, on note encore une forte progression de leur prévalence mesurée lors d'enquêtes en 2003 et 2013.

[10] http://www.oscarsante.org/

Mayotte présente la 2ème densité de population parmi les régions de France. En 2012, plus de la moitié de la population a moins de 18 ans. Le territoire connait la plus forte croissance démographique de France et des indicateurs sociaux très défavorables (illettrisme, scolarisation, revenus). Les taux de mortalité infantile sont largement supérieurs à la moyenne nationale. La population est très exposée aux maladies infectieuses (maladies vectorielles, tuberculose, hépatite B, VIH-sida...) ou hydriques liées à l'environnement. La prévalence du diabète et du surpoids est très élevée. On observe aussi des carences nutritionnelles, notamment chez les enfants.

Ces spécificités sont à prendre en compte lors de la déclinaison régionale de la SNS.

4.7 Des spécificités selon les groupes d'âge

Chaque groupe d'âge présente des problèmes de santé particuliers. Le Haut Conseil de la santé publique les avait analysé dans son rapport « Santé en France. Problèmes et Politiques » [36].

4.7.1 La grossesse

La santé des femmes au moment de la grossesse représente une préoccupation importante dans un pays présentant l'un des taux de fécondité les plus élevés d'Europe, et qui recense chaque année plus de 800 000 femmes enceintes [37]. Dans la grande majorité des cas, la grossesse ne constitue pas une période à risque pour la santé de la mère et de l'enfant à naître. Elle reste néanmoins une période de vulnérabilités, qui nécessite des contacts réguliers avec les professionnels du secteur médico-social et une mobilisation importante du système de santé.

Les principaux déterminants du risque de complications pendant la grossesse sont bien connus. Parmi ces facteurs, si la fréquence du tabagisme maternel tend à diminuer, elle reste toutefois élevée (en 2010, 17 % des femmes ont une consommation régulière de tabac au 3ème trimestre de la grossesse), au même titre que la consommation d'alcool (en 2010, près d'une femme sur cinq se sachant enceinte en consomme). D'autres facteurs présentent des tendances évolutives clairement défavorables, comme l'augmentation de la prévalence de l'obésité maternelle et la dégradation de la situation sociale de certains ménages [38].

L'âge maternel constitue, en plus de ces éléments, un déterminant majeur du déroulement de la grossesse. Cet âge s'est élevé de manière régulière au cours des dernières décennies : aujourd'hui, les femmes sont âgées, en moyenne, de plus de 30 ans au moment de leur accouchement, contre 27 ans au début des années 1980.

Les progrès importants de l'assistance médicale à la procréation (AMP) et la diffusion de ces techniques auprès des couples présentant des problèmes d'infertilité ont contribué à l'élévation de l'âge maternel, ainsi qu'à l'augmentation du taux de grossesses multiples. En 2011, le nombre de tentatives d'AMP (inséminations artificielles et fécondations *in vitro*) s'établit à plus de 140 000 en France, et 23 000 enfants nés cette année-là (soit près de 3 % des naissances) sont issus d'une AMP [39].

L'âge maternel et les grossesses multiples sont des facteurs déterminants de la mortalité maternelle, indicateur dont le suivi constitue un axe essentiel de la surveillance en santé périnatale [4]. Cette mortalité est deux fois plus élevée à 35-39 ans qu'à 25 ans et huit fois plus élevée au-delà de 45 ans. Sur la période 2007-2009, l'Enquête nationale et confidentielle sur la mortalité maternelle (ENCMM) permet d'estimer, de manière fiable, à 85 le nombre de ces décès survenant chaque année en France

(dont les deux tiers concernent des femmes âgées d'au moins 30 ans) [5]. Cette enquête permet aussi de disposer de données robustes pour l'évaluation de la qualité des soins obstétricaux. Pour 60 % des décès expertisés en 2007-2009, la prise en charge des femmes enceintes est jugée non optimale, c'est-à-dire non conforme aux recommandations de bonne pratique. Cette proportion est cependant en nette diminution par rapport à la période 1998-2000, où elle s'établissait à 72 %.

La France se caractérise par un profil des causes de décès maternels très particulier, puisque les hémorragies obstétricales occupent une place prépondérante. La fréquence des hémorragies du *post-partum* a toutefois nettement diminué au cours des dernières années [40]. Cette situation illustre les impacts positifs que peuvent avoir conjointement la diffusion de recommandations de bonne pratique, leur relais et les actions menées à une échelle territoriale adaptée (en particulier par les réseaux régionaux de périnatalité), ainsi que la mobilisation forte des professionnels de terrain.

La variabilité des pratiques autour des césariennes programmées à terme, qui représentent actuellement 7 % des modes d'accouchement (avec d'importantes disparités selon les maternités), témoigne toutefois des marges de progression encore possibles autour de la pertinence des soins dans le domaine de la périnatalité [41].

Une hétérogénéité des prises en charge est également observée dans les différentes dimensions du suivi de la grossesse (consultations prénatales, échographies obstétricales, préparation à la naissance et à la parentalité, dont l'entretien prénatal précoce). Les facteurs sociaux jouent un rôle majeur dans ces inégalités, les femmes en situation économique précaire présentant de manière systématique les suivis prénatals les plus insuffisants [42].

Si les mesures mises en avant dans le dernier Plan périnatalité 2005-2007 témoignent d'une réelle volonté d'amélioration de la prise en charge des femmes en situation de précarité, la réduction des inégalités sociales autour de la grossesse reste un défi d'actualité pour les politiques de périnatalité menées en France [32] [33].

4.7.2 La santé périnatale

Si la plupart des 820 000 enfants qui naissent chaque année en France sont en bonne santé, les risques de morbidité grave et de mortalité à la naissance et au cours de la première année de vie sont élevés, de même que les conséquences du déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la période néonatale sur la santé et le développement psychomoteur des enfants et la survenue de maladies chroniques à l'âge adulte [43] [44] [45].

La mortinatalité est estimée à 8,9 pour 1 000 naissances en France [35] [46]. La mortinatalité spontanée représente 60 % de ces décès et celle induite par les interruptions médicales de grossesse (IMG) 40 %. Ce taux est difficilement comparable d'un pays à l'autre car la pratique et les délais légaux pour les IMG varient, de même que les règles d'enregistrement des mort-nés en termes d'âge gestationnel et de poids [40]. Cela dit, les taux de mortalité infantile continuent à diminuer dans des pays qui ont traditionnellement des taux bas, tels que la Finlande, la Suède et l'Islande, ce qui montre qu'il est actuellement encore possible de réduire la mortalité[11].

Les principaux indicateurs de morbidité portent sur l'âge gestationnel, le poids de naissance, la présence d'une anomalie congénitale et la survenue d'une souffrance fœtale ou néonatale. La

[11] Mortalité infantile en Europe. Eurostat. http://epp.eurostat.ec.europa.eu

prématurité a un impact particulièrement important. Elle concernait 6,6 % des naissances en 2010 et a augmenté régulièrement au cours des quinze années précédentes [36]. Or la mortalité dans le premier mois de vie dépasse 10 % chez les enfants nés avant 32 semaines de grossesse et atteint 2 à 3 % parmi les enfants nés à 32-33 semaines, contre moins de 2 pour mille, à partir de 37 semaines [37].

De nombreux facteurs peuvent agir directement en faveur ou en défaveur de la santé périnatale à court et long termes. La situation sociodémographique des femmes et leurs comportements de prévention peuvent avoir un impact important.

Certaines tendances vont dans le sens d'une meilleure prévention et d'une meilleure santé : augmentation du niveau d'études des femmes, diminution de la consommation de tabac pendant la grossesse, augmentation de l'allaitement maternel [36] (des progrès sont encore possibles en ces deux derniers domaines [47]). En revanche, d'autres évolutions sont moins favorables, telles que le report des grossesses vers des âges plus tardifs, le développement de la précarité et l'augmentation de l'indice de masse corporelle [36] [48]. Ainsi, la proportion de femmes qui ont eu un enfant à 35 ans ou plus est passée de 13 % en 1995 à 19 % en 2010, alors que les risques pour la mère et l'enfant augmentent significativement à ces âges.

Bien que la périnatalité soit un domaine où les politiques publiques ont depuis longtemps cherché à favoriser l'égalité d'accès aux soins, on observe des différences sociales marquées pour les indicateurs de santé périnatale, notamment pour les femmes seules, très jeunes, sans ressources ou arrivées récemment sur le territoire [42]. Les disparités sont aussi territoriales, non seulement au niveau de la santé, mais dans les comportements de prévention et la mise en place de nouveaux dispositifs de prévention [42] [49] [50].

Pour la compréhension de la situation périnatale, la France manque d'un système d'information fondé sur un registre médical des naissances, enrichi par des liens avec d'autres registres sur la mortalité et la morbidité ou d'enquêtes *ad hoc*, à l'instar de ce qui se fait dans d'autres pays européens [51].

4.7.3 La santé des enfants

La santé des jeunes enfants, considérés ici de 1 à 14 ans, est bonne en France, comme en témoigne un certain nombre d'indicateurs importants. Le taux de mortalité en 2011 est de 0,17 pour 1 000 enfants âgés de 1 à 4 ans et de 0,10 pour 1 000 enfants âgés de 5 à 14 ans, le plus faible de toutes les tranches d'âge [52] [53].

Les hospitalisations sont peu fréquentes et ne cessent de diminuer (les 1-14 ans représentent 7 % des courts séjours hospitaliers). La morbidité est faible et concerne des pathologies essentiellement bénignes : respiratoires, ophtalmologiques, dentaires, etc. Le recours aux soins entraîne en moyenne 6,4 consultations par an par enfant (pédiatre ou généraliste en ville, protection maternelle et infantile (PMI) ; 10 % concernent des examens systématiques, 6 % des vaccinations et 40 % des pathologies respiratoires.

La mortalité (1 286 décès en 2011) est essentiellement due aux accidents et aux cancers (tumeurs et leucémies), auxquels s'ajoutent de 1 à 4 ans les conséquences tardives des malformations congénitales. Les taux de décès ont baissé de 35 % entre 2000 et 2011 (36% pour les garçons et 34 % pour les filles) [47].

Les accidents de la vie courante, une des principales causes de décès avant l'âge de 15 ans (300 décès par an), se produisent à la maison, à l'école ou pendant le sport ; les garçons sont deux fois plus concernés que les filles. Les circonstances de décès les plus fréquentes sont les chutes, les suffocations, les noyades, les intoxications et les accidents par le feu. De nombreuses actions de prévention ont été mises en œuvre alliant actions communautaires et individuelles, actions d'information et réglementation sur les produits. Le taux de mortalité par accidents a baissé de 11% entre 2004 et 2008. Cette diminution a été plus importante chez les filles. Les décès par noyade et par suffocation ont particulièrement décru durant cette période [48].

Les troubles du développement moteur, psychique et sensoriel peuvent avoir des conséquences majeures sur le développement du jeune enfant et entraver ses acquisitions. La surdité permanente est diagnostiquée tardivement (entre 16 mois et 3 ans), le dépistage systématique néonatal a été décidé en 2012. Les autres troubles de l'audition comme les troubles de la vision sont dépistés au cours des examens systématiques de l'enfant par les médecins généralistes ou les pédiatres exerçant en ville ou dans le cadre de la PMI ou de la santé scolaire. Il en est de même des troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention, dont la fréquence est difficile à déterminer, des troubles envahissants du développement (type autisme), et des différents troubles des apprentissages. Leur repérage a fait l'objet d'un certain nombre de propositions de la HAS depuis 2005 [54] [55].

Les troubles psychiques ont un poids important. Avec les troubles du comportement, ils constituent, selon les données de l'Assurance maladie (2004 – mise à jour 2008), le premier motif d'admission en ALD des moins de 15 ans. La prévalence des recours en secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (3 % des moins de 15 ans en 2003) illustre également l'importance des troubles de santé mentale à ces âges.

Entre 2000 et 2006, le taux de surpoids chez les 5-6 ans est passé de 14,4 % (dont 3,4 % d'obésité) à 12,1 % (dont 3,4 % d'obésité) ; pour les 10-11 ans, il est de 19 % (dont 4 % d'obésité) avec une stabilité de 2002 à 2008 [47] [56]. Les inégalités sociales sont importantes, les élèves relevant de l'éducation prioritaire sont presque deux fois plus souvent obèses (7 % contre 4 %). Les comportements nutritionnels, tels que la prise d'un petit-déjeuner ou la consommation de fruits et légumes ou l'absence de prise quotidienne de boissons sucrées, sont plus fréquents chez les enfants de cadres que chez les enfants d'ouvriers. De même, des différences existent pour le temps passé devant les écrans de télévision, d'ordinateur ou de jeux vidéo, et 69 % des enfants de cadres contre 45 % des enfants d'ouvriers y passent moins d'une heure par jour.

La santé bucco-dentaire s'améliore régulièrement depuis vingt ans, sous l'effet des progrès de l'hygiène, des habitudes alimentaires et de l'effet préventif du fluor. En 1987, un enfant âgé de 6 ans avait en moyenne un peu moins de quatre dents cariées, absentes ou obturées (CAO 3,7). En 2006, cet indice est réduit à 1,4. De même, à 12 ans, cet indice est passé de 4,2 en 1987 à 1,2 en 2006. Cependant, les inégalités sociales et territoriales restent marquées (à 12 ans, CAO de 1,5 en ZEP et de 1,6 en zone rurale) et le recours aux soins est différencié : quand il existe des caries, 11% d'enfants de cadres n'ont aucune dent cariée soignée contre 29 % des enfants d'ouvriers [48].

La prévention vaccinale a permis de faire reculer les maladies infectieuses qui, autrefois, tuaient les enfants (variole, diphtérie, coqueluche) ou leur laissaient de lourdes séquelles (poliomyélite). La couverture vaccinale pour diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche est bonne à cette période de la vie (3 doses : 96 %). Celles contre l'hépatite B (3 doses : 39 % en 2005, 47 % en 2008, 74 % en 2011), contre la rougeole (2 doses : 74 % en 2005, 85 % en 2008) progressent [57]. Le calendrier vaccinal

des enfants, dense et jugé complexe, a été simplifié début 2013 sur les recommandations du HCSP [58], dans l'espoir que la couverture vaccinale en serait améliorée.

Le développement harmonieux de l'enfant, à l'école notamment[12], est un enjeu essentiel. Les déterminants socio-économiques sont en effet à l'œuvre dès le début de la vie, lors des apprentissages scolaires, sociaux et comportementaux.

Au moment où les inégalités de santé se creusent chez l'adulte, les politiques de prévention dans l'enfance (soutien à la parentalité, socialisation dès le plus jeune âge, dépistage, repérage, diagnostic et prise en charge précoces des dysfonctionnements) et d'éducation pour la santé (individuelle et communautaire) doivent se renouveler pour éviter que ces inégalités ne s'enracinent dès l'enfance.

❖ *Le cas des violences faites aux enfants*

Les violences que sont susceptibles de subir ou de provoquer les mineurs s'inscrivent dans le champ plus large de la protection de l'enfance, qui inclut également les situations, beaucoup plus fréquentes, de carences éducatives. Le dénombrement des décès d'enfants par violence reste difficile, notamment en raison de biais de déclaration avec les accidents. Le repérage et la prise en charge des enfants concernés sont essentiels, à la fois pour les protéger à court terme mais aussi en raison des conséquences possibles de ces situations sur leur vie d'adultes. Le fait que 25 % des personnes sans-domicile nées en France aient été placées dans leur enfance en foyer ou en famille d'accueil illustre l'ampleur des risques liés à ces situations [59].

Dans les pays à hauts revenus, la prévalence est estimée à 10% des enfants victimes de violence de tout type (physique, psychique, sexuelle) (Lancet 2009[13]).

Selon l'OMS en 2014 (enquête de victimation dans 133 pays) : 22,4% des adultes ont subi des violences physiques dans l'enfance, 36,3% des violences psychologiques, 16,3% des négligences graves, 8% des filles ont subi des violences sexuelles, et 7,6% des garçons.

Également selon l'OMS en 2016 (enquête Hillis janvier 2016), un enfant sur quatre a subi des violences physiques et une fille sur cinq a subi des violences sexuelles.

En France, 59 % des 16 % de femmes victimes pendant leur vie de tentatives de viol et de viols, les ont subi mineures, et 67% des 5% d'hommes (France, Inserm Ined CSF, 2008). On estime à 180 à 200 syndromes de bébé secoué chaque année (HAS, 2011, et plus de 250 homicides de nourrissons de moins de 1 an, par an, estimation sur la période 1996-2000) (Tursz 2010[14]).

Ces violences ont des conséquences sociales, scolaires, et de santé majeures (désinsertion sociale, décrochage scolaire). Dans la littérature scientifique anglophone, de nombreuses études rétrospectives et surtout prospectives (cohortes de naissance) montrent que les adultes maltraités dans leur enfance ont, significativement plus que des sujets témoins, des problèmes de santé somatique (mauvais état général, hypertension artérielle…) et mentale (dépression, addictions,

---

[12] Avis relatif à la politique de santé à l'école. HCSP, juillet 2012. http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=272 ; Avis relatif à la médecine scolaire, février 2013. http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20130227_medecinescolaire.pdf

[13] http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608617067/abstract

[14] http://www.seuil.com/ouvrage/les-oublies-anne-tursz/9782021002393

délinquance, tentatives de suicide…, ces dernières faisant plus particulièrement suite à des violences sexuelles).

Avoir subi des violences, en être témoin, avoir subi des négligences surtout pendant l'enfance, est un déterminant majeur de la santé des adultes (ONU). On observe une corrélation très importante (Felitti et Adda, 2010) avec la survenue de cancers (x 2,4), d'accidents cardio-vasculaires (AVC x 5,8), d'atteintes pulmonaires, hépatiques, troubles gynécologiques et obstétricaux, IST, VIH, de morts précoces, de suicides (x 49), de dépressions, d'addictions, d'obésité, de troubles psychiatriques, de conduites addictives, de marginalisation, de délinquance.

Selon l'OMS (2014), associer les trois types de violences et des négligences conduit jusqu'à vingt ans de perte d'espérance de vie.

Cette problématique, peu abordée dans la littérature de santé publique, a fait l'objet d'une récente étude américaine ayant suivi de façon prospective, pendant plus de trente ans, des enfants victimes de mauvais traitements et un groupe témoin d'enfants non maltraités jusqu'à un âge moyen de 41 ans. On a pu constater que les enfants du premier groupe avaient significativement un niveau éducatif plus bas, d'avantages de problèmes d'emplois et des salaires moins élevés (Currie et Widom, 2010[15]).

Les facteurs de risques le plus souvent identifiés sont : la prématurité et tout particulièrement la grande prématurité, le handicap de l'enfant, les troubles psychiques chez les parents.

Des actions de prévention et de promotion de la santé sont possibles. Le repérage et le dépistage sont améliorés par la formation et l'existence de traitement psychothérapique du psycho-traumatisme. L'accompagnement social et scolaire est possible. Les professionnels de santé sont globalement peu formés. En France, les instances et les processus de protection de l'enfance sont relativement méconnus et les situations sont traitées différemment d'un territoire à l'autre (compétences du conseil départemental partagées avec institution d'État, hôpital, Éducation nationale, justice, police, gendarmerie, associations de défense des droits de l'enfant, associations d'anciennes victimes).

On note une surreprésentation des familles socialement défavorisées dans les familles suivies et un déficit de dépistage important dans les milieux favorisés alors que la maltraitance infantile existe dans tous les milieux (Tursz, 2013[16]).

En dehors des évènements violents et dramatiques, le phénomène est sous-estimé voire dénié.

4.7.4 La santé des adolescents et des jeunes adultes

Les taux de mortalité des 15-24 ans sont très faibles, de 0,21 (femmes) à 0,57 (hommes) décès pour 1 000 en 2011 [17] et ont diminué au cours des dix dernières années [60], ce qui peut être mis au crédit de progrès en termes de prévention (accidents) et de soins (tumeurs). Les taux d'hospitalisation et d'admission en ALD sont également très bas dans cette classe d'âge. Le regard que portent les jeunes sur leur propre santé conforte ce constat, puisque 96 % des 15-30 ans se déclarent plutôt en bonne santé [61].

[15] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20425881

[16] https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RFAS_125_0032

[17] Taux de mortalité par sexe et par âge en France. www.cepidc.inserm.fr

Cette situation globalement favorable ne saurait toutefois masquer les inégalités territoriales ou sociales et surtout celles qui existent dès cet âge entre hommes et femmes.

Ainsi, la surmortalité masculine qui n'existe pas chez les 5-14 ans, s'élève à 2 chez les 15-19 ans et atteint le pic de 3,5 chez les 20-24 ans [53]. Par comparaison aux jeunes hommes, les jeunes femmes apprécient plus négativement leur santé en termes de qualité de vie et rapportent des consultations plus fréquentes auprès des professionnels de santé [55]. Par rapport à ceux qui travaillent, les jeunes au chômage ont près de trois fois plus souvent une représentation négative de leur santé et, indépendamment des revenus, déclarent trois fois plus souvent renoncer aux soins [55].

La consommation de tabac, la consommation d'alcool et l'obésité sont en France à l'origine des deux tiers du fardeau considérable des maladies non transmissibles chez les adultes [62].

C'est chez les 15-30 ans que la prévalence du tabagisme est la plus élevée [63] (44 % de fumeurs actuels, dont 36 % de quotidiens). Entre 2005 et 2010, cette prévalence a augmenté de 4 points alors qu'elle avait baissé de 5 points entre 2000 et 2005, passant de 46 % à 41 %.

La consommation annuelle d'alcool chez les 15-30 ans a augmenté entre 2005 et 2010 (82% *versus* 79 %), tout comme l'usage hebdomadaire d'alcool et les épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante [57]. En 2010, un tiers des 15-19 ans ont rapporté au moins une ivresse au cours des douze derniers mois (41 % des garçons, 25 % des filles), contre un quart en 2005.

Dans le domaine de la nutrition, les indicateurs évoluent également de façon défavorable. Entre 1997 et 2012, la prévalence de l'obésité des 18-24 ans est passée de 2,1% à 5,4 % et, sur les années récentes, c'est dans cette classe d'âge que l'augmentation a été la plus marquée [18] [64].

La jeunesse constitue dans tous les domaines une étape de transition et de choix. Si certaines manifestations de mal-être ou de souffrance psychique sont inhérentes au travail psychique de l'adolescence et sont à mettre en lien avec ces transformations, d'autres s'inscrivent dans une dimension psychopathologique qu'il importe de repérer et de prendre en charge.

En 2010, près de 1 % des jeunes de 15-30 ans ont fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois, et c'est dans cette tranche d'âges que ce taux est le plus élevé. Un constat analogue est établi pour les scores de qualité de vie. Si, d'une façon générale, les 15-30 ans ont de meilleurs scores de santé physique que leurs aînés, c'est entre 15 et 19 ans que le score de santé mentale apparaît le plus dégradé.

Les filles présentent des scores de qualité de vie plus mauvais que les garçons pour la santé physique comme pour la santé mentale, et tentent plus souvent de se suicider. À l'inverse, plus de 80 % des jeunes qui décèdent par suicide sont des garçons et, en lien avec la plus forte prévalence masculine des psychoses, ces derniers souffrent plus souvent de troubles psychiques graves[19].

[18] ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids. Une enquête Inserm/Kantar Health/Roche.
http://www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi_2012.html

[19] La santé des jeunes en pays de la Loire. Observatoire régional de la santé Pays de la Loire, 2009. http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/santejeunes/2009santejeunesPdL_rapport.pdf

Malgré des avancées notables, les accidents et les suicides restent les deux principales causes de décès des jeunes, appelant à la poursuite et au renforcement des efforts en matière de prévention. Les trois-quarts de ces décès concernent des jeunes hommes. Cette surmortalité masculine ne peut plus être considérée comme inévitable [65].

Concernant les habitudes en matière de tabac, d'alcool et de nutrition, qui s'installent pendant la jeunesse et dont les évolutions sont actuellement défavorables, le riche répertoire des options préventives [66] [67] est en permanence à adapter, par le biais notamment d'expérimentations conduites avec des méthodes rigoureuses.

4.7.5 La santé des adultes

Entre 25 et 64 ans, seulement 38,6 % des Français ne déclarent aucune pathologie ou problème de santé (Drees Etat de la population en France, rapport 2017). Plus de 6 Français sur 10 dans cette tranche d'âge déclarent un problème de santé**,** les plus fréquents étant : allergie, asthme, maladies du système ostéo-articulaire, HTA, diabète.

A noter la faiblesse des dépenses de prévention, parmi les moins élevées des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économique (OCDE).

Par ailleurs, la problématique de la **santé au travail** – et plus globalement le maintien en activité des adultes (cadre professionnel, cadre familial), constitue une des spécificités de cette tranche d'âge, en en soulignant l'importance pour les personnes et leur entourage, ainsi que pour la société (coûts directs et indirects, contribution à l'Assurance maladie et au système de retraites…).

En témoignent les plans successifs Santé au travail.

L'exposition aux risques psycho-sociaux, évalués en six dimensions, est importante à prendre en compte : en 2013, au moins 61% des actifs occupés étaient exposés à trois facteurs de risque psycho-social ou plus, les employés non qualifiés étant les plus exposés ; la littérature a souligné les effets importants de ces facteurs de risque sur les maladies cardio-vasculaires, les problèmes de santé mentale et les troubles musculo-squelettiques [68].

La Cnamts édite chaque année des statistiques nationales des accidents du travail et des maladies professionnelles ; parmi celles-ci, les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont les plus fréquents (86,5%) ; un programme complémentaire de surveillance des « maladies à caractère professionnel » a été mis en place depuis 2007 par l'InVS puis Santé publique France. On observe une forte progression des mises en invalidité (+ 4,8 % par an en moyenne entre 1998 et 2006, données concernant les assurés du régime général de l'Assurance maladie)[20] ; comme dans les autres pays de l'OCDE, les affections psychiatriques (28 %), notamment les troubles dépressifs réactionnels et névrotiques constituent la première cause d'entrée en invalidité, suivis par les maladies du système ostéo-articulaire (24 %) et plus particulièrement les pathologies rachidiennes et discales, puis les cancers (13 %), avec des disparités géographiques importantes. Par contre, le nombre d'accidents du travail tend globalement à reculer, avec de fortes variations d'un secteur d'activité économique à l'autre[21].

[20] https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/

[21] http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/

Un certain nombre de ces problèmes sont **évitables par des mesures de prévention adaptées,** qui doivent devenir accessibles à tous et faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation attentives.

4.7.6 La santé des personnes âgées

La population française continue de vieillir, sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations du *baby boom*. La part des personnes âgées de moins de 20 ans diminue, alors que celle des 65 ans ou plus augmente (18,7 % en 2013). Les plus de 75 ans représentent actuellement 10 % de la population[22].

Les projections de l'Insee indiquent que ce sont dans les classes d'âges extrêmes que les effectifs vont le plus augmenter dans les années qui viennent. Il faut bien mesurer les enjeux. La révolution de la longévité étire et fragmente les différents âges de la vie. La catégorie des personnes âgées n'est pas homogène [69] et la représentation qu'on s'en fait évolue. Les seniors retraités, mais encore très actifs, ont remplacé le troisième âge ; on le voit dans les campagnes de marketing. Le quatrième âge est apparu, appelé aussi « vieillesse dépendante » avec ses problèmes de santé et de restriction d'activité [70]. Cette catégorisation sociale est propre à nos sociétés et risque de contribuer un peu plus à stigmatiser le « grand âge ».

Ceux qui sont appelés les séniors sont globalement en bonne santé, quand bien même ils sont fréquemment atteints par un certain nombre de pathologies (déficiences sensorielles, troubles de mémoire immédiate, maladies dégénératives notamment rhumatismales, diabète…). Les femmes sont souvent atteintes d'ostéoporose post-ménopausique ne nécessitant qu'une surveillance régulière ou pour certaines un traitement, afin d'en prévenir les complications. Généralement, ces troubles ne s'accompagnent pas de retentissement important dans leur vie quotidienne. Le recours au médecin et la consommation médicamenteuse progressent régulièrement à partir de 45 ans, les femmes étant nettement plus consommatrices de médicaments, notamment de psychotropes.

Une partie des personnes âgées connaît des problèmes de santé plus sévères, en lien avec la survenue d'un accident cardiovasculaire ou cérébro-vasculaire, d'un cancer ou d'une maladie neurodégénérative (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, …) [71] [72].

À partir de 70 ans, les limitations fonctionnelles deviennent plus fréquentes, conséquence d'une association de problèmes physiques, sensoriels et cognitifs.

À partir de 80-85 ans s'expriment, de façon importante au quotidien, les effets conjugués de la sénescence et des conséquences fonctionnelles et sociales des maladies chroniques invalidantes, dont la fréquence augmente avec l'âge. Les deux-tiers des personnes très âgées déclarent ainsi des douleurs physiques d'une intensité importante, sources d'incapacités et de handicaps (70 % des hommes et 80 % des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, 50 % deux, voire trois), ainsi qu'une gêne dans les activités quotidiennes.

Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité qui s'observent après 60 ans, témoignent d'un effet de long terme sur la santé de la catégorie professionnelle et des conditions de vie et de travail qui lui sont associées.

[22] Bilan démographique 2014. http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo

Pour les personnes souffrant de pathologies multiples, la prise en charge est complexe, et avec des pratiques de soins qui sont devenues plus actives au cours de la dernière décennie.

La part des personnes âgées a fortement augmenté dans les files actives hospitalières pour les soins de court séjour en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). En 2008, 37 % des personnes âgées de 80 ans ou plus ont ainsi été hospitalisés en MCO au moins une fois au cours des douze derniers mois, et elles représentent un quart des séjours de ces services[23].

Pour faire face aux conséquences sociales de la dépendance, des dispositifs tels que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ont été mis en place. Aujourd'hui, 1,2 million de personnes en bénéficient, dont la grande majorité (950 000) vit à domicile. Pour ces dernières, l'entourage et notamment la famille apportent une aide substantielle, qui a été estimée en moyenne à plus de cinq heures par jour. Les conditions d'accueil dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) se sont améliorées au cours des dernières décennies mais la question de l'accessibilité financière de ces établissements constitue une préoccupation pour de nombreuses familles.

La progression de l'espérance de vie aux âges élevés soulève la question de la qualité de vie des années supplémentaires vécues : gain de vie en bonne santé ou gain de vie avec des maladies chroniques et des incapacités ? D'où le grand intérêt des indicateurs d'EVSI [73]. Les premiers calculs d'EVSI réalisés en France au cours des années 1980 montraient que les années de vie gagnées étaient des années sans incapacité sévère (et même sans incapacité modérée pour les hommes), ce qui a été interprété comme une tendance à la « compression » de l'incapacité (moins d'années vécues en mauvaise santé). Toutefois, depuis le début des années 2000, une tendance contraire à l'expansion des incapacités a été mise en évidence.

4.8 Des problèmes d'éthique et d'égalité d'accès à la santé

4.8.1 Les inégalités d'accès aux soins

Benoît Apollis [74] souligne que le système de santé français se situerait « *[...]dans la moyenne haute européenne sur de nombreux indicateurs de santé publique* [75]. *S'agissant de l'accès aux soins, il vient justement d'être rappelé qu'en 2013, la France se place (...) en tête des pays de l'OCDE, avec une densité médicale en milieu urbain de 4,5 médecins pour 1 000 habitants. La densité médicale en milieu rural (1,4 médecin pour 1 000 habitants) se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE. Avec environ 6,3 lits d'hôpital pour 1 000 habitants, la France se situe également dans la moyenne haute des pays de l'OCDE. [Mais] cette situation globalement satisfaisante cache néanmoins des disparités territoriales, qui font que l'égalité d'accès n'est pas toujours assurée* [76]. *À quoi s'ajoutent des inégalités d'ordre économique et social, qui ne sont pas sans liens avec les politiques de maîtrise des dépenses qui touchent la protection sociale dans son ensemble depuis une trentaine d'années*» [77].

Une étude publiée le 19 avril 2017 dans *le Lancet* place la France au 15ème rang des systèmes de santé dans le monde et met en évidence un creusement des inégalités. Ainsi, constate le professeur Christopher Murray [78], « *l'augmentation du niveau de développement n'entraîne pas forcément une amélioration de la qualité et de l'accès aux soins* ».

[23] Impact du vieillissement de la population sur l'activité hospitalière (2007-2010). Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus. ATIH. http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009600003FF

Définir le concept d'accès aux soins est malaisé et de multiples approches existent [79]. On peut considérer avec Feuillet [80] que l'accès aux soins repose sur deux fondements :

- la dignité de la personne humaine,
- la protection de la santé.

L'ambivalence de la notion apparait alors clairement, l'accès aux soins nécessite une approche individuelle [81] qui se double d'une démarche collective.

Dès lors, *« accéder aux soins exige que toute personne puisse être vue et prise en charge par un médecin, en fonction de son état. Concrètement, cela nécessite, au minimum, de pouvoir accéder à un système de soins et d'être assuré de la prise en charge financière de cet accès* [82]».

Un des axes majeurs de la politique de santé doit donc être orienté vers la « lutte » contre le renoncement aux soins (quelle que soit la raison de ce renoncement : économique, social, géographique etc.). Cette lutte conduit notamment à la réflexion sur les outils à créer pour garantir la continuité (temporelle et spatiale) de l'accès aux soins.

Le premier axe doit être complété par une prise en considération et une compensation des inégalités sociales de santé. Dans ce cadre, les outils (CSP Art. L1110-3) mis en place pour « sanctionner » les refus de soins envers certains patients (couverture maladie universelle ou CMU, aide au paiement d'une complémentaire santé ou ACS, aide médicale de l'État ou AME) se révèlent partiellement inefficaces. On peut émettre l'idée que des personnes qui n'accèdent pas aux soins, n'accèderont pas davantage au droit, il conviendrait qu'elles puissent bénéficier de relais pour que le dispositif légal puisse réellement être mis en œuvre (associations autorisées à saisir la justice ; preuve du refus facilitée par le recours au mécanisme du test aléatoire).

Dans une analyse juridique des mécanismes mis en place depuis une vingtaine d'années pour promouvoir l'accès aux soins, le constat a pu être dressé du caractère « inabouti », « tronqué » voire « disloqué » des réformes [83].

4.8.2 L'approche éthique

Dans son avis 101 de 2007 [84], le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) estime qu'il importe que « *les choix soient plus voulus que subis* ».

Les aspects éthiques des inégalités d'accès aux soins et au système de santé « appellent à la barre » plusieurs concepts et principes éthiques fondamentaux.

La question de l'égalité, au-delà de ses aspects juridiques, se rattache au principe de justice, notamment dans son aspect « redistributif ». Ainsi, **les ressources prélevées sur la production nationale, lorsqu'elles bénéficient à certaines catégories de la population plutôt qu'à d'autres, aboutissent à une captation de la redistribution qui a pour effet d'accroitre les déséquilibres**. C'est la situation que connaît, en partie, le système de santé français, en défaveur des populations rurales et des populations aux revenus modestes. Inégalitaire, un tel fonctionnement s'avère encore inefficace en ce qu'il est susceptible de favoriser la propagation de certaines pathologies ou parce qu'en retardant l'accès aux soins de populations économiquement et culturellement défavorisées, il engendre des coûts plus élevés à terme et un taux de mortalité évitable plus élevé dans certains territoires.

Cet abord de la réflexion éthique conduit à confronter d'autres concepts tels que l'utilitarisme (ou conséquentialisme, morale des conséquences) et le déontologisme [85].

Pour l'utilitarisme, la morale d'une action dépend de sa capacité à conduire au plus grand bonheur du plus grand nombre de personnes concernées.

Selon le Comité [86] « *les contraintes éthiques et économiques du système hospitalier, comme celles du cadre plus général de la démocratie, s'inscrivent précisément entre ces deux concepts apparemment inconciliables de «valeur inconditionnelle» de la personne et de «satisfaction du plus grand nombre* ». Au regard de la notion de rentabilité, il estime que la santé publique n'est pas un bien ordinaire mais constitue « *la pierre angulaire d'un service public qui maintient un lien essentiel avec les citoyens* » [87] [88].

Face aux contraintes et à la complexité, une démarche éthique [89] doit conjuguer :

- une communication transparente, c'est-à-dire ouverte au dialogue et à la concertation,
- le respect de l'égale dignité des personnes par la recherche d'un égal accès aux soins en dépits des inégalités, notamment territoriales,
- le souci des principes d'équité et de responsabilité, en particulier à l'égard des plus fragiles et des générations futures,
- la remise en cause sous des formes à déterminer de principes déontologiques fondamentaux de la médecine plus tournés vers les praticiens que vers l'intérêt des patients et des populations, (question de la liberté d'établissement des médecins libéraux),
- l'amélioration de l'articulation des acteurs de santé du territoire grâce à des outils juridiques structurels qui ne limitent pas les contraintes au seul secteur hospitalier public,
- l'association plus étroite des collectivités territoriales à la définition et à la mise en œuvre des politiques de santé (au-delà des contrats locaux de santé).

La nécessité de réduire les inégalités sociales de santé doit également conduire à éviter les redondances dans le parcours de soins au sein du territoire, afin que les moyens soient utilisés à bon escient. Pareille ambition ne va pas sans développer une politique active de réseaux de prise en charge et de solidarités autour du parcours du patient car, pour reprendre les écrits du professeur Le Coz dans un autre contexte : « *là où fait défaut la rationalisation, c'est le rationnement qui prévaut, toujours au détriment des plus défavorisés* [*90*] ».

L'efficience du service public ne doit pas être recherchée dans des concepts économiques inadaptés voire désastreux pour la population. Cette rentabilité est avant tout sociale.

Ces principes éthiques renvoient également aux valeurs du service public qu'incarne en particulier l'hôpital public. Ils sont aussi relayés sur le plan juridique : « principe de continuité » (fonctionnement régulier des services publics, sans interruption ni rupture territoriale) ; « mutabilité du service public » (d'adaptation constante du service public) ; « égalité et neutralité».

La continuité dans l'accès aux soins et aux services de santé met en exergue des obligations en matière d'accueil en urgence et de permanence des soins. Ces obligations sont parfois « oubliées » et il conviendrait de leur redonner force.

L'adaptabilité, soucieuse de l'intérêt général, de la prise en considération des besoins de santé de la population et d'innovation, signifie également que tous les acteurs de santé, l'hôpital public au premier chef, doivent mettre en œuvre, *« une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins…* » (art. L.6111-2 du Code de la santé publique).

Le souci de l'autre, qui imprègne la visée éthique, implique de s'intéresser non seulement aux contemporains, susceptibles d'avoir besoin des services de l'hôpital, mais également aux usagers de demain. « *Le développement durable*[24] *est un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs* ». Or, il serait illusoire de réduire la responsabilité des établissements de santé à une responsabilité de court terme.

Plus encore, la visée éthique combinée à une lecture juridique nécessite une approche délibérative largement ouverte à la population dans un domaine où les choix doivent être collectifs.

[24] Il s'agit de la définition donnée dans le rapport Brundtland sur le développement durable - Commission mondiale sur l'environnement et le développement des Nations Unies, "Notre avenir à tous", Oxford University Press (développement soutenable).

5 Quatre grands problèmes à prendre en compte pour une politique de santé

Sur la base du constat fait de l'état de santé en France présenté ci-dessus, le HCSP a procédé à une priorisation. La prise en compte des critères retenus dans cette démarche a conduit à ne pas considérer des pathologies en tant que telles, mais des grands problèmes de santé, en introduisant dans son analyse une vision prospective et une vision opérationnelle.

Il ne s'agit pas bien entendu de nier la spécificité de chacune des pathologies. Mais souhaitant développer une vision stratégique et transversale fondée sur les déterminants, le HCSP procède à ce regroupement pour faciliter l'analyse des déterminants sur lesquels agir et fonder une politique. Le HCSP a ainsi identifié quatre grands problèmes de santé qui se posent ou se poseront prochainement.

5.1 Des risques sanitaires liés à l'exposition aux polluants et au toxiques, menace potentielle

Une des cinq préoccupations majeures de santé publique reconnue par la loi de santé publique du 9 août 2004, reprise dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, concerne l'impact des pollutions environnementales. L'article L 1411. 1 rappelle que la politique de santé comprend :

« 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine.
2° La promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer. »

5.1.1 Les impacts des expositions environnementales sur la santé

La dernière étude épidémiologique de Santé publique France de 2016 attribue à l'exposition environnementale à la pollution atmosphérique 48 000 morts anticipées annuelles. Cette mortalité est la sanction finale d'une morbidité variée, à court et long termes (cancer du poumon, infarctus du myocarde, crises d'asthme …)[25]. Le coût de la pollution de l'air, en incluant à la fois la pollution atmosphérique et la qualité de l'air intérieur, a été évalué à 101,3 milliards d'euros annuels selon le rapport du Sénat du 15 Juillet 2015. Ils pourraient être économisés en diminuant les dépenses de santé, l'absentéisme, et les coûts associés à la perte de bien-être, de qualité et d'espérance de vie[26].

[25] Künzli N, Perez L, Rapp R. Qualité de l'air et santé [Internet]. European Respiratory Society; 2010 sept. Disponible sur: http://www.erscongress2011.org/publications/air-quality-and-health.html

[26] Pollution par les particules dans l'air ambiant : recommandations pour protéger la santé [Internet]. HCSP; 2012 avr. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=264

L'exposition aux pesticides entraine une augmentation de risque significative pour plusieurs pathologies selon l'expertise collective de l'Inserm[27]. Son coût estimé en Europe est de 120 milliards €/an et il est difficile d'estimer le coût en Europe des conséquences de santé des pesticides, via leurs mécanismes de perturbation endocrinienne. En revanche, il existe des effets et des coûts indirects liés aux impacts sur l'eau potable, la flore et la faune. Cette exposition, comme les autres expositions environnementales, est marquée par de grandes inégalités, les populations riveraines des zones d'épandage étant particulièrement exposées.

5.1.2 Le ressenti des risques environnementaux dans la population

Malgré une réelle prise de conscience citoyenne sur les risques des pollutions environnementales et des contaminants alimentaires pour la santé, sa traduction en termes de politiques publiques n'est pas à la hauteur des enjeux car les liens entre santé et environnement sont souvent difficiles à mettre en évidence, pour plusieurs raisons.

- *Des représentations différentes*

Chacun réagit différemment aux risques et nuisances auxquels il est exposé en fonction de son âge, de son état de santé ou de sa susceptibilité génétique. Certaines personnes, notamment les enfants, peuvent être particulièrement sensibles. Les recherches sur les perturbateurs endocriniens ont mis en évidence que certains polluants pouvaient avoir des effets non linéaires et que le dogme « la dose fait le poison » ne s'appliquait pas à des molécules capables de mimer les effets biologiques d'hormones à des concentrations très faibles. Ces recherches ont également démontré l'importance de la « fenêtre d'exposition », en particulier pendant la période fœtale et le tout jeune âge, et la possibilité d'une transmission d'effets adverses de la mère à l'enfant *via* des modifications épigénétiques. Ceci remet en cause les approches traditionnelles de la toxicologie réglementaire et de l'analyse de risque et doit conduire à un souci particulier de protection de certaines populations dont les femmes enceintes et les jeunes enfants.

- *Des expositions très variables à ces risques*

De plus, nous ne sommes pas exposés de manière équivalente, en fonction de notre lieu ou de notre mode de vie. L'analyse des relations entre une exposition à un agent et un effet biologique ne correspond pas aux expositions réelles qui sont multiples et qui varient pour un individu au cours du temps, y compris dans une journée. La notion d'« exposome » est apparue récemment pour définir ces expositions complexes qui rendent mieux compte de la réalité. Elle implique de prendre en considération les diverses sources de pollution susceptibles de concourir à l'altération de la santé des individus, à la fois en considérant la totalité des voies d'exposition à un polluant ou une nuisance, et quand c'est possible les interactions entre polluants et nuisances. La nouveauté de la notion d'« exposome » est de s'appliquer à l'atteinte au niveau des organes cibles en intégrant les mécanismes de toxicité associés et la réponse biologique globale (toxicologie systémique). Cette notion établit ainsi le lien entre la contamination des milieux et les biomarqueurs d'exposition, voire d'effets précoces. Elle permet de résoudre la solution de continuité entre « approche milieu » et « approche pathologie ». Ces expositions à des mélanges, pendant de longues périodes ou à des périodes clés du développement d'un individu peuvent être à l'origine de pathologies chroniques

[27] https://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/pesticides-effets-sur-la-sante-une-expertise-collective-de-l-inserm

dont on voit l'augmentation actuelle et dont il est important de déterminer la part des expositions environnementales dans leur accroissement.

5.1.3 Les inégalités socio-territoriales liées à l'environnement

Elles sont la résultante de deux processus qui peuvent se combiner et qui sont l'un et l'autre sous l'influence des caractéristiques socio-économiques des personnes et des territoires où elles résident : (1) une *inégalité d'exposition* à un ou plusieurs facteurs de risques liés aux milieux, souvent cumulés dans le temps ; et (2) une *inégalité de vulnérabilité* aux effets de cette exposition, en raison de l'interaction avec d'autres facteurs agissant sur l'état de santé (régime alimentaire, sédentarité, tabagisme, accès aux soins etc.). Ces inégalités environnementales contribuent aux inégalités de santé. Aussi, poursuivre l'objectif de réduction des inégalités de santé implique de définir les priorités de l'action publique visant à combattre les inégalités environnementales et de déployer la diversité des actions nécessaires pour y parvenir, diversité qui appelle une approche intersectorielle (logement, transport, urbanisme, éducation, contrôle des produits chimiques dans les produits de consommation, y compris alimentaires etc.) dont le ministère de la Santé se doit d'être le promoteur.

5.1.4 Les risques émergents qui doivent être quantifiés

De nouveaux risques apparaissent. Ces risques dits « émergents » sont sources d'incertitudes, voire de controverses, souvent liées à des difficultés objectives de mesures des effets sur la santé ou à l'insuffisance de dispositifs susceptibles de repérer d'éventuels risques pour la santé. Ces problématiques relatives aux risques émergents se trouvent renouvelées par des changements profonds en matière d'innovation technique et de modes de vie, il faut pour répondre à ces défis, une structuration adaptée de la recherche et de l'expertise privilégiant une approche pluridisciplinaire. Certains de ces risques, nanotechnologies, ondes électromagnétiques, perturbateurs endocriniens sont encore associés à des incertitudes sur leurs impacts sanitaires ainsi qu'à des difficultés d'évaluation de leurs dangers, notamment en raison d'un manque de consensus sur les méthodes d'évaluation de ces effets.

5.1.5 La question des impacts sanitaires du changement climatique est un enjeu majeur

La question du changement climatique, de ses impacts environnementaux et des répercussions prévisibles sur la santé des populations est un autre enjeu important qui concerne essentiellement les risques biologiques dont les risques microbiologiques environnementaux. Certains d'entre eux (cyanobactéries, pollens, phyto et mycotoxines) sont typiquement d'origine environnementale et peuvent être amplifiés par l'élévation des températures associée à l'effet de serre. Des maladies à vecteurs (dengue, Chikungunya) voient des développements épidémiques préoccupants dans les départements d'Outre-mer liés entre autres à l'acquisition de résistance aux insecticides par les moustiques responsables de la transmission, ce qui devrait conduire au développement de nouvelles méthodes de lutte ; les changements globaux (massification des transports des personnes et des marchandises, changement climatique, urbanisation croissante) entraînent une extension de ces risques dans les zones métropolitaines jusqu'ici peu affectées.

Le HCSP a publié un rapport en 2015 sur le sujet [91], qui a attiré l'attention sur la nécessité d'engager des travaux de prospective. En effet, le changement climatique a des impacts directs sur notre santé et au-delà d'une température extérieure optimale comprise entre 20 et 25 °C, la morbi-

mortalité augmente partout en France. Cela concerne particulièrement les populations vulnérables, sujets précaires ou personnes âgées, durant les phénomènes climatiques extrêmes, dont les vagues de chaleur sont parmi les plus marquants. Cependant les populations exposées durant leur travail, peuvent être aussi vulnérables comme l'a montré le récent épisode de canicule en juin 2017.

Afin de d'anticiper ces bouleversements et d'atténuer les effets du changement climatique, la réflexion doit intégrer deux paramètres : le long terme et la complexité. Il est essentiel désormais d'interpréter les interactions climat-énergie-économie-biodiversité-santé dans le cadre d'une écologie globale de la santé afin de mieux anticiper nos marges d'adaptation en situation de contraintes croissantes.

Parmi les constats sanitaires de l'impact de l'environnement sur la santé qui risquent de s'aggraver dans le futur, deux thématiques sont prioritaires : la pollution de l'air et les risques chimiques liés aux pesticides et perturbateurs endocriniens.

5.2 Exposition de la population aux risques infectieux

Les maladies infectieuses constituent un groupe à part dans le domaine des maladies ; elles résultent de l'interaction entre différents protagonistes :

- l'agent infectieux (virus, bactérie, parasite, champignon ou protozoaire), susceptible de se modifier spontanément et/ou sous la pression de l'environnement (mutation, réassortiment, pression de sélection…), et d'acquérir des facteurs de virulence et/ou de résistance aux anti-infectieux ;
- l'hôte, dont le degré de susceptibilité varie selon le niveau d'immunisation, la virulence de l'agent infectieux ;
- des vecteurs (pour certaines maladies), incontrôlables en zone tropicale et dans les territoires français d'Amérique, et dont l'implantation en métropole constitue une menace épidémiologique.

Ces agents infectieux présentent un risque pour la personne infectée, mais également pour la population, de par leur caractère très souvent contagieux, la transmission pouvant être interhumaine, directe ou indirecte, ou par l'intermédiaire de vecteurs (à partir de réservoirs).

Dans ce cadre, les maladies infectieuses émergentes ou ré-émergentes constituent une menace préoccupante.

5.2.1 L'antibiorésistance, un problème mondial de santé publique

Véritable bombe à retardement, l'émergence des résistances bactériennes est inquiétante : la densité d'incidence des entérobactéries (causes les plus fréquentes d'infections communautaires et nosocomiales) résistantes aux céphalosporines de 3ème génération (C3G) par production de bétalactamase à spectre étendu (EBLSE), pour tout prélèvement clinique à visée diagnostique, a significativement augmenté de 0,48 à 0,71 pour 1 000 journées d'hospitalisation entre 2011 et 2015 ; le pourcentage de souches résistantes aux C3G isolées d'infections invasives est passé de 1% à 11 % entre 2005 et 2015 pour *E. coli* et de 15 % à 30 % entre 2008 et 2015 pour *Klebsiella pneumoniae*.

En France, l'incidence en 2012 des infections à bactéries multirésistantes (BMR) a été évaluée à 158 000 cas dont 16 000 infections invasives (bactériémies et méningites), et la mortalité liée aux BMR à

12 500 cas en 2012 dont 2 700 pour les infections invasives, ces chiffres étant probablement sous-estimés.

Une consommation antibiotique inquiétante et non maîtrisée est à l'origine de l'antibiorésistance. La France a une consommation antibiotique record (29,9 DDJ/1 000 hab/j), supérieure de 30 % à la moyenne européenne. De plus 30 % à 50 % des antibiothérapies sont prescrites inutilement, notamment pour le traitement d'infections des voies aériennes, qui sont principalement virales. Les tests de diagnostic rapide, pourtant déjà disponibles dans certaines situations, sont globalement trop peu utilisés.

5.2.2 Un contrôle insuffisant pour un grand nombre de maladies infectieuses

En dépit d'un fardeau de la maladie connu et préoccupant (infections invasives à pneumocoque, méningite à méningocoque C, infections à HPV et ses conséquences, grippe, infections par le VIH, les virus des hépatites, les IST), la prévention demeure insuffisante.

❖ *En raison d'une couverture vaccinale (CV) insuffisante*

Même si pour certains vaccins la couverture vaccinale est bonne (comme pour diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche chez l'enfant), elle est insuffisante dans plusieurs pathologies soit pour limiter la propagation des épidémies soit pour éviter les décès liés à ces pathologies. C'est notamment le cas de :

- La grippe avec une baisse régulière de la couverture vaccinale des populations à risque, qui est passée de 60 % en 2009-2010 à 47 % en 2014-2015.
- La rougeole pour laquelle la couverture vaccinale par deux doses insuffisante pour empêcher la circulation du virus dans la population est inégale et provoque régulièrement des décès.
- Le virus de l'hépatite B avec un rattrapage des adolescents et chez les adultes à risque largement insuffisante ne dépassant pas 40 % et 60 % respectivement.
- Les papillomavirus (HPV) pour lequel la couverture vaccinale des jeunes filles n'est que de 14 % pour les 3 doses à l'âge de 16 ans en 2015 contre 28 % en 2010.
- La diphtérie, tétanos, polio (DTP) et la coqueluche dont les couvertures des rappels sont estimées respectivement à 84 % et à 70 %. En 2011, moins d'un adulte sur 2 (44 %) âgé de 65 ans et plus était à jour de son rappel DTP décennal.
- Le méningocoque C (CV à 2 ans actuellement de 70 %, diminuant avec l'âge : 32 % chez les 10-14 ans et 7 % chez les 20-24 ans).
- Le pneumocoque pour lequel la couverture vaccinale des personnes vulnérables, immunodéprimées ou atteintes d'une pathologie chronique est très insuffisante, la couverture vaccinale moyenne peut être estimée autour de 30 %.

En raison d'une défiance d'une partie croissante de la population à l'égard des vaccins, la France est un des pays industrialisés où la sécurité des vaccins est la plus remise en cause par la population. Par ailleurs, pour certains vaccins, le reste à charge peut constituer un obstacle à une protection suffisante.

❖ *En raison d'une transmission non maîtrisée*

D'autres pathologies pourraient voir leur propagation dans la population limitée par des mesures de contrôle appliquées largement dans la population. C'est le cas des :

- Infections sexuellement transmissibles (IST) : depuis 2011, le nombre de diagnostics d'infection à VIH stagne, alors que celui d'autres IST continue d'augmenter en France d'une manière particulièrement importante, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) (syphilis, gonococcie, lymphogranulomatose vénérienne, hépatite A, …).
- Hépatites virales : Un grand nombre de cas d'hépatites A, B/D et C sont dépistées de manière fortuite et il est constaté une faible exhaustivité des déclarations obligatoires, estimée à 23 % pour l'hépatite B aiguë en 2013 et non déterminée pour l'hépatite A.
- Tuberculoses : si l'incidence reste faible en France, il existe de fortes disparités territoriales (périphérie des grandes villes, notamment la Seine-Saint-Denis, certains départements d'Outre-mer), et populationnelles (incidence maximale chez les sujets nés à l'étranger et les migrants. Les taux de déclaration de la maladie les plus élevés étaient observés dans trois régions (Mayotte, Guyane et Île-de-France), ainsi que chez certaines populations spécifiques (personnes sans domicile fixe, personnes incarcérées et personnes nées à l'étranger). Il est noté une augmentation des cas de tuberculose multirésistante (MDR/XDR) aux antibiotiques, préoccupante en raison des difficultés de prise en charge et des risques de dissémination, même si le nombre de cas en valeur absolue reste faible (< 3%).

5.2.3 Un risque lié aux maladies émergentes et ré-émergentes

Les maladies infectieuses peuvent être importées dans des territoires jusque-là indemnes dans des circonstances variées telles que l'introduction d'un réservoir de virus animal ou humain, l'introduction de malades dans des zones où les conditions de transmission sont déjà réunies et notamment pour les arboviroses lorsque le vecteur est déjà présent. Les modifications environnementales favorables à l'extension du vecteur peuvent également jouer un rôle.

La liste non-exhaustive de maladies qui requièrent la plus grande attention comporte le Chikungunya, la dengue, la fièvre jaune, le Zika, le paludisme, le MERS-CoV, la maladie à virus Ebola, et les grippes aviaires.

De plus, 21 agents pathogènes ou groupes d'agents pathogènes ont été identifiés parce que leur épidémiologie est susceptible d'être impactée par le changement climatique :

- groupe A : infections à transmission vectorielle : Chikungunya, dengue, fièvre jaune, paludisme, infection à virus West Nile, fièvre de la vallée du Rift, leishmaniose viscérale, fièvre hémorragique Crimée-Congo, borréliose de Lyme, encéphalite à tiques ;
- groupe B : fièvre hémorragique avec syndrome rénal (hantavirus) et leptospirose ;
- groupe C : infections à transmission féco-orale : hépatites A et E, norovirus, salmonelloses à *Salmonella enterica* typhique et non typhiques, infections à vibrions pathogènes et diverses infections parasitaires, notamment Cryptosporidium et Giardia ;
- groupe D : légionelles, et champignons/moisissures.

5.3 L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques

Comme la plupart des pays du monde, la France fait face à une évolution majeure qui transforme profondément les contraintes pesant sur son système de santé : la transition épidémiologique [92]. L'accroissement des maladies chroniques et des polypathologies ont été parmi les évolutions les plus marquées de cette transition de fond. La charge globale de ces maladies concerne les patients, leur entourage et l'ensemble de la vie sociale. Leurs conséquences ont un impact économique considérable. Elles impliquent de travailler les parcours de soins et de santé pour le maintien de l'autonomie et d'une bonne qualité de vie.

5.3.1 Les maladies chroniques : problème fréquent à tous les âges de la vie et en augmentation inquiétante

Un nombre croissant de personnes vivent aujourd'hui avec une ou plusieurs pathologies chroniques, parfois en situation de dépendance ou de handicap. Près de 20 millions de personnes sont concernées (données de l'Assurance maladie régime général). En 2015, plus de 10 millions de personnes bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD parmi l'ensemble de la population couverte par le régime général.

La liste de ces pathologies est longue et de façon non exhaustive : cancers, séquelles d'AVC, maladies cardiovasculaires, insuffisance cardiaque, diabète, hypertension artérielle, maladies respiratoires chroniques (dont asthme et BPCO), maladies ostéo-articulaires (dont arthroses, polyarthrite rhumatoïde, lombalgies, TMS) infection à VIH, obésité, maladies rares, maladies inflammatoires de l'intestin, lupus, insuffisance rénale, cirrhose hépatique, sclérose en plaques, maladies neurodégénératives (dont maladies d'Alzheimer et de Parkinson), maladies psychiatriques,….

Toutes ces pathologies ont leurs spécificités notamment en termes de prise en charge. Elles ont cependant en commun d'affecter durablement la qualité de vie des patients, de limiter leurs capacités, d'avoir des retentissements sur leur environnement social et de représenter une charge majeure pour la société. Elles ont aussi en commun d'être accessibles à des mesures de prévention soit pour limiter leur apparition pour certaines d'entre elles, soit en limiter la gravité au diagnostic pour d'autres ou pour en contrôler les conséquences.

Ces pathologies ont enfin en commun d'être en rapide augmentation dans la population française par un double phénomène démographique (augmentation rapide de la population âgée) et épidémiologique (exposition à des facteurs de risque et meilleur diagnostic).

- *Nombre et causes de décès*

En 2012, 312 000 décès étaient attribuables aux maladies chroniques, avec des inégalités territoriales et sociales. Avec respectivement près de 164 000 et plus de 142 000 décès en 2013, les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire constituent les causes de décès les plus fréquentes. Elles totalisent 53,9 % de l'ensemble des décès (28,8 % pour les tumeurs et 25,1 % pour les maladies de l'appareil circulatoire) [11]. Les tumeurs malignes constituent la première cause de mortalité prématurée des Français.

Parmi les décès par tumeur maligne, les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (partageant le tabagisme comme facteur de risque) représentent la première cause de mortalité chez les hommes (25,9 % des décès) et la seconde chez les femmes (12,6 % des décès), derrière le cancer du sein (18,2 %).

❖ *Indicateurs par autres groupes de pathologies*

En 2014 en France, on estime à 770 000 le nombre de personnes de 40 ans et plus souffrant de maladie d'Alzheimer et les autres démences (MAAD) et prises en charge par le système de soins, soit un taux de prévalence de 22 ‰ habitants de cette tranche d'âge, variant de 2 ‰ chez les patients jeunes (40-64 ans) à 60 ‰ chez les 65 ans et plus [11]. En complétant les projections d'une étude de cohorte française [93], et avec les estimations issues du SNIIRAM pour les 40-64 ans, il est possible d'estimer à environ 1 200 000 le nombre de personnes souffrant de MAAD en 2014. Environ 160 000 personnes étaient traitées pour maladie de Parkinson fin 2012, soit une prévalence de 2,45 pour 1 000 habitants [11].

Les hospitalisations pour exacerbation de BPCO ont augmenté entre 2000 et 2014 ; cette augmentation est plus importante chez les femmes (+6 % par an) que chez les hommes (+ 2 %).

Les maladies mentales sont souvent chroniques. En 2014, 350 000 personnes ont été prises en charge pour troubles dépressifs dans les établissements de santé ayant une activité en psychiatrie ; 216 000 personnes ont été identifiées comme souffrant de troubles bipolaires et prises en charge par le système de soins (rapport Drees). La dépression est la première cause d'années vécues en incapacité et de perte d'années vécues en bonne santé (DALY)[28] [94].

En 2013, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée à 4,7 %, soit environ 3 millions de personnes.

La prévalence des personnes traitées par médicament antihypertenseur est de 18,6 % en France en 2014 (Sources Sniiram - Cnamts) ; statistiques démographiques (Insee) ; exploitation Santé publique France).

Depuis 2011, l'incidence globale de l'insuffisance rénale chronique terminale tend à nouveau à augmenter de 2 % par an alors que l'âge médian au démarrage est stable à 70 ans.

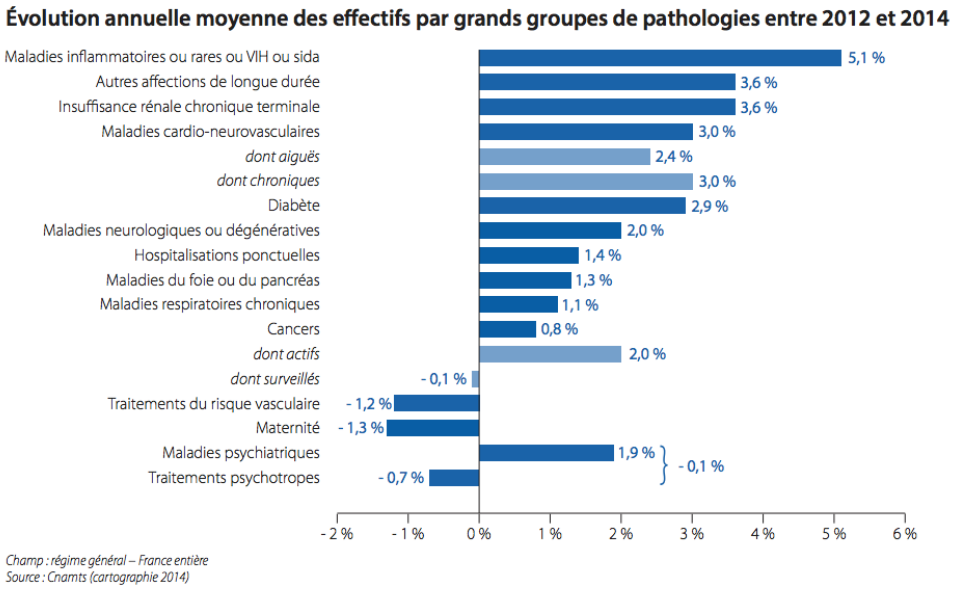
L'analyse produite par la Cnamts confirme l'augmentation rapide du nombre de personnes porteuses de maladies chroniques.

	Effectifs* en 2015	Effectifs projetés en 2020	Evol 2015-2020 (%)	Evol 2015-2020 (nb)	Dont effet démographique	Dont effet épidémiologique

s France entière

Projection à l'horizon 2020: augmentation d'effectifs des patients porteurs de maladies chroniques en France (Source Cnamts 2017).

[28] L'indicateur « années de vie ajustées sur l'incapacité - DALY » permet d'estimer le nombre d'années de vie en bonne santé, perdues à cause d'une incapacité ou d'un décès prématuré.



Les projections globales de l'Assurance maladie régime général à cinq ans (2016 – 2020) font état d'une croissance du nombre de personnes concernées pour la plupart des pathologies, même si cette progression va connaître un ralentissement, du fait notamment d'une évolution démographique plus modérée.

Des projections d'activité hospitalière de court séjour à l'horizon 2030 ont été calculées avec des hypothèses d'un meilleur suivi en ville de certaines pathologies chroniques, des progrès techniques et des changements de pratiques dans certaines prises en charge hospitalières. Les projections suggèrent une rupture de la tendance, observée au cours des dernières années. Compte tenu uniquement du vieillissement démographique, le nombre de séjours hospitaliers augmenterait de plus de 2 millions et les besoins en lits d'hospitalisation complète de 28 % à horizon 2030. En revanche, en tenant compte également du développement de la prise en charge ambulatoire et du raccourcissement des durées de séjours en hospitalisation complète, le nombre de journées en hospitalisation complète diminuerait d'un peu plus de 3 millions et le nombre de séjours réalisés en ambulatoire augmenterait de près de 50 % en 2030, par rapport à 2012 [95].

❖ *Les maladies rares*

Plus de 7 000 maladies rares ont été répertoriées à ce jour, 3 millions de malades seraient concernés en France, soit près de 4,5% de la population[29]. Plus de 50% des malades attendent plus de dix-huit mois pour obtenir un diagnostic et débuter un traitement[30]. Les maladies rares seraient impliquées dans 20 % à 35% des handicaps de l'enfant[31]. Certains soins sont mal ou non remboursés, car il est

[29] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les maladies rares. 2016. http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/maladies-rares/article/les-filieres-de-sante-maladies-rares.

[30] Alliance Maladies Rares. Erradiag 2014. l'errance diagnostique dans les maladies rares,. 2016. http://www.alliance-maladies-rares.org/erradiag-enquete-sur-lerrance-diagnostique-dans-les-maladies-rares/.

[31] Inserm (dir.). Déficiences et handicaps d'origine périnatale : Dépistage et prise en charge. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2004, XII- 376 p. -(Expertise collective). - http://hdl.handle.net/10608/143

fréquent que la situation individuelle ou la pathologie elle-même soit considérée comme hors « du droit commun », pour des raisons administratives.

Des problèmes d'organisation des soins ont été relevés dans les travaux d'évaluation des deux plans nationaux par le HCSP, qui concernent l'accès à l'expertise, les dispositifs d'information-formation des professionnels de santé de 1er recours et le remboursement des soins et de certaines prestations spécifiques.

❖ *Morbidité déclarée, comorbidités et polypathologies*

Près des deux-tiers (65%) des personnes de 65 ans et plus déclarent avoir une maladie chronique *versus* 40 % pour les 40-69 ans. Elles déclarent, en moyenne, six affections chroniques un jour donné (maladies des dents, troubles de la réfraction, maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle, affections ostéo-articulaires, maladies de l'appareil digestif, maladies de l'appareil respiratoire, troubles psychiques, traumatismes et autres causes externes de morbidité) [96].

Le vieillissement est désormais abordé *via* le concept plus global de "fragilité" qui rend compte des conséquences des pathologies sur la santé. Cette fragilité recouvre les comorbidités, le risque d'incapacité et de perte d'autonomie, la détresse psychologique, la désinsertion sociale, avec souvent un isolement lié aux troubles locomoteurs, cognitifs ou sensoriels mais aussi à la disparition des proches. L'analyse des données de deux grandes enquêtes en population (enquête santé et protection sociale (ESPS) et Enquête handicap-santé-ménages (HSM) confirme l'importance de la fatigue et des douleurs. Les problèmes de lombalgies, cervicalgies ou arthrose, à l'origine de douleurs, constituent le groupe de maladies chroniques le plus fréquemment citées (quasiment par 50 % des sujets) dans ces enquêtes[32].

❖ *Polymédication*

En 2013, 40 % des personnes âgées de 75 ans et plus sont concernées par la polymédication cumulative, c'est-à-dire qu'elles ont une prescription en moyenne de 10 médicaments différents ou plus sur trois mois et 33 % prennent plus de 10 médicaments de manière continue (au moins 3 délivrances dans l'année). La polymédication est plus fréquente chez les femmes, les personnes de plus de 85 ans, les ressortissants du régime général, les bénéficiaires de la CMU-C et les personnes en ALD. Parmi les 15 classes thérapeutiques le plus souvent utilisées chez les personnes en situation de polymédication, 6 appartiennent à la sphère cardio-vasculaire [97].

❖ *À tous les âges de la vie*

La fréquence des maladies chroniques augmente avec l'âge mais elles peuvent survenir à tout âge. Ainsi, par exemple, la moitié des troubles psychiques surviennent avant l'âge de 14 ans [98]. La prévalence de l'asthme chez l'enfant a augmenté au cours des années 2000 [11].

Selon le rapport de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE), entre 1,5 à 4 millions des 0 à 20 ans seraient atteints d'une maladie chronique en France. On observe une augmentation de la prévalence due en partie aux progrès diagnostiques et thérapeutiques. L'accompagnement et la coordination des soins sont complexes, avec un fort retentissement familial et parfois des difficultés d'intégration scolaire et sociale. Il existe des particularités selon les classes

[32] Berr C. Editorial. Vieillissement, du normal au pathologique, beaucoup de zones grises. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(16-17):292-3. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/16-17/2017_16-17_0.html

d'âge : le nourrisson et le jeune enfant avec l'acquisition d'une autonomie progressive, le passage de l'enfant à l'adolescent, et le passage de l'adolescence à l'âge adulte. L'implication familiale est impérative pour garantir le meilleur accompagnement possible. L'enjeu est d'assurer un égal accès aux soins pour tous et une qualité et une sécurité des soins.

5.3.2 Des conséquences majeures personnelles, sociales (entourage) et sociétales

Si les maladies posent des problèmes aux personnes qui en sont atteintes, les conséquences sont aussi majeures pour l'entourage et globalement pour la société qu'il s'agisse de la nécessité d'organiser les prises en charge et leur coûts ou de la place des personnes malades dans la société.

❖ *Des incapacités chroniques, une perte d'autonomie, un impact sur la qualité de vie*

En 2015, 25 % des personnes de 16 ans et plus déclarent être limitées, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités habituelles (parmi lesquelles 9 % se déclarent fortement limitées) [99].

Il est usuel de recommander la prise en compte de la qualité de vie liée à la santé dans les maladies chroniques évoluant à long terme. Ces maladies se caractérisent par leur durée, leur évolutivité, souvent associée à une invalidité, et par la menace de complications graves, dont le retentissement sur la vie quotidienne est considérable. Un individu atteint d'une maladie chronique peut avoir des difficultés à suivre « normalement » une scolarité ou une formation, être exposé au risque de perte d'emploi en raison d'une inadaptation au poste de travail, se voir refuser un contrat d'assurance ou d'emprunt, peut être limité dans la pratique d'une activité sportive et d'autres activités nécessaires à son équilibre personnel. Elle peut aussi entraîner des handicaps, parfois lourds [100].

❖ *Un impact sur l'entourage*

L'entourage proche assume très souvent une lourde part de la charge que représente l'accompagnement quotidien des personnes souffrant de maladies chroniques.

D'après l'enquête Handicap-Santé, 3,6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus et vivant à domicile en 2008 sont aidées régulièrement en raison d'un problème de santé ou d'un handicap dans les tâches de la vie quotidienne, financièrement ou par un soutien moral [101]. Huit personnes âgées sur dix reçoivent au moins l'aide de leur entourage et cinq sur dix au moins celle de professionnels. L'aide de l'entourage combine le plus souvent une aide aux tâches de la vie quotidienne et un soutien moral.

Le retentissement économique, et sur la qualité de vie des aidants familiaux, est à prendre en compte. Les proches se substituent parfois à l'intervention des professionnels accompagnants, notamment pour les actions d'aide à la toilette ou à la prise de repas, et allant jusqu'à contribuer à la transmission d'informations, parfois défaillante, entre les professionnels de santé et de l'intervention sociale[33].

Le fardeau pour l'entourage dans les maladies chroniques de l'enfant et de l'adulte jeune est moins souvent étudié.

33 Ministère de la Santé et des Sports. (2009). Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_du_groupe_de_travail_no2_sur_le_role_des_aidants_et_des_acteurs_de_sante.pdf

❖ *Impact sur le recours aux soins et les coûts associés*

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les trois principaux motifs de consultations sont les maladies cardiovasculaires, les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques et les maladies du système ostéo-articulaire [102].

En 2015, les dépenses liées aux pathologies et traitements chroniques représentent 60 % des dépenses d'Assurance-maladie[34]. Ces dépenses (calculées pour le régime général) montrent le poids important de la santé mentale : 19 Mds€ (soit 22,5 Mds€ en montant extrapolé tous régimes), le coût lié à la prise en charge des cancers : 14 Mds€ (17 Mds€), le coût lié à la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires : 13 Mds€ (16 Mds€), et 25 Mds€ (30 Mds€) si l'on regroupe maladies cardio-neurovasculaires, diabète et traitement du risque vasculaire.

Plus précisément, pour le régime général, les maladies cardio-neurovasculaires concernaient 3,8 millions de personnes en 2015, 13 Mds € (10% des dépenses) dont 10 Mds pour les maladies chroniques et 3 Mds pour les phases aiguës. Une dépense moyenne remboursée de 3 500€ /an/ personne, plus élevée pour les phases aiguës (environ 10 000€ /an/personne en moyenne).

Les cancers en 2015 (régime général) concernent 2,5 millions de personnes dont 1 million en phase active (44%). Les dépenses représentent 14,1 Mds € (près de 90% des dépenses pour la phase active), avec environ 11 400€/an/patient en moyenne pour les cancers en phase active. L'augmentation des dépenses a été de 4% par an en moyenne sur la période 2012-2015 qui s'explique essentiellement par une hausse de la dépense moyenne/an/patient (cancers actifs prostate et sein en particulier).

Les dépenses moyennes par patient et par pathologie sont susceptibles d'évoluer rapidement (par exemple baisse de prix d'un médicament ou, à l'inverse, introduction de médicaments nouveaux).

En dehors des coûts directs, médicaux et non médicaux (aménagement du logement, aide à domicile, services sociaux…), il faut bien sûr prendre en compte également les coûts indirects, moins systématiquement mesurés (temps perdu des malades eux-mêmes, mais aussi temps passé par la famille et l'entourage).

❖ *Une proportion notable de maladies chroniques et de leurs conséquences est évitable*

De nombreuses maladies chroniques sont évitables par des interventions efficaces en prévention primaire (réduction du tabagisme et de la consommation d'alcool, lutte contre la sédentarité, l'inactivité physique, le surpoids et l'obésité, les risques environnementaux, programmes de certaines vaccinations), et par des traitements opportuns et efficaces.

Après l'entrée dans la maladie, il importe de lutter contre une évolution défavorable par la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée. La précocité du diagnostic et de la prise en charge apporte, dans un certain nombre de maladies chroniques, somatiques et mentales, un bénéfice prouvé, permettent d'éviter ou limiter la constitution de lésions potentiellement irréversibles et de complications [103].

[34] Assurance maladie. (2017). Rapports Charges & produits de l'Assurance Maladie. https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/index.php

L'éducation du patient, qui le rend acteur de sa propre prise en charge, contribue à faire diminuer les complications et les hospitalisations.

5.4 L'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux

Le système de santé, et particulièrement le système de soins, a largement contribué à l'amélioration de la santé de la population, mesurée par différents indicateurs, à commencer par l'espérance de vie à la naissance. Si le système de soins est performant, le système de santé se caractérise par son déséquilibre entre les moyens consacrés aux soins, notamment aux soins hospitaliers, et ceux consacrés à la médecine de premier recours ou à la prévention.

Par ailleurs, à la suite de travaux anglo-saxons, le système de soins a pris conscience des risques inhérents aux pratiques de soins, et fait émerger la sécurité des patients comme un objectif majeur du système de santé.

Le HCSP a identifié ces risques comme un problème de santé majeur, dont l'importance va augmenter au regard notamment de l'évolution démographique et épidémiologique constatée en France, notamment l'augmentation considérable du nombre de patients porteurs de maladies chroniques attendue dans les années qui viennent, et de l'augmentation des contraintes financières qui vont peser sur l'organisation des soins et les professionnels de santé.

5.4.1 La sécurité des patients : une pression sociétale

❖ *Les données internationales*

Les dommages associés aux soins formeraient la **14ème cause de fardeau global de la maladie dans les pays de l'OCDE** [104]. Dans ce même rapport, le coût de la prise en charge de ces dommages associés aux soins équivaut à 15% des dépenses hospitalières, ce qui représenterait **environ 13,5 Mds d'euros en France** (les soins hospitaliers en établissements publics et privés, hors soins de longue durée, représentaient 90,8 Mds d'euros en 2015[35]).

Cette situation a conduit l'OMS à lancer en 2004 un programme prioritaire sur la sécurité des patients, et le Conseil européen à publier en juin 2009 ses premières recommandations.

Parmi les pays de l'OCDE, les données d'octobre 2016 de l'Institute for Health Metrics and Evaluation[36] positionnent la France avec le plus haut résultat (figure 2 extraite du rapport OCDE). Elles ont été calculées à partir d'un indicateur intitulé « *adverse effects of medical treatment* »[37]. La

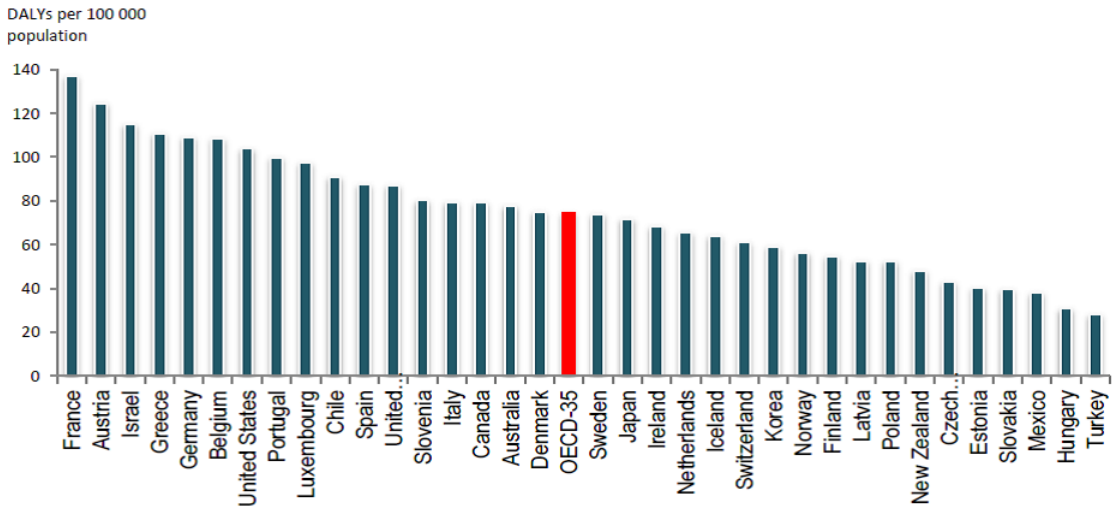
[35] Panorama DREES. Les dépenses de santé en 2015 : Résultats des comptes de la santé. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2016.pdf

[36] Institute for Health Metrics and Evaluation. L'Institute for Health Metrics and Evaluation (Seattle, université de Washington) fournit des données statistiques sur la santé publique. http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

[37] GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet 2017. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8

variabilité importante des résultats indique que la méthode de mesure influe certainement sur le résultat et que celui-ci ne reflète pas complètement la réalité, mais cette pole position interroge.

Figure 2. DALY attribuables aux défauts de sécurité des patients dans les pays de l'OCDE (2015)



Source: IHME 2015

Ces données récentes, rendant possible une comparaison par rapport aux autres sources de maladie, et une comparaison internationale, permettent de mieux situer la sécurité des patients comme un problème de santé publique.

Les données plus classiques de fréquence existent depuis plus de vingt-cinq ans.

Aux États-Unis, la fréquence des événements indésirables graves associés aux soins (EIG) dans les hôpitaux de soins de courte durée a été estimée dès 1984 dans l'État de New-York [105], conduisant à la fin des années 1990 au rapport de référence de l'Institut de Médecine « *To err is human* » [106] et à une estimation de 44 000 à 98 000 décès annuels. Landrigan et coll. ont estimé que, dans 0,6% des admissions hospitalières d'un groupe d'établissements de Caroline du Nord entre 2002 et 2007, un décès associé à un EIG était survenu, et que dans 63% des cas, ces décès étaient associés à des erreurs médicales. L'extrapolation nationale est de 134 581 décès par an liés à une prise en charge insuffisante [107]. Un travail plus récent estime que les erreurs médicales représentent la 3ème cause de mortalité aux États-Unis [108].

❖ *Les données nationales*

En France, deux enquêtes nationales (ENEIS : Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins) sur les EIG associés aux soins ont été réalisées en 2004 et 2009 par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (Ccecqa), sous la responsabilité de la Drees. Sur plus de 8 000 patients et 30 000 journées d'hospitalisation dans 81 établissements publics et privés, le nombre d'EIG survenus pendant une hospitalisation était estimé entre 275 000 et 395 000 par an, dont **95 000 à 180 000 considérés comme évitables** [109]. Aucune évolution significative n'a été observée entre 2004 et 2009 concernant la fréquence, la gravité et les

mécanismes de survenue[38]. Le nombre d'admissions causées par un EIG était estimé de 330 000 à 490 000 par an, dont **160 000 à 290 000 considérés comme évitables**. Ces événements étaient liés à des soins lors d'une hospitalisation précédente dans 1/3 des cas et à des soins de ville dans 2/3 des cas. Par ailleurs des publications récentes estiment que 30 000 à 40 000 décès par an en France pourraient être associés à un EIG[39].

Concernant les événements indésirables associés aux soins primaires, avec des critères différents des précédents, l'étude ESPRIT[40] à partir des déclarations quotidiennes de 127 médecins généralistes volontaires pendant sept jours, a estimé sur 13 438 visites et consultations qu'un tel événement survenait une fois tous les deux jours dans un cabinet de médecin généraliste, principalement en rapport avec des problèmes d'organisation du cabinet (42 %) ou du parcours de soins (21 %).

Ces données permettent d'identifier les risques liés aux soins comme une composante significative de la santé de la population. Elle indique qu'une approche territoriale de cette question, suivant les patients tout du long de leur parcours, est bien pertinente, les établissements étant situés en aval d'évènements dont l'origine s'inscrit dans les soins de ville, et inversement des évènements d'origine hospitalière étant révélés dans le cadre des soins de ville.

5.4.2 Les risques associés à tous les types d'activité médicale

Les EIG sont consécutifs à tout type d'acte : « … *d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention* »[110]. Les risques liés à la prise en charge thérapeutique sont bien connus (infections, risque médicamenteux, risques liés aux actes invasifs) : l'accent est mis dans les propositions sur les ruptures de parcours aux interfaces, et sur le risque médicamenteux de la personne âgée polymédiquée. La littérature nous rappelle deux points essentiels :

- Si la prévention des risques associés aux soins a beaucoup progressé, l'identification de la survenue d'un événement indésirable (complication, dégradation de l'état de santé non étiqueté comme un problème associé aux soins), et la récupération des erreurs sont encore insuffisantes : ce qui caractérise les établissements de santé les plus sûrs est leur capacité à mieux récupérer de leurs erreurs et à atténuer les conséquences pour les patients des événements indésirables [111].
- Les solutions pour améliorer la sécurité des patients dépassent le cadre de l'amélioration des pratiques de prise en charge, et doivent considérer les enjeux de *leadership*, de transparence, de vision intégrée des parcours de soins, de participation centrale du patient, de qualité de vie au travail et de formation des professionnels et des usagers [112].

Dans ce chapitre sur les enjeux, nous avons choisi de mettre l'accent sur deux types de soins pour lesquels le risque iatrogène est moins perçu.

---

[38] Michel P, Lathelize M, Quenon JL. et coll. Comparaison des deux Etudes Nationales sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins menées en 2004 et 2009. Rapport final à la DREES (Ministère de la Santé et des Sports), Paris septembre 2011, n° 109 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud109.pdf

[39] Millat B. Enseigner la gestion des risques par l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Disponible en ligne http://www.em-consulte.com/revue/JCHIR/souspresse/journal-de-chirurgie-viscerale

[40] Michel P, Brami J, Chanelière M et coll. Patient safety incidents are common in primary care: a national prospective active incident reporting survey. Plos One 2017 http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0165455

❖ *Le dépistage*

Le dépistage des cancers est ici utilisé comme illustration.

Le dépistage consiste à diagnostiquer une pathologie le plus tôt possible en l'absence de signe clinique. Cette pratique, considérée dans son approche populationnelle, a montré son efficacité. Toutefois, elle pose problème dès lors que l'on se place à un niveau individuel, puisque cette pratique est la balance entre deux risques :

- Le risque du non dépistage : il existe des pathologies cancéreuses (sein, côlon et col de l'utérus) où le dépistage a globalement (au niveau populationnel) un impact positif sur la fréquence de la maladie, et/ou sur la capacité à la traiter. **Pour ces situations il est du devoir des autorités de santé d'organiser ces dépistages pour éviter une perte de chance individuelle**. La réduction des pertes de chance, et donc la sécurité des soins, résulte notamment de la mise en œuvre adéquate de démarche visant l'adhésion de la population cible (rôle de l'information), de la compliance aux règles de fréquence de réalisation du dépistage et de la qualité du parcours de soins, du test initial à la prise en charge secondaire. Une attention particulière doit être donnée concernant les populations qui n'auraient pas accès à ce service.
- Les risques du dépistage : par définition, les risques des programmes organisés et validés sont inférieurs aux bénéfices produits : sur-diagnostic, sur-traitement, avance au diagnostic sans impact sur le taux de guérison, risque iatrogène : irradiation, complications des coloscopies…

❖ *L' absence de détection précoce dans les maladies chroniques : impact sur les patients et les aidants*

En France, plus de quinze millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques. Leur diagnostic et/ou leur prise en charge ne sont pas toujours effectués de façon précoce par rapport à l'apparition des premiers symptômes, alors qu'il existe pour certaines d'entre elles des données solides sur le retentissement péjoratif personnel et sociétal du retard au diagnostic et à la prise en charge adaptés (médicamenteux et non médicamenteux), d'efficacité prouvée et/ou des mesures sociales pour les patients et leur entourage.

Le HCSP a dressé un état des lieux de ces carences, de leurs conséquences et de leurs mécanismes[41].

Ces retards exposent les patients à une évolution défavorable, à la constitution (évitable au début) de lésions potentiellement irréversibles, de complications. Les conséquences pour la personne concernée peuvent être très importantes (errance diagnostique, souffrances physiques et morales, incapacités, handicap, perte de qualité de vie, difficultés financières et sociales), ainsi que pour l'entourage (fardeau psychologique, somatique, matériel et socioprofessionnel, encore trop souvent méconnu), le système de soins et la société. Une telle perte de chance peut concerner toutes les tranches d'âges et les pathologies tant physiques que mentales.

C'est le cas notamment de la polyarthrite rhumatoïde, des spondylo-arthrites, de l'ostéoporose, du syndrome d'apnée du sommeil, des bronchopneumopathies chroniques obstructives, de l'insuffisance rénale, des troubles envahissants du comportement du développement (TED), de

[41] http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=583

l'autisme, des troubles bipolaires…. Cette liste n'est pas exhaustive, elle évolue avec les progrès de la médecine (découverte de nouveaux tests diagnostiques, de traitements novateurs …). Le délai optimal d'intervention (permettant de limiter au maximum les complications) est connu dans certaines pathologies. Des données médico-économiques soulignent l'efficience d'une action précoce.

Les facteurs impliqués dans le retard au diagnostic et/ou à la prise en charge sont multiples et le plus souvent intriqués, liés aux patients, à leur entourage, aux professionnels de santé, au système de soins, à la société.

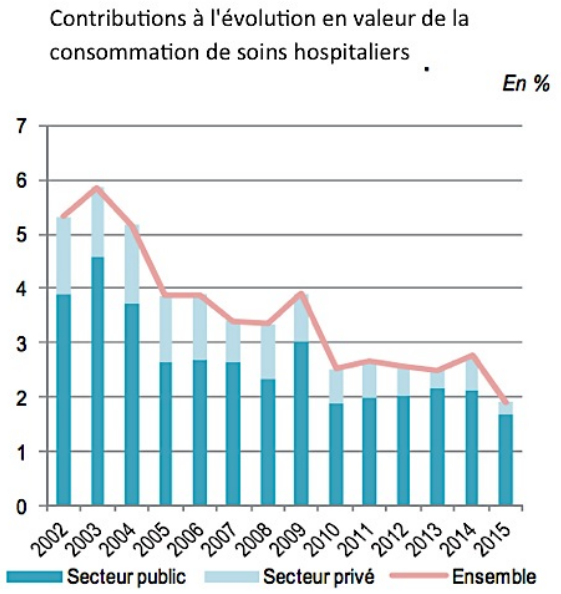
La prise en compte des leviers conduisant à ces retards, lorsque le bénéfice de la précocité est prouvé, constitue aujourd'hui un objectif à la fois important et réaliste, dans le but *in fine* d'améliorer l'état de santé globale de la population.

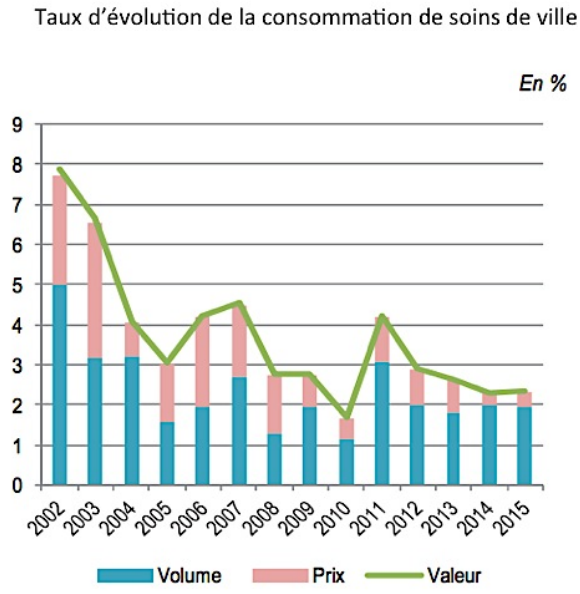
Le rapport du HCSP de 2016 invite donc à mettre en lumière cette période cruciale de l'entrée dans la maladie chronique et à formuler dans ce but 13 recommandations présentées selon 3 axes : faire savoir, savoir-faire, savoir plus (recherche).

5.4.1 Le poids important du recours à l'hôpital

La France consacre 46,7% de sa consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) à des dépenses hospitalières soit près de 91 milliards d'euros alors que les soins de ville ne représentent que 26% de ces dépenses [42]

L'augmentation des dépenses hospitalières a été supérieure depuis 2008 aux dépenses liées aux soins de ville. Même si l'on constate une maitrise des dépenses hospitalières depuis 2010, celle-ci ne s'est pas faite au bénéfice des soins de ville ni des autres postes de la CSBM.

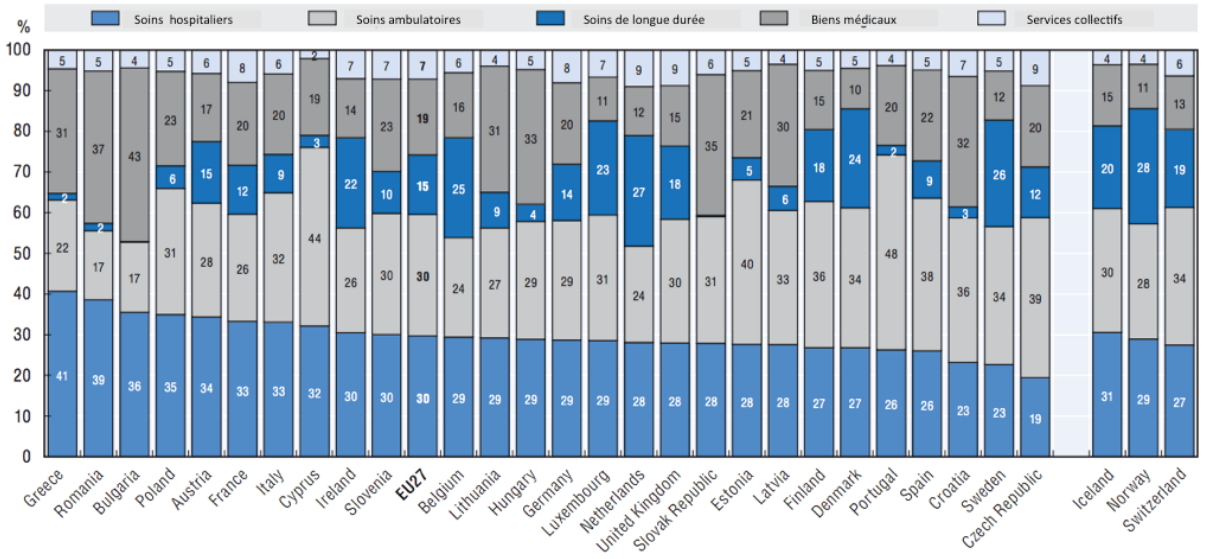




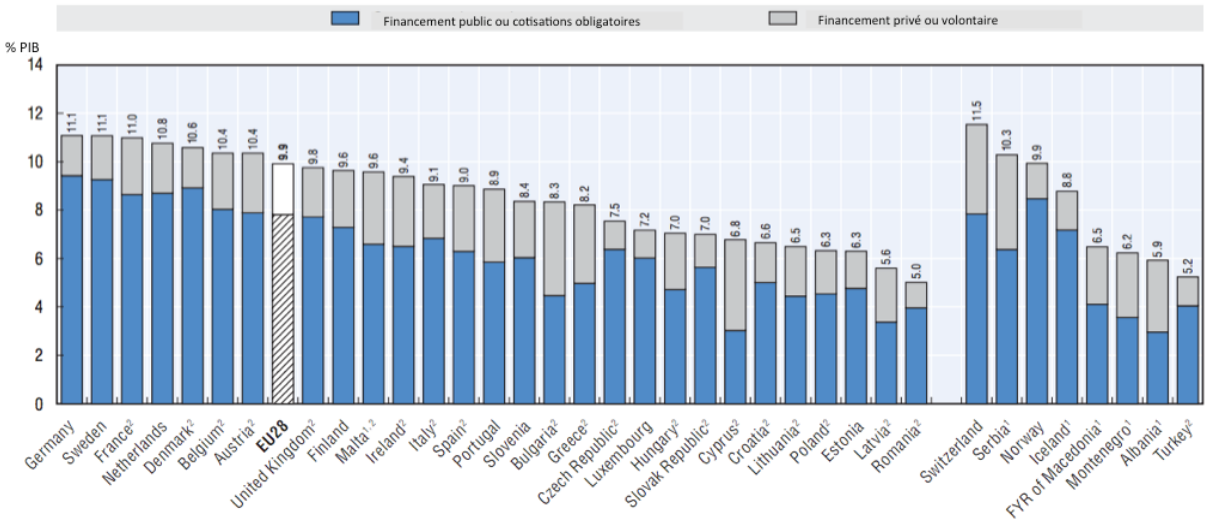
Source Drees

[42] Les dépenses de santé en 2015 Résultats des comptes de la santé http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2016.pdf

Cette répartition des dépenses de santé varie d'un pays à l'autre. L'OCDE dans son dernier rapport sur la santé [43]a comparé les différents pays entre eux à partir des comptes de la santé. Ainsi la France est le deuxième pays parmi les pays de l'Europe des 15, après la Grèce, qui consacre la plus grande part de ses dépenses à des dépenses hospitalières en lien avec des hospitalisations complètes, cinq points au-dessus de pays comme l'Allemagne ou des pays de l'Europe du Nord.



Ces chiffres sont à mettre en relation avec la part de PIB que chaque pays consacre à ses dépenses de santé, la France étant le troisième pays consacrant la part la plus importante de son PIB aux dépenses de santé.



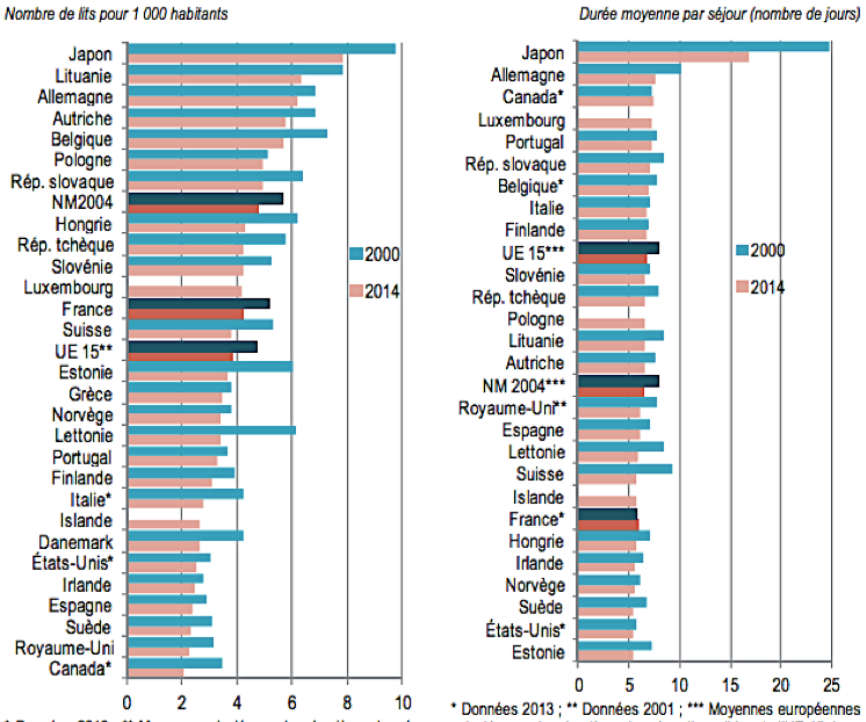
Ce recours important aux soins hospitaliers en France se fait dans le cadre d'une infrastructure hospitalière disposant d'un nombre de lits supérieur à la moyenne des pays de l'Europe des 15 et avec une durée moyenne de séjour sensiblement inférieur à la moyenne des pays européens[44]. Si

[43] Health at a Glance: Europe 2016 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8116231e.pdf

[44] Les dépenses de santé en 2015 Résultats des comptes de la santé http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2016.pdf

cette faible durée de séjour peut être interprété comme un marqueur de l'efficience du système hospitalier, il pourrait aussi être le marqueur d'hospitalisations inappropriées.

Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2000 et 2014



* Données 2013 ; ** Moyenne calculée sur les dernières données disponibles UE 15, hors Luxembourg et Pays-Bas.

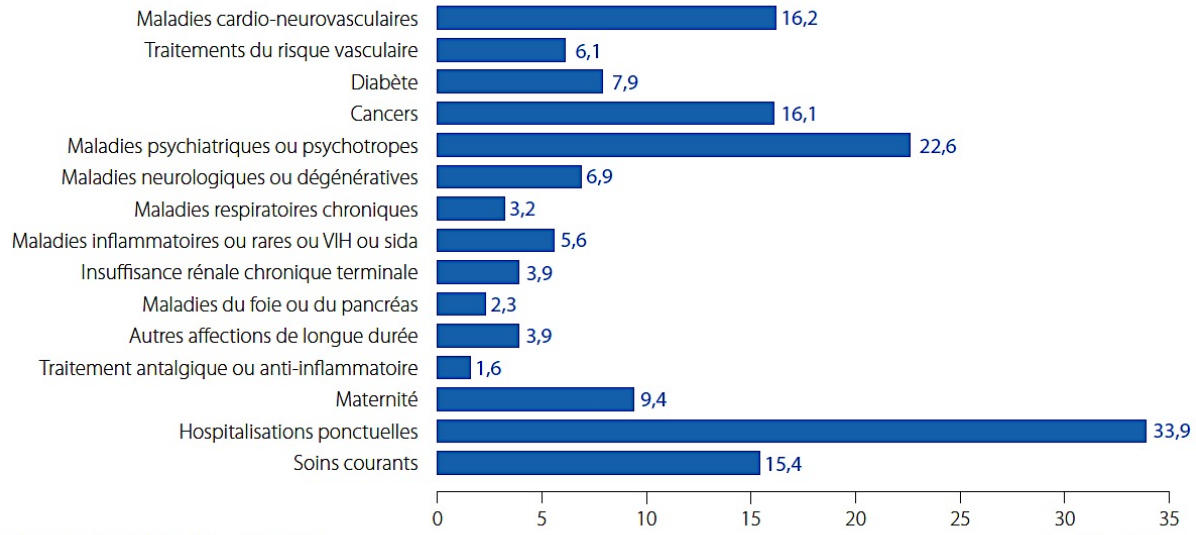
* Données 2013 ; ** Données 2001 ; *** Moyennes européennes calculées sur les dernières données disponibles de l'UE 15, hors Danemark, Grèce, Luxembourg et Pays-Bas ; NM 2004, hors Pologne.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Dans son rapport annuel [45], la CNAMTS définit la catégorie des hospitalisations ponctuelles, parmi les types d'hospitalisation, comme des « hospitalisations de court séjour en « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) dont le motif n'a pas été mis en rapport avec l'une des pathologies reconnues par les algorithmes de la cartographie médicalisée ».Ces hospitalisations ponctuelles ont concerné 7,8 millions de personnes en 2015 et ont représenté un coût de 31 milliards d'euros avec une progression de 2,4 % pour la période 2012-2015, constituant le premier poste de dépenses de l'Assurance maladie. La problématique des hospitalisations ponctuelles nécessite d'être approfondi (causes, population) notamment en terme d'hospitalisations évitables comme le recommande l'OCDE.

[45] Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2018.

Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2014 (155 milliards d'euros)



Champ : tous régimes (extrapolés) – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2014)

La prise en charge hospitalière est aussi une source potentielle majeure d'inégalités de santé, la population éloignée des centres hospitaliers ayant moins facilement accès à une prise en charge et n'ayant pas, du fait des déserts médicaux, le plus souvent accès à des alternatives de qualité.

Le système de financement des hôpitaux à l'activité aggrave probablement ce problème.

Des solutions ont été proposées soit en termes d'organisation (GHT), soit en termes de financement (rapport O. Veran[46]), mais la réduction des hospitalisations évitables doit être un objectif d'une réorganisation du système de santé, en prêtant une attention particulière à la réduction des inégalités d'accès aux soins.

6 Les déterminants de l'état de santé sur lesquels agir

Les effets néfastes constatés sur la santé de la population française proviennent de plusieurs sources de risques. L'objectif générique de la SNS est de les réduire pour en diminuer les principaux effets en élaborant des mesures et programmes les plus efficients possibles et disposant des meilleurs niveaux de preuve.

Ainsi de nombreuses maladies chroniques sont évitables par des interventions efficaces en prévention primaire (réduction du tabagisme et de la consommation d'alcool, lutte contre la sédentarité, l'inactivité physique, le surpoids et l'obésité, les risques environnementaux, programmes de certaines vaccinations), et par des traitements opportuns et efficaces.

De multiples déterminants sociaux (revenus, éducation, catégorie sociale…) et environnementaux (logement, travail, milieu extérieur, alimentation …) exercent une forte influence sur la santé des

[46] http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf

populations, avec les déterminants individuels (comportements), influence bien supérieure à celle des soins.

En matière de risques sanitaires qui relèvent de la santé publique, deux grands domaines doivent être distingués :

- Les risques relevant de la sécurité sanitaire : risques technologiques, chimiques, environnementaux, issus de l'alimentation et du système de soins.
- Les risques d'origine (pour tout ou partie) comportementale : tabagisme, obésité, cancers, diabète type 2, maladies cardiovasculaires, etc.

Chacun de ces deux domaines de risques implique une approche différente du fait qu'ils relèvent de responsabilités (construction) distinctes : les premiers relèvent de la responsabilité politique, les seconds en grande partie de l'individu à travers ses comportements et modes de vie.

Alors que l'outil principal de la sécurité sanitaire est la régulation (interdiction, suspension, modification d'un produit, process ou autre), la réduction des risques ayant une composante comportementale implique de modifier les comportements à risque ou de faire adopter des comportements protecteurs.

Pour les risques environnementaux, elle implique souvent d'importants changements de pratiques sociétales.

C'est pour cette raison qu'il existe des plans de prévention sur les différents déterminants que ce soit au niveau national ou international. Les plans de prévention nationaux concernant les principaux déterminants sont rassemblés dans le tableau suivant et sont mis en regard des plans internationaux.

Plans nationaux et internationaux pour les principaux déterminants de la santé ou spécifiques de populations

Catégories	Problèmes à prévenir	Plans et programmes nationaux	Cadre international
Maladies non transmissibles et traumatismes	Tabagisme	Plan cancer III 2014-2019, Programme national de réduction du tabagisme, Plan gouvernemental contre les drogues et les conduites addictives 2013-20173	Convention cadre de lutte antitabac (Nations unies, Organisation mondiale de la santé)
	Alcool	Plan gouvernemental contre les drogues et les conduites addictives 2013-20173	WHO Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol 2010
	Surpoids, obésité	Programme national nutrition santé 2011-2015 Plan obésité 2010 - 2013	UN Task Force on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013 WHO Global Action Plan for the

Catégories	Problèmes à prévenir	Plans et programmes nationaux	Cadre international
			prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020
	Diabète	Expérimentation de prévention du diabète de type 2 CNAMTS DGS	WHO Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020
	Sédentarité, activité physique et sportives	Plan national et plans régionaux sport santé bien-être (2012) Programme national nutrition santé 2011-2015	WHO Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020
	Santé mentale	Plan Psychiatrie et santé mentale (2011-2015)	WHO Mental Health Action Plan 2013-2020 WHO Depression Let's talk 2017
	Suicide	Plan national MSA de prévention du suicide Observatoire national du suicide, Conseil national de santé mental	Public health action for the prevention of suicide WHO 2012
Environnement et santé	Pollution de l'air extérieur	Plan national santé environnement 2015-2019 Décret no 2017-949 du 10 mai 2017 fixe les objectifs nationaux de réduction des émissions de certains polluants atmosphériques en application de l'article L. 222-9 du code de l'environnement[47]	Evolution of WHO air quality guidelines: past, present and future. Copenhagen: WHO Regional Of ce for Europe; 2017 WHO. Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease 2016
	Pollution de l'air intérieur	Le Plan sur la Qualité de l'air intérieur (PQAI) octobre 2013 Plan national santé environnement 2015-2019 incluant le PQAI[48], les sites pollués[49] et la formation de conseillers[50]	WHO. Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease 2016
	Exposition professionnelle et environnementale aux pesticides et	Plan national santé environnement 2015-2019[51] Plan Ecophyto Plan Chlordécone	WHO. The public health impact of chemicals: knowns and unknowns. International Programme on Chemical

[47] Réduire les niveaux moyens de concentration des polluants atmosphériques les plus problématiques : particules PM10 et PM2.5, dioxyde d'azote, ozone, composés organiques volatils, ammoniac, pesticides dans l'air. L'accent doit être porté sur la diminution de la concentration moyenne annuelle afin d'atteindre les objectifs de l'OMS, notamment la valeur de 10 µg/m^3 pour les particules fines PM2.5 ; dans son rapport de 2012 « Pollution par les particules dans l'air ambiant », le HCSP préconisait une étape intermédiaire avec la valeur annuelle de 15 µg/m^3 ne dépasser dans aucune agglomération française à échéance de 2020.

[48] Le Plan sur la Qualité de l'air (PQAI) démarré en octobre 2013 doit être évalué et pérennisé, en particulier pour les actions portant sur la rénovation thermique des bâtiments en relation avec l'application de la loi de transition énergétique, afin de garantir un air intérieur sain, tout particulièrement dans les établissements recevant de jeunes publics (crèches, écoles maternelles et primaires) et les hôpitaux. Les campagnes de mesures de l'OQAI dans les établissements sensibles doivent être poursuivies.

[49] Les bâtiments et logements construits sur ou à proximité d'anciens sites industriels pollués (base de données Basol) doivent être systématiquement repérés et surveillés pour les niveaux de polluants chimiques à risque (COV, métaux lourds).

[50] La formation des Conseillers en Environnement Intérieur (CEI), acteurs auprès des publics sensibles (jeunes enfants, femmes enceintes, malades souffrant d'affections respiratoires chroniques) devrait être élargie et leur financement par ARS pérennisé

[51] Le PNSE3 préconise une campagne exploratoire de mesures des pesticides dans l'air extérieur et de documenter les expositions des populations vivant à proximité des zones d'application des pesticides (focus mis sur les expositions à la ferme pour les agriculteurs et leur famille) », et la conférence environnementale 2016, la réalisation d'une étude d'imprégnation multi-sites chez des riverains de zones agricoles

	insecticides		Safety 2016
Maladies transmissibles	Antibiorésistance	Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias), juin 2015, Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 [113] [114] [52]	WHO Gobal action plan on antimicrobial resistance 2015
	Hépatites	Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 [115]	Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021. Towards ending viral hepatitis
	VIH sida et infections sexuellement transmises	Plan national VIH-sida et les IST 2010 - 2014 Plan cancer 3 (HPV) [116]	Global health sector strategy on HIV 2016–2021. Towards ending AIDS Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021. Towards ending STIS
	Grippe et infections respiratoires virales saisonnières	Campagne annuelle de vaccination contre la grippe [117]	WHO Global Action Plan for Influenza Vaccines (GAP) 2006 - 2016
Populations	Jeunes	Bien-être et santé des jeunes" (2016)	Unicef's strategy for health (2016-2030)
	Personnes âgées	Plan national d'action et de prévention de la perte d'autonomie	World report on ageing and health 2011

À une vision de la santé centrée sur le système de soins et de prévention médicale s'est substituée progressivement une autre approche des déterminants de santé, de conception plus large, dont les conséquences pour les politiques de santé publique sont notables [118] [119].

Il s'agit de ne plus se limiter au malade, mais de prendre en compte la personne qui risque de le devenir, pour engager une démarche de prévention qui se situe pour une large part en amont de la maladie ou dans sa phase précoce. Cette démarche n'est pas orientée de manière exclusive vers un individu, et des actions collectives dans le champ sanitaire et au-delà sont requises.

Le HCSP préconise que cette approche axée sur les déterminants soit encore amplifiée.

6.1 L'exposition à des facteurs de risque comportementaux

6.1.1 Alimentation

De nombreux travaux scientifiques ont mis en évidence, au cours des dernières années, le rôle des facteurs nutritionnels, tant comme facteur de protection que comme facteur de risque, pour de nombreuses maladies chroniques dont les maladies cardiovasculaires (MCV) et les cancers, les deux premières causes de mortalité en France.

Dans le domaine cardiovasculaire, l'alimentation intervient sur les facteurs de risque intermédiaires de la maladie (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, obésité) [99].

Ainsi, les apports en lipides et en acides gras saturés sont associés à une augmentation du risque de dyslipidémie et de diabète, la diminution de leurs apports permettant une réduction de 16 % de l'incidence des MCV [99]. Quant aux apports en sel, ils sont associés à une augmentation du risque d'hypertension artérielle. La diminution de ces apports permettrait une réduction de 5 à 8 cas/ 100 000 habitants de l'incidence des MCV [100].

Les comportements nutritionnels sont un déterminant important des cancers [120] [121]. Les facteurs pour lesquels les niveaux de preuves sont les plus convaincants sont l'alcool, ainsi que la viande rouge et la charcuterie pour ce qui est des facteurs augmentant le risque, les fruits et légumes pour ce qui concerne les apports bénéfiques. La consommation excessive de viande rouge et de charcuterie augmenterait de 20 à 30 % le risque de cancer.

La reconnaissance de l'importance des facteurs nutritionnels en tant que déterminants modifiables de l'état de santé a été le moteur de la mise en place d'une politique nutritionnelle de santé publique ambitieuse depuis 2001, à travers le Programme national nutrition santé (PNNS) [122]. Ce programme, plurisectoriel, vise à promouvoir les facteurs de protection alimentaire et à réduire l'exposition aux facteurs de risque de maladies chroniques, au niveau de la population générale ou de groupes à risques spécifiques. Il traite tant la question des apports nutritionnels que des dépenses par l'activité physique. Il existe un certain consensus international, que le PNNS développe, sur les stratégies à mettre en œuvre. Celles-ci visent, d'une part, l'évolution des comportements individuels en s'appuyant sur des actions d'information et d'éducation et, d'autre part, la modification de l'environnement alimentaire et physique, facilitant l'adoption progressive de comportements favorables. Le Plan obésité 2010-2013, articulé avec le PNNS, a permis d'initier le développement d'une prise en charge coordonnée des personnes obèses.

Une étude de la situation nutritionnelle en France au regard des objectifs du PNNS a été menée en 2006 ; son renouvellement permettra d'en suivre l'évolution. D'autres travaux apportent d'ores et déjà des éléments quant à l'évolution des consommations alimentaires. Celles-ci ont par exemple évolué favorablement chez les adultes entre 1998 et 2007 : augmentation de 10 % de la consommation de fruits et légumes, baisse de la consommation de viande, augmentation de la part des lipides dans l'énergie consommée, au détriment des protides. Concernant l'obésité, l'augmentation de sa prévalence chez l'adulte entre 2009 et 2012 n'est plus statistiquement significative. Chez les enfants, la prévalence du surpoids et de l'obésité s'est stabilisée, mais avec des inégalités sociales qui restent très marquées : elle atteignait 18 % en 2007 chez les enfants de 7-9 ans de parents «ouvriers et employés » et 11 % chez ceux des groupes sociaux les plus favorisés.

La réduction des inégalités sociales de santé dans le domaine nutritionnel constitue une priorité, portée par le PNNS 3 (2011-2015). L'action sur l'environnement, facilitant l'adoption par l'ensemble de la population de comportements favorables, apparaît ici essentielle.

6.1.2 Alcool

Avec le tabagisme et la nutrition, l'alcool constitue en France l'un des déterminants majeurs de l'état de santé de la population. Sa consommation excessive est susceptible de provoquer à la fois des dommages physiques, en lien notamment avec sa toxicité importante, des situations de dépendance, en raison de son fort pouvoir addictif, et des dommages sociaux à travers les altérations du comportement qu'il génère. Le coût social de l'alcool a été estimé à 37 Mds d'euros en 2005, les dépenses de santé ne représentant que 16 % de ce montant [123].

Depuis les années 1960, la consommation d'alcool a été réduite de moitié, en lien avec la baisse de la consommation de vin. Mais elle avoisine encore 12 litres d'alcool pur par an par habitant âgé de 15 ans et plus en 2012, ce qui place la France parmi les pays les plus gros consommateurs d'Europe et du monde [124]. Ce constat, qui n'est pas nouveau, s'inscrit dans un contexte qui associe un ancrage

et une valorisation très forts de la consommation de boissons alcoolisées dans la culture culinaire et festive française, et des enjeux socio-économiques importants [125].

La consommation d'alcool est expérimentée précocement au cours de la vie, avant le tabac et le cannabis. En 2010, 59 % des élèves de sixième des collèges disent avoir déjà bu une boisson alcoolisée, et cette proportion dépasse 80 % chez les élèves de troisième [126].

La grande majorité des adultes consomment régulièrement de l'alcool : selon le Baromètre santé 2010 de l'Inpes, près de 40 % des 18-75 ans en déclarent une consommation au moins hebdomadaire, et seuls 14 % déclarent ne pas en avoir consommé au cours de l'année.

Mais les modes de consommation sont très différents selon l'âge et connaissent des évolutions importantes. Les consommations régulières et relativement modérées, qui sont plutôt le fait des personnes plus âgées, sont en recul marqué. Ainsi, 11 % des 15-75 ans déclarent en 2010 une consommation quotidienne de boissons alcoolisées, soit deux fois moins qu'en 1995.

Les consommations fortes et ponctuelles, plutôt adoptées par les jeunes adultes chez lesquels elles s'inscrivent en général dans un contexte festif et convivial, sont en revanche en forte augmentation. Les épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API) et la survenue d'ivresses sont ainsi de plus en plus fréquemment déclarés. Les augmentations les plus marquées concernent les hommes âgés de 26 à 30 ans, dont 40 % rapportent des API mensuelles (27 % en 2005), et les femmes âgées de 20 - 25 ans chez lesquelles cette proportion atteint 17 % (11 % en 2005).

Enfin, si la consommation d'alcool dans son ensemble concerne encore massivement les hommes, les comportements des jeunes générations sont nettement moins différenciés selon le sexe.

Conséquence de ces évolutions, la part des individus de 15 - 85 ans à risque chronique ou de dépendance est restée stable entre 2005 et 2010, à près de 9 % (15 % chez les hommes, 3 % chez les femmes). En revanche, celle des individus à risque ponctuel est en augmentation et atteint 28 % en 2010 (38 % chez les hommes, 18 % chez les femmes) [127].

La vulnérabilité sociale, le chômage ou le fait de vivre seul sont associés aux consommations d'alcool à risque. Toutefois, avec l'élévation dans l'échelle sociale, la consommation régulière d'alcool diminue chez les hommes et augmente chez les femmes. Ainsi, plus le milieu social est favorisé, plus les comportements des hommes et des femmes convergent. Par ailleurs, alors que la part des individus ayant une consommation à risque est restée relativement stable entre 2005 et 2010, elle a fortement augmenté chez les personnes au chômage et plus encore chez les étudiants [108].

En lien avec la forte prévalence de ces usages problématiques, les dommages liés à l'alcool sont considérables, pour les consommateurs mais aussi pour les tiers. Globalement, 33 000 à 49 000 décès seraient attribuables chaque année à l'alcool, soit 6 % à 9 % des décès [128] [129]. Environ 75 % de ces décès concernent des hommes et 40 % surviennent avant 65 ans, ce qui fait de l'alcool une des principales causes de décès prématuré. Les principales pathologies à l'origine de ces décès sont les cancers (voies aérodigestives supérieures, foie, sein, côlon-rectum), dont 10 % sont attribuables à l'alcool, et les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, cardiopathie ischémique) [110] [130]. L'alcool accroît également le risque d'accidents, de chutes et de suicides. Il est ainsi en cause pour 31 % des tués dans les accidents de la circulation routière et pour 15 % des blessés hospitalisés [131].

Les dommages sociaux associés à la consommation d'alcool sont complexes à apprécier. Ceci dit, il est établi que l'abus d'alcool augmente la gravité de certains délits, notamment les agressions physiques et sexuelles, les risques d'incivilités et d'agressions et les risques de violences familiales [108].

Le développement actuel des consommations ponctuelles et importantes chez les jeunes incite à porter une attention particulière à leurs dommages sur la santé. Avant l'âge de 20 ans, en effet, sur un cerveau en cours de maturation, la consommation d'alcool et notamment l'intoxication massive ont des effets neurotoxiques qui entravent les capacités d'apprentissage et de mémorisation. De plus, les consommations ponctuelles importantes affectent la neurogenèse. Ces atteintes sont plus importantes chez les filles que chez les garçons. En outre, les personnes exposées de façon répétée, à l'adolescence, seront beaucoup plus vulnérables à l'addiction à l'alcool, à l'âge adulte [112].

Pendant la grossesse, l'alcool a une toxicité sans seuil pour le fœtus et peut conduire au syndrome d'alcoolisation fœtale, dont le nombre est estimé entre 400 et 1 200 cas par an.

Les constats des dommages dus à l'alcool dans notre pays sont éloquents, même si des progrès en matière de connaissance restent à faire [132]. De nombreux plans, comportant des mesures très variées, ont été mis en place pour lutter contre les addictions, et notamment l'alcool, mais les enjeux dans ce domaine restent considérables et une politique globale et cohérente est indispensable. **Parmi les actions qui ont fait la preuve de leur efficacité, outre celles qui concernent la limitation de l'offre dont il importe qu'elles soient portées tant au plan national que par les acteurs locaux, deux grands types d'intervention semblent encore insuffisamment développés. Il s'agit d'une part des programmes de renforcement des compétences psychosociales, dont l'intérêt dépasse de très loin le seul champ de l'alcool, d'autre part des actions de repérage précoce et d'interventions brèves par les professionnels de santé de premier recours, notamment les médecins généralistes [133] [134]**.

6.1.3 Tabagisme

Le tabagisme est un des principaux déterminants de la santé et la première cause de décès évitable en France. Il est responsable en 2010 d'un décès sur sept. Le nombre annuel de morts attribuables au tabagisme a été estimé à 73 000 en 2004 (59 000 hommes et 14 000 femmes), plus de la moitié survenant avant 65 ans (mortalité prématurée par décès directs) et 2 000 par tabagisme passif) [135], et de 16 % des années potentielles de vie perdues (Global burden disease, 2010). Pour autant, sa consommation n'est pas interdite et le tabac est en vente libre, sauf pour les mineurs.

L'usage quotidien du tabac concerne 29 % de la population française âgée de plus de 15 ans (31 % des hommes et 24 % des femmes). Cette proportion a augmenté de 2005 à 2010, pour la première fois depuis plusieurs décennies. Parallèlement, l'envie d'arrêter de fumer (65 % en 2005 *versus* 58 % en 2010) et la crainte des maladies liées au tabac diminuent. Cependant, chez les fumeurs, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est en baisse et la proportion de fumeurs de plus de dix cigarettes par jour diminue. De plus, les fumeurs ne fument plus dans les lieux publics (interdiction) et de plus en plus rarement à leur domicile (sensibilisation aux risques du tabagisme passif). Chez les jeunes, l'âge d'initiation au tabagisme (16,4 ans) semble plus tardif depuis les années 2000 (hausse des prix, interdiction de vente aux mineurs). La prévalence du tabagisme quotidien a augmenté chez les femmes (23 % en 2005 *versus* 26 % en 2010) et particulièrement chez les 45 à 64 ans (+ 7 %), reflet de l'arrivée d'une génération de fumeuses dans cette tranche d'âge.

Le tabagisme est associé à un niveau socio-économique moins élevé (diplôme, revenus, profession) : plus de 50 % des chômeurs et plus de 60 % des chômeurs sans diplôme fument régulièrement. Ce gradient se retrouve aussi chez les jeunes où, à âge égal, les étudiants sont moins souvent fumeurs que les actifs (23 % / 42 %) et que les jeunes chômeurs (56 %) ; pour les femmes enceintes, le tabagisme est également associé à un plus faible niveau d'éducation. Enfin, alors que l'envie d'arrêter de fumer est identique selon les catégories, la réussite du sevrage tabagique est plus importante dans les catégories sociales élevées [136] [137].

L'apparition en 2007 de la cigarette électronique a modifié le paysage de la consommation de tabac. En 2013, huit millions de Français l'ont essayée et au moins un million l'utilise quotidiennement — le plus souvent en alternance avec le tabac [138]. Porteuse d'espoir comme moyen d'aboutir au sevrage tabagique, son efficacité ne semble cependant pas supérieure à celle des patchs nicotiniques ; elle présente en outre l'inconvénient de renormaliser l'action de fumer. Ce phénomène étant récent, le HCSP a appelé à suivre l'évolution de ces consommations et leur impact [139].

Reflet de ces évolutions, les ventes de tabac ont reculé de 6 % en 2013 par rapport à 2012 [140]. Mais depuis le début des années 2000, les achats transfrontaliers augmentent. Ainsi, 17 % des fumeurs déclarent se fournir en tabac hors des frontières françaises en 2013, contre 15 % en 2010.

Les principales causes de ces décès sont les cancers du poumon (22 000 hommes, 4 000 femmes) et ceux des voies aérodigestives supérieures, ainsi que les maladies cardiovasculaires (13 000 hommes, 5 000 femmes) [116].

Outre la mortalité, les conséquences du tabagisme sont importantes en termes de morbidité : affections pulmonaires (dont cancer), affections cardiovasculaires, auxquelles s'ajoutent les problèmes spécifiques sur la santé génésique (diminution de la fécondité, retard de croissance intra-utérin, grossesse extra-utérine, accouchement prématuré), augmentation des complications péri-opératoires, etc.). L'excès de risque pour ces pathologies liées au tabagisme est proportionnel à la dose consommée mais plus encore à la durée de la consommation. Le sevrage tabagique est donc bénéfique à tout âge : arrêter à 40 ans améliore l'espérance de vie de 7 ans, arrêter à 50 ans l'améliore de 4 ans. À 75 ans, pour un fumeur, le risque cumulé de cancer du poumon est de 16 % ; il diminue si le fumeur s'arrête. Il est estimé à 10 % pour un arrêt à 60 ans et à 2 % pour un arrêt à 30 ans. Le sevrage tabagique présente un bénéfice très rapide en matière de santé cardio-vasculaire : amélioration de la dyspnée par diminution du monoxyde de carbone sanguin et baisse du risque d'infarctus du myocarde. Le sevrage est ainsi une des mesures les plus efficientes en matière de prévention cardiovasculaire [116].

Alors que les politiques de lutte contre le tabagisme (loi Veil de 1976 [141], loi Evin de 1991 [142], trois plans cancer) semblaient porter leurs fruits avec la baisse du tabagisme, les nouvelles données françaises sont préoccupantes. Parallèlement, notre voisin le plus proche, la Grande-Bretagne, a réussi à développer une politique exemplaire, avec des conséquences en termes de baisse du tabagisme[53].

[53] Le tabagisme en France : comportements, mortalité attribuable et évaluation de dispositifs d'aide au sevrage BEH, Numéro thématique, n°30-31, 2016 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/pdf/2016_30-31.pdf

Prenant appui sur les rapports concordants du HCSP [143], des parlementaires[54], de l'Alliance contre le tabac[55] et de la Cour des comptes[56], le gouvernement a annoncé en septembre 2014 un Plan national de réduction du tabagisme qui prévoit la création d'un fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme, notamment alimenté par les industriels du domaine, une aide au sevrage impliquant de manière plus active les médecins traitants, afin de diminuer le nombre des fumeurs réguliers et des actions visant la dénormalisation du tabac pour freiner l'entrée dans le tabagisme (paquet neutre, interdiction de fumer dans les espaces de jeux pour enfants et en voiture avec les enfants).

6.1.4 Autres addictions

À côté de l'alcool et du tabac, de nombreuses substances illicites sont susceptibles de provoquer des comportements addictifs et d'avoir des conséquences sanitaires et sociales dommageables. En France, la consommation globale de drogues illicites a fortement augmenté dans les années 1990 pour se stabiliser progressivement dans les années 2000. Le cannabis représente 80 % de la consommation globale de drogues.

En 2010, 33 % des 18 à 64 ans déclarent en avoir déjà consommé et 8 % être des usagers actuels (au cours de l'année) [144]. L'expérimentation est plutôt masculine (41 % contre 25 % des femmes), l'écart entre les sexes augmentant avec l'élévation de la consommation. La proportion d'usagers actuels est maximale entre 18 et 25 ans (29 % des hommes, 17 % des femmes). La consommation régulière (10 usages dans le mois) concerne 2 % des 18-64 ans (6 % des 18-25 ans).

Poppers et cocaïne, produits les plus consommés après le cannabis, se situent bien en deçà, pour l'expérimentation (respectivement 5 % et 4 %) ou l'usage actuel (respectivement 0,9 % et 0,8 %). La consommation actuelle des autres produits (champignons hallucinogènes, ecstasy, amphétamines, LSD, héroïne…) est encore plus rare (0,2 % à 0,3 % des 18 à 64 ans) et surtout le fait des jeunes adultes [125].

Après une augmentation au cours des années 1990, la consommation de cannabis et d'ecstasy apparaît désormais stable, tandis que l'usage de cocaïne est en hausse. Il atteint 2 % parmi les moins de 35 ans, ce qui situe la France dans la moyenne européenne [145]. L'usage des poppers apparaît également en hausse par rapport à 2005.

La consommation de cannabis entraîne des troubles de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives [146]. Ces troubles peuvent avoir des conséquences graves s'ils sont à l'origine d'accidents de la voie publique. L'usage intensif du cannabis peut engendrer une chute de la motivation scolaire ou professionnelle, une altération de la faculté de former des idées, une indifférence affective. La consommation de cannabis peut également favoriser la survenue de troubles psychotiques, en particulier schizophréniques chez les personnes vulnérables.

---

[54] Bur Y. Proposition pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac. 8 mars 2012. http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-yves-bur-proposition-pour-une-nouvelle-politique-de-luttecontre-le-tabac.html

[55] Alliance contre le tabac. http://www.alliancecontreletabac.org/livre_blanc_tabac.html

[56] Les politiques de lutte contre le tabagisme. Cour des comptes, décembre 2012. http://www.ccomptes.fr/index.php/Publications/Publications/Les-politiques-de-lutte-contre-letabagisme

Les conséquences de la consommation de cannabis dépendent de la dose. En cas de consommation régulière, si les troubles (attention, mémoire) disparaissent généralement quelques mois après l'arrêt, ils peuvent persister si la consommation a été précoce (avant 15 ans). Pour le cannabis comme pour l'alcool, la précocité d'usage est associée à un risque accru de troubles psychiatriques et cognitifs.

L'expérimentation de cannabis, contrairement à l'usage régulier, s'avère plus fréquente parmi les jeunes ayant un diplôme de niveau supérieur au baccalauréat, cette tendance correspondant à la fois à une certaine maîtrise du produit et à un usage festif prédominant [147]. Le milieu social conditionne le glissement vers un usage problématique : les jeunes des milieux aisés ou au parcours scolaire sans embûche expérimentant plus souvent mais basculant moins vers les usages quotidiens ou problématiques [148] [149].

La consommation intensive et précoce de cannabis augmente notamment la probabilité de sortie précoce du système scolaire [150]. Les écarts entre garçons et filles observés sur des comportements addictifs sont plus marqués parmi les jeunes en apprentissage que parmi les élèves scolarisés en filière générale ou professionnelle, et plus forts encore parmi les jeunes déscolarisés que parmi les jeunes en apprentissage.

Concernant enfin les addictions aux jeux d'argent, 0,9 % des 18-75 ans présentent un risque modéré et 0,4 % sont des joueurs excessifs, soit au total 1,3 % de joueurs dits problématiques [151]. Les autres addictions sans produit, notamment jeux vidéo et internet, ne font pas à l'heure actuelle l'objet d'une quantification rigoureuse.

6.2 L'exposition à des facteurs de risque environnementaux

L'environnement, un déterminant majeur de la santé même si la quantification des effets sur la santé nécessite d'être affinée notamment au regard des autres risques auxquels sont exposées certaines populations, et particulièrement les populations défavorisées.

6.2.1 La pollution atmosphérique

- **Impact de la pollution atmosphérique sur la santé en France**
- 48 000 morts anticipées annuelles d'après la dernière enquête de Santé publique France.
- 101,3 Mds d'euros annuels selon le rapport du Sénat du 15 Juillet 2015.
- Coûts associés à la contamination de l'eau (dégradation des eaux de surface, et de la ressource en eau potable) par les polluants transférés par la pluie.
- Actions efficaces : Actions du PNSE3. PREPA.
- Inégalités : « Points noirs » environnementaux (voisinage de voiries à fort trafic, installations industrielles, vallées encaissées). Synergie entre exposition à la pollution atmosphérique et facteurs sociaux de vulnérabilité. Interface de potentialisation avec les pollens allergisants à aborder sous l'angle de l'aménagement de l'espace (espaces vers urbains, plantations en zones rurales) et pas seulement via les messages d'information.
- Actions du PNSE2 et PNSE3. Classement en position 1 pour les impacts sanitaires environnementaux.
- *Déterminants : Qualité de l'air et alimentation, Aménagement urbain et urbanisme favorable à la santé.*

L'exposition de la population française à la pollution atmosphérique, n'évolue plus depuis une dizaine d'années, après des progrès importants jusqu'à la fin des années 1990, ainsi que l'a montré l'évaluation du deuxième Plan national santé-environnement (PNSE2) par le HCSP[57]. Parce que ses effets sur la santé ont un impact important sur l'espérance de vie et un coût économique élevé, parce qu'elle constitue un facteur d'inégalités de santé, et parce qu'une marge de progression importante peut être attendue si des mesures efficaces sont prises, la pollution atmosphérique doit être considérée comme un domaine d'action prioritaire.

Des dépassements réguliers des valeurs réglementaires de polluants comme les particules fines, les oxydes d'azote et l'ozone s'observent dans de nombreuses villes françaises. Près de 12 millions de Français ont vécu au cours de l'année 2016 dans des zones ne respectant pas les valeurs limites annuelles relatives aux particules fines[58]. Cette situation met la France en contentieux avec les

[57] Évaluation du 2e plan national santé environnement, HCSP, septembre 2013 http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=379

[58] Le bilan de la qualité de l'air en 2011 [Internet]. Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie; 2012. Disponible sur: http://www.developpement-durable.gouv.fr/Le-bilan-de-la-qualite-de-l-air-en.html

communautés européennes[59]. Dans la loi sur l'air de 1996 la pollution atmosphérique est définie comme « l'introduction par l'homme, directement ou indirectement, dans l'atmosphère et les espaces clos, de substances ayant des conséquences préjudiciables de nature à mettre en danger la santé humaine ».

Le gain moyen d'espérance de vie à l'âge de 30 ans a été calculé si, dans les villes considérées, les niveaux moyens annuels étaient ramenés à 10 µg/m^3. Il serait par exemple en France de 7,5 mois à Marseille, la ville la plus polluée parmi celles étudiées, et entre 5 et 5,8 mois respectivement à Strasbourg, Lille, Lyon, Paris et Bordeaux [60].

Malgré la mise en œuvre du Plan particules et des nombreuses actions du PNSE1 (2004-09) et du PNSE2 (2009-13) et maintenant du PNSE3, visant à la réduction des émissions de polluants dans l'air, la qualité de l'air ne s'améliore pas ou bien trop lentement. Le dernier plan, le Plan national de réduction des émissions de polluants atmosphériques (PREPA), qui vise à faire entrer dans la règlementation française les valeurs guides européennes, vient d'être publié en mai 2017. Des polluants comme les particules ultrafines telles que les particules diesel, et les oxydes d'azote se retrouvent en concentration beaucoup plus élevée à proximité des rues et des routes à fort trafic automobile avec un impact sanitaire important en termes de maladies chroniques dont elles favorisent le développement directement ou indirectement. C'est en particulier le cas pour l'asthme et la bronchite chronique. Le fait d'habiter à proximité de grands axes routiers serait responsable de 15 à 30% des cas d'asthme de l'enfant, de 10 à 35% des cas de BPCO et des maladies coronariennes chez les adultes de plus de 65 ans[61, 62]. Dans la région parisienne, les polluants atmosphériques ont des concentrations deux fois plus élevées que le seuil réglementaire, particulièrement près des axes routiers. Cette situation est très inégalitaire, les dépassements touchant essentiellement les riverains des grands axes routiers (135 jours/an sur le périphérique, 192 jours sur l'autoroute A1). Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a classé les particules diesel (2012), et globalement la pollution atmosphérique (2013), comme « cancérigènes certains » (groupe 1) à partir d'études épidémiologiques récentes confortées par les études expérimentales. La pollution atmosphérique contribue ainsi aux inégalités socio-territoriales de santé, même si la situation varie d'une agglomération à l'autre en France.

Par ailleurs, on note aussi l'existence d'un lien entre allergies et pollution de l'air extérieur, même s'il s'agit d'interactions complexes qui restent encore à explorer. D'après les estimations régulièrement mises en avant, la prévalence des pathologies allergiques respiratoires comme les rhinites

---

[59] Plan d'urgence pour la qualité de l'air [Internet]. Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie; 2013. http://www.developpement-durable.gouv.fr/Plan-d-urgence-pour-la-qualite-de,31385.html

[60] Declercq C, Pascal M, Chanel O, Corso M, Ung A, Pascal L, et al. Impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans neuf villes françaises. Résultats du projet Aphekom [Internet]. InVS; 2012 sept. http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2012/Impact-sanitaire-de-la-pollution-atmospherique-dans-neuf-villes-francaises

[61] Declercq C, Pascal M, Chanel O, Corso M, Ung A, Pascal L, et al. Impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans neuf villes françaises. Résultats du projet Aphekom [Internet]. InVS; 2012 sept. http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2012/Impact-sanitaire-de-la-pollution-atmospherique-dans-neuf-villes-francaises

[62] Aphekom. Improving Knowledge and Communication for Decision Making on Air Pollution and Health in Europe [Internet]. The Aphekom project; http://www.aphekom.org

saisonnières et l'asthme a pratiquement doublé ces vingt dernières années dans les pays industrialisés. Les estimations habituellement rapportées indiquent qu'en France, 20 à 25 % de la population générale présente une maladie allergique, les allergies respiratoires étant au premier rang des maladies chroniques de l'enfant.

Dans un rapport de 2014 *"État des connaissances sur l'impact sanitaire lié à l'exposition de la population générale aux pollens présents dans l'air ambiant",* l'Anses indique que, chez les sujets sensibilisés, les polluants atmosphériques peuvent favoriser la réaction allergique en abaissant le seuil de réactivité bronchique et/ou en accentuant l'irritation des muqueuses nasales ou oculaires. Par exemple, l'ozone altère les muqueuses respiratoires et augmente leur perméabilité, ce qui engendre une réaction allergique à des concentrations de pollen plus faibles. Les polluants chimiques peuvent également modifier le contenu protéique des grains de pollen, donc modifier leur potentiel allergisant. Mais à l'heure actuelle, s'il est possible d'affirmer que la pollution atmosphérique augmente le potentiel allergisant des grains de pollens dans certains cas, l'effet inverse a également été observé. Enfin, il a été démontré expérimentalement que les allergènes du pollen pourraient s'adsorber sur des particules, notamment des suies caractéristiques du trafic routier, mais l'importance de ce phénomène est à préciser en conditions réelles.

Dans ce cadre, l'information sur le potentiel allergisant de certains pollens et sur les symptômes d'allergie constatés, qui peut contribuer à la fois au dépistage de sujets allergiques ignorant leur sensibilité aux pollens et à une meilleure gestion des végétaux émetteurs de pollens allergisants, reste un enjeu important.

6.2.2 Pollution de l'air intérieur [63] :

La population passe en moyenne 85 % de son temps dans des environnements clos : domicile, locaux de travail ou destinés à recevoir du public, moyens de transport, dans lesquels ils peuvent être exposés à de nombreux polluants :

- Polluants chimiques : composés organiques volatils (COV), oxydes d'azote (NOx), monoxyde de carbone (CO), hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), phtalates, radon etc.
- Biocontaminants : moisissures, allergènes domestiques provenant d'acariens, d'animaux domestiques et de blattes, pollens, etc.
- Particules et fibres (amiante, fibres minérales artificielles), nanoparticules etc….

La présence de ces polluants est issue de différentes sources d'émission : constituants du bâtiment, du mobilier, appareils de chauffage, de climatisation, de cuisson, transfert de la pollution extérieure, tabagisme ou présence d'animaux domestiques.

La qualité de l'air respirée peut avoir des effets sur la santé et le bien-être, depuis la simple gêne (olfactive, somnolence, irritation des yeux et de la peau) jusqu'à l'apparition ou l'aggravation de pathologies aiguës ou chroniques : allergies respiratoires, asthme, cancer, intoxication mortelle ou invalidante, etc….

[63] www.anses.fr/fr/content/qualité-de-l'air-intérieur

Depuis quelques années, une attention croissante est donc portée à ce sujet, en témoigne la création par les pouvoirs publics, en 2001, de l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI).

L'Anses a réalisé une étude exploratoire du coût socio-économique des polluants de l'air intérieur, en lien avec l'université Sorbonne Panthéon I, et l'OQAI. Cette étude a estimé à environ 19 milliards d'euros pour une année le coût de la pollution de l'air intérieur correspondant aux coûts de l'impact sanitaire généré par les 6 polluants retenus (coût estimé des décès prématurés, coût estimé de la prise en charge des soins, coût estimé des pertes de productions, etc.)[51]

6.2.3 Pesticides et santé

[152] [153]

Pesticides et santé

- Effets sur la santé : augmentation de risque significative pour plusieurs pathologies. Expertise collective de l'INSERM[64].
- 120 Mds €/an = coût estimé en Europe des conséquences de santé des pesticides, *via* leurs mécanismes de perturbation endocrinienne. Coûts associés équivalents (eau potable avec la modification des réseaux, les traitements spécifiques et impact sur la faune (eaux de surface, eau de mer) et la flore.
- Inégalités, populations exposées : agriculteurs, populations riveraines des zones d'épandage, consommateurs de produits alimentaires.
- Préoccupation majeure pour les ONG (ex Générations futures, FNE, les amis de la Terre).
- Protection des ressources en eau de surface et souterraines, sécurité sanitaire pour les professionnels de l'agriculture et leurs familles. Transfert à distance des contaminants par les aérosols. Pollution des sols et de l'eau.
- Actions : Plan Ecophyto, Stratégie nationale des perturbateurs endocriniens. Enregistrement des usages des pesticides pour chaque exploitation agricole et autres utilisateurs en Californie : moyen de maîtrise des dispersions et des expositions[65].

La France est l'un des premiers utilisateurs mondiaux de produits phytopharmaceutiques, avec des ventes comprises en moyenne entre 60 000 et 100 000 tonnes par an depuis plus d'une trentaine d'années. Les fongicides représentent environ la moitié des tonnages vendus, ce qui s'explique notamment par leur usage dans les cultures pérennes telles que la vigne. Les herbicides arrivent en deuxième position, devant les insecticides.

Les conséquences de l'exposition aiguë sont assez bien documentées pour la plupart des pesticides. Des intoxications systémiques, pouvant conduire à la mort, mais aussi des effets allergisants, dermatologiques et respiratoires sont régulièrement rapportés chez les agriculteurs utilisant des pesticides ou travaillant sur des cultures traitées.

Les principales interrogations concernent aujourd'hui les effets à long terme des expositions aux pesticides sur la santé, notamment à des faibles doses. Ces effets ont été étudiés principalement dans des populations exposées professionnellement, mais la question se pose actuellement pour les

[64] http://presse.inserm.fr/pesticides-effets-sur-la-sante-une-expertise-collective-de-linserm/8463/

[65] Source : http://www.cdpr.ca.gov/docs/registration/regmenu.htm

riverains des parcelles traitées, en particulier les femmes enceintes et les jeunes enfants. Or, en population générale, l'exposition maternelle, résultant de la proximité du lieu de résidence des zones agricoles ou d'un usage domestique de pesticides, apparaît associée à une augmentation des malformations congénitales (malformations cardiaques, malformations de la paroi abdominale et des membres, ou des anomalies du tube neural) [165].

En milieu professionnel, l'exposition des femmes travaillant en milieu agricole, ou à l'entretien des jardins, en milieu horticole, dans des serres ou comme vétérinaires entraînerait une augmentation de morts fœtales et des malformations congénitales (fentes orales et hypospadias) [165]. L'ensemble des données épidémiologiques disponibles aujourd'hui pointent l'existence d'un lien entre la survenue de la maladie de Parkinson et l'exposition aux pesticides professionnelle ou non professionnelle (exposition au domicile par proximité ou utilisation domestique). Dorénavant la maladie de Parkinson est reconnue comme maladie professionnelle pour les patients ayant été exposés aux pesticides en agriculture. Les effets cancérogènes de certains pesticides ont été mis en évidence expérimentalement chez l'animal. Sur la base de ces données toxicologiques et des données épidémiologiques disponibles, le CIRC a évalué et classé la cancérogénicité de certains pesticides, mais seules une soixantaine de molécules ont pu être classées actuellement.

L'expertise collective de l'Inserm [165] a également établi un lien entre les pesticides et certaines pathologies (principalement cancers et maladies neurologiques, troubles de la fertilité et du développement).

Ainsi, une augmentation du risque de cancer de la prostate est décrite chez les populations rurales ou agricoles par rapport à la population générale (excès de risque de 7 à 12 %), dans un contexte professionnel, chez les applicateurs de pesticides (excès de risque de 12 %), et les ouvriers d'usines de production de pesticides (28 %).

Chez l'enfant, l'exposition du père ou de la mère à des pesticides en milieu professionnel augmente de 30 à 53 % le risque de tumeur cérébrale, notamment si l'exposition s'est produite lors de la période périnatale. Une augmentation du risque de leucémie est également décrite lors d'une exposition de la mère aux pesticides (insecticides ou herbicides) pendant la grossesse. Cette augmentation est de l'ordre de 60 % en présence d'une exposition professionnelle et de 54 % lors d'une exposition résidentielle [133].

En conclusion, les études épidémiologiques attestent d'un lien entre l'exposition aux pesticides, notamment en milieu professionnel, et l'apparition de cancers. Elles doivent cependant encore être analysées avec précaution. Leurs principales limites concernent la difficulté d'établir un lien avec des molécules précises, la caractérisation de l'exposition aux pesticides chez un individu tout au long de sa vie, en incluant les périodes critiques (grossesse, enfance), et les multi-expositions. La complexité des expositions multiples et séquentielles au cours de la vie à ces produits appelle une réflexion spécifique en matière de recherche.

6.2.4 La question des perturbateurs endocriniens

Il est largement admis aujourd'hui que de nombreuses substances chimiques peuvent modifier le fonctionnement du système hormonal et celles-ci sont ainsi suspectées d'entraîner des effets néfastes pour la santé humaine.

Si la définition des perturbateurs endocriniens proposée par l'OMS (2002) fait consensus, tel n'est pas le cas des critères qui font l'objet de controverses parmi les scientifiques, les gestionnaires de

risques et les parties prenantes. Les périodes de développement *in utero*, post-natale ou celle qui précède la puberté constituent des fenêtres particulières de sensibilité aux effets de ces substances. Mieux caractériser les expositions et les risques éventuels pour les populations sensibles pendant ces périodes constitue un enjeu de santé publique afin de prévenir les effets potentiels de ces substances sur la santé. Dans l'objectif de mieux structurer la communauté scientifique autour de ces questions, la France a été le premier pays en Europe à se doter d'une stratégie nationale sur le sujet.

Cette stratégie s'articule autour des axes suivants : (i) la pérennisation du soutien à la recherche sur les perturbateurs endocriniens, (ii) la poursuite des démarches de surveillance dans l'environnement, (iii) la mise en œuvre d'un programme d'expertise sur les substances et (iv) la prise en compte des perturbateurs endocriniens dans la réglementation notamment au niveau européen.

6.3 L'exposition à des facteurs de risque sociaux et culturels

6.3.1 La littératie en santé

20% des personnes ont un niveau de littératie[66] insuffisant pour comprendre un texte rédigé simple, 40 à 50% des personnes ont un niveau insuffisant de littératie en santé pour comprendre et utiliser les informations en santé. Pour lutter contre ce problème, des actions sont efficaces : formation à l'école, à l'université et en entreprise. La faible littératie est liée au niveau socio-économique. Les sujets ou patients ont un rôle actif, par exemple par la co-construction de tous les outils pédagogiques avec les patients, les usagers et les professionnels et les chercheurs en sciences de l'éducation.

6.3.2 Les déterminants sociaux et environnementaux de la santé

De multiples déterminants sociaux (revenus, éducation, catégorie sociale…) et environnementaux (logement, travail, milieu extérieur, aliments…) exercent une forte influence sur la santé des populations, avec les déterminants individuels (comportements), influence bien supérieure à celle des soins. Des progrès significatifs, mais sectoriels, ont été observés en France à ce sujet avec la mise en œuvre des plans santé environnement successifs[67]. Cependant les déterminants sociaux sont pour l'essentiel situés hors du champ de compétence du ministère chargé de la santé, aussi bien au niveau national que régional[68], en France comme ailleurs. Ces déterminants jouent un rôle particulièrement important pour la santé des groupes de populations vulnérables (personnes en situation de pauvreté ou de précarité, personnes du grand âge, ou en situation de handicap, migrants…) ; ils représentent l'un des plus puissants leviers d'action pour réduire les inégalités sociales de santé [154].

Ce constat général documenté au Canada [155], repris par l'OMS [156], et mis en avant par la Finlande lors de sa présidence de l'Union européenne [157] a conduit au principe de « *mettre la santé dans toutes les politiques* » en s'interrogeant de façon systématique sur l'impact des politiques

[66] Health literacy ou littératie en santé : « La capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie. » (Association canadienne de la santé publique, 2008 : Colloque Inpes 3-5 juin 2014).

[67] PNSE. http://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/les-plans-d-action-nationaux/article/le-plan-national-sante-environnement-pnse3-2015-2019

[68] Le bilan jugé généralement peu convainquant des Commissions de coordination des politiques publiques de prévention créés par la loi HPST va dans ce sens.

publiques sur la santé, et en recherchant une gouvernance intégrée des politiques publiques autour de la santé.

En France, la création d'un Comité interministériel pour la santé [158], ayant mission de promouvoir la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques, est une avancée dans cette direction. Il reste à activer ce cadre réglementaire par un ensemble cohérent et argumenté de mesures.

6.4 Le rôle du système de santé comme déterminant de la santé

Il est désormais bien établi que dépenser plus dans le domaine des soins ne permet pas toujours d'améliorer la santé et que certains pays font mieux que d'autres en dépensant moins[69]. La dépense est en effet importante en France, avec 243 milliards d'euros (montant des dépenses courantes de santé pour 2012, soit 12 % du PIB). La contribution du système de soin à la santé des populations est la première des exigences, mais reste mal connue et plus complexe à caractériser qu'il n'y paraît.

Tout d'abord, des travaux menés sur des données historiques, mais débattus [159], démontrent qu'une proportion significative (40 % selon l'OCDE) des gains d'espérance de vie obtenus dans les pays riches est expliquée par l'accroissement des dépenses de santé, le reste résultant de l'évolution des modes de vie (éducation, revenu, pollution, tabac, alcool, alimentation, etc.) [160].

Ensuite, pour réduire la mortalité, il faut des soins efficaces et accessibles.

L'indicateur de mortalité évitable par les soins [161], construit dans la lignée de celui de mortalité prématurée[70], permet d'estimer le nombre de décès dans une population dus à des maladies pour lesquelles de tels soins existent. Il repose sur une analyse de la littérature dite de médecine par les preuves et des avis d'experts.

En 2009, la France était, parmi les 31 pays étudiés par l'OCDE [162], celui où ce taux était le plus faible (de l'ordre de 60 pour 100 000). Ce résultat excellent ne donne qu'une réponse partielle à la question initiale. En particulier, il ne tient compte que des effets sur la mortalité et néglige l'impact des soins sur la morbidité, les déficiences, incapacités et handicaps, il omet les effets négatifs des soins (leur iatrogénie), et plus largement les questions de leur sécurité et de leur qualité. En outre, il ne renseigne pas sur la distribution de l'impact des soins sur la santé dans la population (l'équité du système).

Le système de santé occupe une place globalement favorable, avec des atouts qui lui sont régulièrement reconnus : une bonne accessibilité en droit, une offre globalement abondante et de qualité, et des résultats souvent favorables, comme par exemple dans le traitement des patients atteints de cancers[71].

En agissant sur les objectifs, l'organisation et le financement du système de soins et plus largement du système de santé, il est possible de mieux répondre aux évolutions nécessaires. Le système de

[69] OECD Health Data. http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm

[70] Jougla E. Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable ». HCSP, Collection Documents La Documentation française, 2013, 31 p. http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=357

[71] Les nouvelles données sur la survie des personnes atteintes de cancers en France métropolitaine. http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../Espace-presse/Communiques-de-presse/2016/Les-nouvelles-donnees-sur-la-survie-des-personnes-atteintes-de-cancers-en-France-metropolitaine

santé français a en effet des caractéristiques expliquant les constats faits précédemment, caractéristiques sur lesquelles il est possible d'agir pour en modifier l'efficience.

6.4.1 Au plan géographique, une offre de soins est mal répartie

D'une manière générale, l'offre de soins est plutôt abondante en France [163]; la densité de médecins pour 1 000 habitants était voisine de celle des pays de l'Union européenne (3,4 *versus* 3,5), celle des infirmiers supérieure (9,6 *vs* 8,4. Les densités de lits d'hospitalisation pour 1 000 habitants étaient aussi supérieures à celles des pays de l'UE (6,2 *versus* 5,2). Les densités d'équipements d'imagerie (IRM et scanner) sont moins élevées que la moyenne des pays de l'UE mais le nombre d'examens réalisés est l'un des plus élevés.

En revanche la répartition de ces ressources sur le territoire national est problématique, sauf exception. Ces disparités s'inscrivent dans des échelles spatiales différentes qui relèvent de réponses différentes en termes de régulation : en proximité (par exemple entre territoires rural et urbain) ces disparités relèvent d'une régulation régionale de la part des agences régionales de santé, avec cependant des contraintes nationales (convention des professionnels libéraux avec l'Assurance maladie par exemple), alors qu'entre les régions la régulation revient à l'État. Ces disparités se traduisent par une accessibilité aux soins différente selon le lieu de résidence des patients, et viennent souvent aggraver les effets des inégalités sociales sur la santé de la population.

En particulier, la répartition des professionnels de santé selon les régions est particulièrement contrastée en 2016[72] : c'est le cas des médecins dont la densité varie d'une région à l'autre d'un facteur 1,8 : moins pour les médecins généralistes (qui varient d'un facteur 1,4) que pour les autres spécialistes (facteur 2,9). Ce thème des « déserts médicaux » est bien connu, et il a fait l'objet de mesures dans le cadre du Pacte santé territoire 2015-2017, sans qu'on dispose d'un bilan de cette initiative. Mais le phénomène est également marqué chez les infirmiers (facteur 1,7) en particulier les infirmiers libéraux ou mixtes (facteur 5,4), chez les chirurgiens-dentistes (facteur 3,0), les pharmaciens (facteur 2,4), les sages-femmes (facteur 2,4), les masseurs-kinésithérapeutes (facteur 3,4) ou les orthophonistes (facteur 4,2).

Ces contrastes régionaux de la densité des professionnels de santé doivent être mis en perspective avec les éléments de prospective d'ici 2030, dont on dispose pour différentes professions dont les médecins [164] et les infirmiers [165]. Ces données suggèrent que les disparités entre régions ne vont pas se corriger spontanément, et rendent nécessaires des mesures par anticipation.

Cette disparité de répartition à large échelle est également notable pour les équipements lourds, en particulier l'imagerie [166] ; ainsi le nombre d'IRM par millions d'habitant en 2016 variait selon les anciennes régions métropolitaines de 10,26 (Auvergne) à 15,68 (Champagne-Ardenne), expliquant en partie de fortes variations de taux d'obtention de rendez-vous (de 12,5% dans le Limousin à 85,5% dans le Nord-Pas-de-Calais).

Les disparités portent enfin dans une moindre mesure sur les capacités des établissements de santé (lits et places) pour lesquels des écarts d'un facteur 1,6 étaient observés en 2012 [167].

[72] Ces ratios ont été calculés à partir des données actualisées disponibles sur le site de la DREES.

6.4.2 Un recours aux soins marqué par d'importantes inégalités sociales

L'effet des inégalités sociales sur l'état de santé (cf. plus haut) se double d'un effet aggravant sur l'accès aux soins de la population, faisant parler de « *double peine* ». Ce constat partagé a conduit à un ensemble de mesures concernant la santé articulées avec la loi de lutte contre les exclusions de 1998 [168], la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU) et au lancement dans chaque région des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (Praps).

Plus généralement, les lois et règlements qui encadrent l'accès aux soins établissent, de façon générale, des principes équitables et même généreux. Cependant, l'application de ces règles est inégale, conduisant à un accès moindre, ou plus tardif, ou moins adapté des usagers aux soins dont ils ont besoin. Ces inégalités de recours aux soins sont bien documentées pour la prévention[73]. Elles s'appliquent également aux soins curatifs (notamment en proximité), se traduisant par des délais d'accès inégaux ; elles portent aussi sur la qualité des soins délivrés, qui n'est pas toujours indépendante du statut social des usagers.

Différents mécanismes de ces inégalités sociales portant sur les soins ont été identifiés. Le niveau parfois élevé des restes à charge[74], en particulier pour certains soins ou biens médicaux, diversement supportés par les patients selon le système d'Assurance maladie complémentaire dont ils disposent, est souvent en cause [169]. L'accessibilité financière des soins est parfois difficile du fait de dépassements d'honoraires [170], en particulier pour les soins médicaux spécialisés ou les prothèses dentaires. Il en résulte un renoncement aux soins bien documenté [171], qui touche de façon préférentielle les usagers en situation sociale difficile.

6.4.3 Une organisation de l'offre de soins déséquilibrée

La forte place du segment hospitalier de l'offre de soins relativement aux soins de ville en France, comparativement aux autres pays développés, est bien établie [172]. Cette structure « hospitalo-centrée » est ancienne, et elle a fait l'objet depuis plusieurs décennies d'une politique soutenue de concentration, avec une importante réduction des capacités hospitalières conventionnelles, notamment pour les maternités [173]. Cette offre hospitalière de recours a été l'objet d'importants efforts de modernisation, d'abord dans les établissements de santé de statut privé, et plus récemment dans les établissements de statut public avec la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT)[174].

Le recours aux médecins de ville (6,3 consultations par an) est sensiblement moins développé en France que dans les autres pays de l'UE (7,5 pour les 15 premiers pays de l'UE et même 8,7 par an pour ceux ayant adhéré depuis 2004). Parmi les causes, on note le faible nombre de médecins généralistes qui caractérise le système de santé français [175], et leur faible structuration pour l'exercice des soins. Certes, l'exercice des médecins en groupe est devenu majoritaire [176], la loi de 2004 a instauré le principe du passage préférentiel par médecin traitant [177], la loi HPST de 2009 a mis en avant le principe des soins de premier recours [178], et la loi de 2016 [179] a défini un cadre général pour l'organisation de ces soins (équipe de soins, primaires, communautés professionnelles

[73] Pisarik J et coll. État de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014 http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/223-etat-de-sante-des-francais-et-facteurs-de-risque.pdf

[74] Le reste à charge des ménages. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche28-3.pdf

territoriales de santé ou CPTS). Des nouvelles modalités d'exercice sous forme de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) ont été expérimentées au cours des dix dernières années, avec des résultats favorables[75] : attractivité pour les jeunes professionnels, notamment en zones rurales ; qualité des soins améliorée ; productivité accrue ; satisfaction des professionnels. Toutefois, ces initiatives ne concernent que moins de 15% des médecins généralistes actuellement, et ces résultats peuvent s'expliquer par la sélection des professionnels les plus motivés et les plus impliqués, autant que par le dispositif de MSP lui-même.

En France les médecins spécialistes de ville aussi nombreux que les généralistes [180], mais leur situation est écartelée entre les soins en cabinet (avec cependant un niveau d'équipement et de regroupement et un système d'information moins développé que dans d'autres pays [181], ce qui permet rarement une alternative à l'hospitalisation) et l'exercice en établissement de santé (qui s'inscrit pleinement dans les soins hospitaliers). En outre leur articulation avec les médecins traitants depuis la mise en place du parcours coordonné de soins est plus ou moins structurée [182].

Dans ces conditions, le « virage ambulatoire » porté par le ministère chargé de la santé[76] repose sur la contrainte exercée sur les établissements de santé, et donne lieu bien souvent à une simple conversion de séjours d'hospitalisation complète en séjours ambulatoires, plutôt qu'au développement de prise en charge à domicile, peut-être en partie du fait de cette structuration insuffisante des soins de ville.

La promotion de la santé a connu un démarrage en France, notamment par le biais des ateliers santé-ville, mais elle reste encore peu développée : inégalement répartie sur le territoire, insuffisamment évaluée, notamment en ce qui concerne sa capacité à réduire les inégalités sociales de santé [183], elle prend d'avantage appui sur la politique de la ville que sur la politique de santé, avec laquelle elle est faiblement articulée.

6.4.4 Une continuité des soins encore problématique

Le chapitre consacré à la prévalence croissante des maladies chroniques, interroge la capacité du système de santé à y répondre par la coordination des multiples intervenants parmi les professionnels de la santé et du travail social, en ville comme dans les établissements de santé, en particulier pour les patients âgés malades et ou dépendants.

Cet enjeu est bien identifié dans le système de santé en France, où il a donné lieu à diverses initiatives et expérimentations de dispositifs [184] (réseaux de santé, filières de soins, MAIA, dispositif Paerpa, Plate-forme territoriales d'appui…). Ainsi la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a mis en avant le nécessaire développement de parcours de santé [185] pour améliorer cette coordination, développer l'usage des moyens de communication, dont la télémédecine, et les systèmes d'informations permettant aux professionnels de mieux coopérer. L'Assurance maladie a développé des initiatives favorisant l'articulation entre sortie des

[75] Mousquès J, Bourgueil Y, ed 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 Rapport n° 559 2014/12

[76] Intervention de Marisol Touraine Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes Commission des comptes de la sécurité sociale http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/290914_-_Intervention_Marisol_Touraine_-_CCSS.pdf

établissements de santé et soins de ville comme les programmes Prado (Programme d'accompagnement du maintien à domicile) [186].

Cependant ces dispositifs, couvrant souvent chacun une population spécifique, se sont plus ou moins superposés, en partie redondants, ajoutant de la complexité et faisant perdre de la lisibilité à l'organisation des soins dans leur ensemble. Leur évaluation n'est pas toujours concluante [187].

De ce fait, les soins restent encore sensiblement fragmentés selon le lieu de production (ville ou hôpital) et les professionnels (médecins généralistes et autres spécialistes, autres soignants, intervenants sociaux et médico-sociaux).

Cette fragmentation et cette coordination partielle des soins sont favorisées par le financement des soins à l'acte (en ville) ou au séjour (dans les établissements) ; elle est entretenue par la trop lente progression des systèmes d'information partagés, se heurtant à des problèmes d'interopérabilité entre établissements et cabinets libéraux, sans aborder la question du dossier médical partagé (DMP)[77]. Elle tient aussi à l'organisation encore préférentielle des soins dans les établissements de santé, malgré le « virage ambulatoire », établissements eux-mêmes fortement spécialisés[78], donc compartimentés.

Cette insuffisante continuité des soins se traduit par des difficultés quotidiennes dans l'orientation des patients âgés ou atteints de maladies chroniques, notamment pour ceux confrontés à des difficultés sociales. Ils représentent également un frein au développement des programmes d'éducation des patients.

La nécessité d'analyser la situation des patients avant de leur proposer une orientation en fonction du degré de complexité que pose leur prise en charge (polypathologies, perte d'autonomie, troubles cognitifs, isolement, autres problèmes sociaux…) fait consensus. Cependant la répartition de cette fonction d'orientation décisive, allant du simple échange d'informations jusqu'à la gestion des cas les plus complexes, au sein du système de santé est partielle ou aléatoire.

6.4.5 La sécurité des patients peut encore être améliorée

Le HCSP avait souligné en son temps la nécessité d'une politique globale, intégrée et pérenne consacrée à la sécurité des patients, enjeu d'importance sur la santé.

Le Programme national de sécurité des patients 2013-2017 a impulsé de multiples actions[79] visant à mieux informer les patients, mieux connaitre les évènements indésirables liés aux soins et à développer la culture de sécurité des professionnels. Ce programme reste à évaluer.

Parallèlement, l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé grâce à leur certification[80], la réorganisation du réseau des agences sanitaires au niveau national et celle en cours au niveau régional, constituent un appui plus solide à la sécurité des patients dans le système de santé.

---

[77] http://www.dmp.gouv.fr/

[78] DREES Panorama de la DREES Santé. Les établissements de santé. Edition 2017 : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf

[79] Programme national pour la sécurité des patients 2013 / 2017 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf

[80] La certification des établissements de santé HAS. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249882/fr/certification-des-etablissements-de-sante

Malgré ces progrès, il est difficile d'affirmer que la culture de sécurité a progressé. Les enquêtes ENEIS, réalisées en 2004 et 2009, n'ont pas montré de progrès sensibles dans les risques liés aux soins [188] malgré des efforts importants. Les patients sont encore peu associés à leur propre sécurité, malgré des propositions dans ce sens[81]. La formation des professionnels en matière de sécurité des soins reste largement cloisonnée par discipline, alors que l'organisation des soins en équipe devient la règle. Le développement de la sécurité des soins de ville est sensiblement moins avancé que dans les établissements de santé, et celui des établissements médico-sociaux commence juste à se structurer.

6.4.6 Une réelle innovation dans le champ des soins, mais mal maitrisée

Les innovations dans les soins ont une place privilégiée en France, grâce aux retombées favorables de la recherche clinique. La diffusion de ces nombreuses innovations est un enjeu important pour en faire bénéficier rapidement les patients concernés. Cette diffusion implique une évaluation des différentes dimensions de ces innovations, la fixation d'un prix, et le suivi de leur utilisation, et d'éventuels effets indésirables parfois imprévisibles.

Dans le système de santé français, les médicaments, et dans une moindre mesure les dispositifs médicaux, font l'objet d'un tel dispositif d'évaluation et de suivi, avec des plans de gestion des risques et des études post-inscription, portés par l'ANSM et la HAS. Ce dispositif répond aux attentes, même si il peut présenter ponctuellement des dysfonctionnements.

Cependant un tel dispositif n'existe pas pour les autres soins, comme les actes chirurgicaux, les soins infirmiers ou de rééducation. La recherche clinique produit certes des innovations dans ce domaine, mais leur évaluation, leur diffusion, leur financement et leur suivi ne sont pas aussi structurés que pour les médicaments.

Ainsi, la diffusion des innovations dans les soins est mal maitrisée, retardant l'accès à des soins efficaces, favorisant la persistance de certains soins désormais obsolètes, faute de substitution par les innovations, permettant la diffusion de soins innovants alors qu'ils sont peu ou non évalués [189], rendant possible la découverte de complications tardives dont le risque n'avait pas été anticipé.

6.4.7 Une efficience des soins encore insuffisante en France

Le niveau des dépenses courantes de santé est élevé, compte-tenu du PIB [190], mais correspond à celui d'autres pays développés qui lui sont comparables comme la Suisse, le Japon, la Suède ou l'Allemagne (sans parler des États-Unis). Ces dépenses ont connu une croissance rapide, posant d'importantes difficultés pour leur financement. Les lois de financement de la Sécurité sociale, introduites par les ordonnances de 1996, ont permis de réduire cette croissance et de mieux la financer en définissant annuellement un objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam), décliné en enveloppes sectorielles et régionalisées. L'Ondam a été globalement atteint ces dernières années. Néanmoins les comptes de la branche maladie de la Sécurité sociale restent déficitaires [191]. Ce besoin de financement conduit l'Assurance maladie à un endettement cumulé croissant, posant d'abord un problème macroéconomique.

[81] C Compagnon V Ghadi. « Pour l'An II de la Démocratie sanitaire » 14 février 2014 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_DEF-version17-02-14.pdf

L'efficience des soins qualifie le rapport entre les ressources consacrées aux soins et les résultats correspondant en termes de santé de la population (analyse médico-économique). Un même niveau de ressources peut donner lieu à des soins différents conduisant à des effets différents sur la santé de la population. Cette question pose quant à elle un problème de santé publique au sens où une meilleure utilisation des ressources, avec des choix de soins différents, auraient pu permettre de meilleurs résultats concernant la santé de la population.

Les comparaisons internationales amènent à considérer que cette efficience des soins est perfectible en France. Ce jugement critique s'appuie notamment sur le constat des taux élevés de recours à l'hospitalisation et la durée moyenne plutôt longue des séjours [192], le développement partiel des prises en charge hospitalières de jour[82], la surconsommation de médicaments [193], la faible pertinence de certains actes de soins, ou de certains séjours [194]. Cette pertinence insuffisante s'explique par les difficultés d'organisation et de fonctionnement déjà évoquées.

6.4.8 La gouvernance du système de santé reste à clarifier

Même si l'OMS invite régulièrement les États membres à orienter leurs politiques vers des objectifs d'amélioration de la santé des populations, et si l'Union européenne commence à prendre en compte certains aspects de la santé dans ses directives, les questions de santé publique restent pour l'essentiel une question nationale dont chaque état assume les choix. Ce principe de la compétence générale de l'État dans le champ de la santé et des soins est rappelé dans les lois de santé successives.

Toutefois, la régulation du système de santé est d'une grande complexité, et les seules ressources de l'État sont insuffisantes pour l'assurer de façon satisfaisante. De fait le pilotage du système de santé est l'objet d'une gouvernance délicate, qui amène l'État à déléguer plus ou moins certaines procédures de régulation à d'autres institutions.

Ainsi :

- Les « crises sanitaires » successives qui ont émergé à partir des années 1980 ont conduit l'État à constituer un important dispositif d'agences sanitaires, la Haute Autorité de santé ; mais la complexité des soins et leur constante évolution rendent difficile le contrôle par l'État de ces agences, compte-tenu des moyens dont dispose le ministère chargé de la santé.
- Après regroupement des missions de régulation des établissements de santé au niveau régional par les ARS, l'Assurance maladie a conservé de fait un rôle majeur dans la régulation de l'offre de soins de ville, notamment par le biais des négociations conventionnelles avec toutes les professions de santé libérales, mais plus largement par le biais de son remarquable système d'information (Sniiram) et de son réseau de praticiens conseils experts dans les soins. Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) entre Etat et Cnamts ont certes explicité le contenu et les modalités de cette délégation, mais la maitrise, et le cas échéant l'adaptation à la situation de chaque région de cette régulation, sont hors de portée des ARS.

[82] DREES Panorama de la DREES Santé. Les établissements de santé. Edition 2017 : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf page 25.

- L'accentuation de la déconcentration dans le champ de la santé et des soins a conduit à *« faire le choix de l'action territoriale avec les agences régionales de santé»* [195], mais l'encadrement étroit dont sont l'objet les ARS (Secrétariat général des ministères sociaux), les multiples instructions qui encadrent dans le détail l'activité des ARS, la nécessaire mise en œuvre régionale des mesures contenues dans les plans et programmes nationaux de santé publique, ainsi que la logique des Programmes régionaux de santé fondée sur un schéma d'organisation plus que sur celle d'objectifs et de programmes d'action limite sensiblement la marge de manœuvre des ARS. De fait, les évaluations de plans et programmes conduites par le HCSP ont souligné fréquemment les difficultés du déploiement régional des actions [196].
- En l'absence de décentralisation, les collectivités territoriales n'ont pratiquement pas de compétences dans le champ de la santé et des soins. Cependant, leurs initiatives et leur implication restent essentielles pour agir sur les déterminants de la santé en dehors des soins, et leur poids pour développer la promotion de la santé est incontournable.

Par ailleurs, l'équilibre de l'action du ministère chargé de la santé entre les mesures qui relèvent du fonctionnement habituel de l'offre de soins, et celles qui relèvent de plans et programmes de santé publique n'est pas stabilisé ; la multiplication de ces plans et programmes dans les suites de la loi de santé publique de 2004, a conduit à une perte de lisibilité des priorités, à la formulation de plans et programmes faiblement dotés en ressources, donc perçus comme mineurs, et à une complexité accrue dans la gouvernance du système de santé, écartelée entre celles de chaque plan ou programme, et celle, mobilisant la part principale des ressources, consacrée au fonctionnement « ordinaire » du système, à côté des plans et programmes. Plus récemment, l'émergence des « stratégies nationales » a redonné force à une logique d'objectifs et à la longue durée, mais la mise en œuvre de ces objectifs à plus court terme et l'affectation des ressources en conséquence de ces objectifs restent à établir : la future Stratégie nationale de santé devrait y répondre.

6.4.9 La qualité de vie au travail des professionnels de santé, une prise de conscience institutionnelle

L'approche écologique des systèmes nous indique que l'efficience d'un système serait en partie déterminée par ses capacités à disposer de ressources de qualité. L'état actuel de santé physique et mentale au travail des ressources humaines (RH) dédiées à la fourniture des soins questionne profondément la capacité de notre système à se développer de manière durable. Les RH de la santé représentent des effectifs importants, environ 1,6 millions d'emplois (soit 6% de la population active) et un poids budgétaire majeur (à titre d'exemple, près de 70% des dépenses de fonctionnement hospitalier sont des dépenses de personnel). Mais parallèlement, les données sociales disponibles livrent des indicateurs RH relativement inquiétants : taux d'absentéisme élevé (plus de 14% en 2016 selon sondage Sofres), exposition importante aux risques professionnels, notamment aux troubles musculo-squelettiques (TMS) et aux risques psycho-sociaux (Dares, Enquête Sumer, 2015[83]), intention fréquente de quitter la profession (Estryn-Behar, 2008 ; Estryn-Behar, Leimdorfer, & Picot, 2011) [197].

[83] http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2015-003.pdf

Il faut constater que le sujet de la qualité de vie au travail des professionnels de santé fait l'objet d'une prise de conscience institutionnelle récente au niveau français et international : le « *burn-out* » des professionnels, notamment des médecins, est actuellement considéré comme un problème de nature épidémique [198]. En 2014, la HAS a introduit une référence explicite à la qualité de vie au travail dans la certification des établissements de santé. Fin 2016, la ministre de la santé a présenté une Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail : *« Prendre soin de ceux qui nous soignent »*. Son plan se décline en deux volets, hospitalier et ambulatoire, réunis autour de 3 axes : faire de la qualité de vie au travail une priorité politique, améliorer les conditions de travail du quotidien, mieux accompagner les professionnels de santé au changement et à la détection des risques psychosociaux.

Au sein de la recherche sur les services de santé (*Health Services Research*), plusieurs travaux scientifiques s'intéressent au lien entre les facteurs contextuels de travail (environnement physique, culture managériale, climat organisationnel, conditions de travail) et l'amélioration de l'efficacité, de l'efficience, de la pertinence et de la sécurité des soins. Illustrant ce type de recherche académique, les études nord-américaines sur les *Magnet Hospitals* montrent par exemple qu'un hôpital « aimant » est un hôpital alliant performance et bien-être au travail (Brunelle, 2009 [199] ; Sibé et Alis, 2015 [200]), rendant la gestion des ressources humaines plus stratégique encore qu'elle n'y paraît, pour résoudre à la fois les problèmes d'attractivité et de fidélisation des personnels, mais aussi pour contribuer à des soins plus sûrs et de meilleure qualité. D'autres travaux identifient également l'importance des contextes de travail comme vecteurs de l'amélioration de la sécurité des soins pour le patient (Spence Laschinger et Leiter, 2006 [201]) [202].

6.5 Les facteurs de risque génétiques

Parmi les facteurs de risque de développer des maladies, les facteurs héritables par le biais de mutations génétiques constitutionnelles délétères (MCD) font l'objet d'une grande attention médiatique et d'une attente sans doute sur dimensionnée de la part de la population.

Le cadre classique de cette médecine, en partie anticipatrice, peut se résumer par la séquence suivante (simplifiée) :

- 1ère étape : répétition jugée anormale de pathologies identiques dans une famille ou, à partir d'un tableau clinique évocateur, suspicion de l'implication d'une MCD.
- 2ème étape : consultation auprès d'un médecin habilité et formé, travaillant dans une équipe multi disciplinaire, qui valide l'hypothèse, cible les gènes à tester, informe la personne et propose un consentement à la réalisation des tests.
- 3ème étape : remise des résultats et selon les cas mise en place de protocole de prévention et/ou de dépistage (bonnes pratiques ou délibéré en réunion de concertation pluridisciplinaire - RCP), gestion de l'information familiale.

Cette séquence d'une grande qualité, très fortement implantée en France (en particulier en cancérologie), va se voir déstabiliser par les innovations technologiques multipliant le nombre de gènes testés et ainsi le nombre d'anomalies découvertes (découvertes inattendues, incidentales, non-sollicitées).

Ces facteurs génétiques ne peuvent être modifiés pour l'instant, mais pourront l'être probablement à moyen terme. Cependant, leurs conséquences peuvent être prise en charge et diminuées par le système de santé d'où l'intérêt de développer les méthodes permettant un diagnostic fiable et pouvant déboucher sur une prise en charge à défaut de déboucher sur un traitement curatif. De ce point de vue le développement des plateformes de séquençage est un acquis important. De même, les réflexions menées par différents groupes de travail, comme dans le cadre du programme France Médecine Génomique 2025 (piloté par la DGS), permettent d'anticiper les problèmes notamment éthiques posés par le développement de ces diagnostics génomiques.

7 Propositions de stratégies d'action

Prenant en compte les grands problèmes de santé et leurs déterminants, le HCSP recommande de définir une Stratégie nationale de santé selon 4 principes de stratégies d'action, 5 axes et propose une méthodologie de mise en œuvre.

7.1 Les quatre principes

7.1.1 Principe 1 : La santé comme objectif de toutes les politiques

- Privilégier une approche interministérielle
- Impliquer et mobiliser toutes les collectivités territoriales et locales
- Penser les conséquences à long terme des politiques mises en œuvre
- Mettre en œuvre un dispositif d'évaluation d'impact sur la santé de toutes les politiques
- Considérer systématiquement les questions environnementales

Ce principe d'action a été proposé par l'union européenne en 2006 sous la présidence finlandaise [84] puis repris par l'organisation mondiale de la santé sous le terme HIAP, Health in All Policies dans la déclaration de Rio sur les déterminants de la santé et en 2014 lors de la 67ième assemblée mondiale de la santé (Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé. WHA 67.12).[85] Cette approche pour être efficace doit être déclinée à tous les échelons, nationaux, régionaux et locaux [86]

Une approche par déterminants oblige à considérer les facteurs facilitants ou au contraire limitant le développement de ces déterminants. Si l'approche par pathologies ou par problèmes de santé justifie la mise en place de mesures la plupart du temps limitées au système de soins, voire au système de santé, le développement d'une approche préventive nécessite la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs de secteurs différents.

Le HCSP a souvent noté la nécessité de mobiliser plusieurs ministères ou a été amené, lors de ses travaux d'évaluation, à attirer l'attention sur des degrés de mobilisation très différents selon les secteurs. Ainsi, lors de l'évaluation de dix ans de politique contre le cancer, le HCSP a recommandé de promouvoir une approche intersectorielle et interministérielle en capacité d'agir avec efficacité sur les déterminants de santé, et de la décliner localement[87].

Tous les secteurs peuvent donc être impliqués dans une politique d'amélioration de l'état de santé de la population et ce à différents niveaux.

---

[84] Ollila E et al. (2006). Health in All Policies in the European Union and its member states. Policy brief. Brussels, European Commission DG Health and Consumer Protection http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/ action1/docs/2005_1_18_ frep_a4_en.pdf

[85] http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R12-fr.pdf

[86] https://ec.europa.eu/health/health_policies/policy_en

[87] http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20160408_evalpolitiqueluttecontrecancer.pdf

❖ *Privilégier une approche interministérielle*

La nécessité de mobilisation interministérielle se retrouve à plusieurs niveaux : la conception des politiques de santé à travers les stratégies, plans et programmes, mais aussi le pilotage avec un renforcement des capacités de pilotage de la santé publique par le ministère en charge la santé, dans un cadre et à un niveau permettant de rendre effective la dimension interministérielle.

De telles structures ont été mises en place comme par exemple le Comité interministériel pour la santé créé par le décret n° 2014-629 du 18 juin 2014. Ce comité a des missions importantes qui reprennent une partie des recommandations émises par le HCSP. Ainsi il doit veiller à :

- l'amélioration de l'état de santé de la population et à la réduction des inégalités de santé ;
- la prise en compte de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques ;
- une coordination des politiques publiques en faveur de la santé assurée au niveau régional.

L'article D. 1411-31 prévoit que « *Le comité interministériel pour la santé est présidé par le Premier ministre ..... et peut entendre en tant que de besoin notamment le président de la Conférence nationale de santé, le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie et le président du Haut Conseil de la santé publique* ».

D'autres structures comme la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), créée en 1982, permet une mobilisation interministérielle qui toutefois a été considérée à plusieurs reprises comme insuffisante.

La mobilisation du ministère de l'Éducation nationale sur le parcours éducatif de santé sera de ce point de vue un indicateur important du décloisonnement des problèmes de santé et du développement d'une approche populationnelle[88] [89].

Le HCSP recommande donc le développement de cette approche interministérielle lors de la mise en œuvre de la SNS, considérant qu'il s'agit d'une condition essentielle de réussite de la lutte contre des déterminants négatifs de la santé.

❖ *Impliquer et mobiliser toutes les collectivités territoriales et locales*

Le rôle des collectivités territoriales et locales dans l'état de santé de la population est majeur quelles que soient leurs compétences réglementaires. Dès lors que l'on considère la santé et non la seule délivrance des soins et que l'on développe une approche populationnelle, les réponses doivent être envisagées à l'échelon de ces collectivités. La crise économique a renforcé les risques de rupture du lien social, entre territoires et entre quartiers d'une même ville, avec de probables conséquences sanitaires. Le tissu associatif est essentiel à la vie des quartiers qualifiés de défavorisés, dans lesquels il importe de maintenir et de développer ces liens sociaux. Le contexte d'une polarisation du

[88] http://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-sante.html

[89] https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/32/5/Guide_PES_v6_688325.pdf

territoire en termes de développement socio-économique et d'accès aux services ne devrait pas être aggravé par l'installation de zones de désertification médicale.

De multiples mesures contribuent à ces objectifs : le soutien financier à la vie associative, comme élément essentiel de la solidarité et du lien social ; la lutte contre l'habitat insalubre, surpeuplé, l'errance, la précarité locative, l'absence de logement et l'aide aux personnes pour défendre leurs droits, la mixité sociale dans les communes et à l'école. Il importe de les préserver voire de les renforcer pendant cette dernière crise.

La lutte contre les inégalités territoriales et la tendance à la métropolisation du territoire, tant au niveau de l'emploi que des services est donc un enjeu de santé au même titre qu'une politique d'accessibilité territoriale aux soins, les deux ayant tendance à entrer en synergie.

❖ *Penser les conséquences à long terme des politiques mises en œuvre*

Les données scientifiques ont clairement établi le rôle de nombreux déterminants socio-économiques sur l'état de santé. Leurs caractéristiques sont de mieux en mieux connues.

Deux d'entre elles sont essentielles pour les politiques publiques. L'action des déterminants de santé s'exerce tout au long de la vie et une exposition, notamment dans l'enfance est susceptible d'avoir un impact sur la santé plusieurs décennies plus tard. Cet effet retardé s'observe à tous âges de la vie. Il devient donc impératif d'évaluer *a priori*, puis de suivre, l'impact des politiques sur l'état de santé et l'équité, à court, moyen et long terme, puisque la santé dans l'enfance et l'adolescence conditionne l'incidence des maladies chroniques et leur répartition sociale des futures générations. Il en est également ainsi pour la prévention de la dépendance des personnes âgées qui se construit pendant la période active, notamment au travail. La deuxième caractéristique de ces déterminants de santé est de se retrouver dans l'ensemble des politiques. Il est essentiel de mieux assurer la transversalité des politiques publiques agissant sur différents déterminants de la santé.

Cela suppose de **pouvoir évaluer l'impact sur la santé et sur les inégalités sociales de santé de toutes les politiques, avant qu'elles ne soient appliquées, en considérant à la fois le court et le long terme. Ces évaluations d'impact nécessitent pour l'État de disposer d'un dispositif permettant de mener à bien ces évaluations prospectives basées sur un travail en intersectorialité, examinant les diverses politiques, de santé, sociales, environnementales, de transport, fiscales.** Ce dispositif d'évaluation prospective pourrait être un outil d'expertise conseillant le Comité interministériel pour la santé (cf. infra).

❖ *Mettre en œuvre un dispositif d'évaluation d'impact sur la santé de toutes les politiques*

La démarche d'évaluation d'impact en santé (EIS) permet d'identifier, à l'aide d'informations scientifiques et contextuelles et d'outils variés, les effets potentiels d'un projet ou d'une politique sur la santé d'une population et sur la distribution de ces effets selon différents groupes. Il s'agit d'une démarche d'évaluation anticipative, dynamique, intersectorielle et participative qui est fondée sur une approche globale de la santé *via* l'étude de l'ensemble des déterminants de santé. L'EIS est particulièrement pertinente pour l'examen des impacts de politiques pouvant avoir des effets directs ou indirects complexes, impliquant une diversité d'acteurs et d'institutions, et intéressant des populations composites aux profils sociodémographiques variés. Par leur caractère participatif, les EIS permettent de dégager des mesures et des solutions visant à diminuer les effets négatifs et accroître les effets positifs d'un projet en amont de sa réalisation.

La formation des acteurs de la santé à la démarche EIS doit être développée et le recours à cette approche étendue à un grand nombre de politiques publiques (politiques de santé, politiques urbaines, environnementales, sociales …).

Le HCSP recommande donc que la démarche d'évaluation des impacts en santé soit systématiquement utilisée lors de la conception des politiques dans différents secteurs et ce, de façon très large. Cette approche suppose la mise en place de formations adaptées des décideurs à différents niveaux et l'accès pour eux à des pôles d'expertise permettant de mettre en œuvre cette méthodologie.

- *Considérer systématiquement les questions environnementales*

Dans l'effort général visant à réduire la pollution atmosphérique, un accent particulier doit être porté sur les territoires où résident des populations modestes au plan socio-économique ainsi que là où la présence de sources industrielles ou la présence de voiries à fort trafic automobile conduit à des concentrations élevées des polluants réglementés.

Certaines populations présentent une sensibilité particulière aux effets nocifs de la pollution atmosphérique. Les âges extrêmes (jeunes enfants et personnes âgées) sont des périodes de plus grande sensibilité, mais au-delà de l'âge, le contexte socio-économique a aussi maintenant été démontré comme un facteur de vulnérabilité : en raison du cumul de facteurs de risque (régime alimentaire déséquilibré, faible niveau d'exercice physique, temps passé dans les transports pour se rendre au travail, expositions professionnelles, médiocre qualité de l'air dans l'habitat…) les personnes de condition modeste sont plus affectées par les conséquences de l'exposition à la pollution atmosphérique que les personnes plus favorisées.

C'est donc par les politiques d'aménagement urbain qu'il est possible de tenir compte de ces populations vulnérables et d'agir à la source sur l'exposition de la population aux polluants : réduction de la part des véhicules à énergie thermique pour le transport des personnes et des marchandises, particulièrement en zones denses d'habitat ; « verdissement » de la ville, notamment dans les secteurs où résident des populations de condition socio-économique modeste ; lutte énergique contre la précarité énergétique pour l'habitat.

Des mesures sont également à prendre vis-à-vis des écoles et des crèches proches de grands axes routiers pour une protection des enfants, la pollution atmosphérique étant un facteur d'aggravation des pathologies respiratoires de la petite enfance et étant potentiellement responsable d'une fraction non négligeable de l'asthme infantile. Elles pourraient comporter l'interdiction de construction de crèches et d'écoles maternelles à proximité de zones de trafic intense, voire leur déplacement quand les mesures de qualité de l'air montrent une exposition inacceptable.

La plantation de végétaux pouvant piéger les polluants atmosphériques peut également être envisagée.

Le HCSP recommande que la question des enjeux environnementaux et de leur relation avec la santé soit systématiquement posée lors de la conception des politiques publiques et ce, aux différents niveaux.

7.1.2 Principe 2 : Une lutte résolue et active contre les inégalités territoriales et sociales de santé

- Afficher l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et les intégrer dans le suivi des indicateurs
- Considérer la réduction des ISS comme un objectif à tous les âges
- Veiller à l'équité dans l'accès aux soins
- Faire de la réduction des inégalités de santé une priorité dans l'enfance

Le HCSP a été précurseur dans ce domaine qu'il a abordé dès sa première mandature et poursuivi par un groupe de travail *ad hoc* lors de la seconde. Il a publié un rapport consacré aux inégalités sociales de santé. Ce thème est systématiquement l'objet d'une évaluation dans tous ses travaux. En effet, comme l'a préconisé le HCSP, cette question doit être posée lors de la conception de chaque politique de santé, stratégie, plan ou programme. Il était donc pertinent de la poser lors de chaque travail d'évaluation, qu'il y ait ou non de mesures spécifiques prévues dans le plan d'actions évalué.

Une lecture transversale des travaux du HCSP suggère que les inégalités sociales de santé sont mieux prises en compte qu'auparavant. L'évaluation de dix ans de politique de lutte contre le cancer montre par exemple que la réduction des inégalités n'était pas clairement un objectif des Plans cancer 1 et 2. En revanche, les travaux préparatoires du Plan cancer 3 et le Plan cancer 3 lui-même, font de la réduction des inégalités un objectif important des prochaines années. Le Plan national maladies rares ne prévoyait aucune mesure spécifique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Par ailleurs, un certain nombre de mesures ont permis de réduire les inégalités territoriales de santé par un meilleur accès aux soins. Cependant, les PNSE2 et 3 intègrent les inégalités socio-territoriales de santé comme des éléments structurants sans toujours se donner les moyens qui en découleraient.

Ainsi, une question qui n'était pas inscrite dans les plans et programmes les plus anciens, évalués par le HCSP, est maintenant inscrite comme un objectif des politiques publiques de santé. La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 fixe la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé comme le premier objectif du projet régional de santé. L'évaluation de ces plans et programmes plus récents montrera dans quelques années les progrès réalisés ou non dans ce domaine.

Si la réduction des inégalités sociales de santé est maintenant un objectif clairement identifié des politiques de santé, le mode opératoire reste encore problématique. Les plans et programmes les plus récents sur lesquels HCSP a eu à se prononcer, comme l'avis sur les indicateurs du Plan cancer 2014-2019, ceux du PNSE 2015-2019, montrent que la mise en œuvre d'actions permettant d'obtenir une telle réduction est encore peu précise. Les principes de réduction des inégalités sociales de santé, maintenant admis comme l'universalisme proportionné[90] ou l'augmentation du niveau de

[90] L'universalisme proportionné est un concept défini par Sir Michael Marmot dans son rapport établi à la demande du ministère de la santé britannique (2010). Une société juste, des vies en santé : rapport critique et stratégique sur les inégalités de santé ["Fair society, healthy lives: A strategic review of health inequalities in England post-2010"]. Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de

littératie en santé (*Health literacy*), sont peu invoqués et les mesures envisagées encore très générales.

La situation des inégalités territoriales de santé est bien différente. Alors que de multiples analyses portant sur l'état de santé et sur l'offre de soins ont montré, depuis longtemps, d'importantes inégalités inter-régionales (voir notamment les travaux de la Drees), qui n'ont aucune tendance à la réduction dans les dix dernières années, la lutte contre ces inégalités ne figure toujours pas à l'agenda politique. Le HCSP pour sa part n'a pas spécifiquement investi cette question, dont l'enjeu est pourtant particulièrement important à un moment où les orientations introduites par la loi de modernisation de notre système de santé visent à accroître la marge de manœuvre des ARS : les ressources disponibles en région, telles qu'elles sont actuellement distribuées, risquent de faire obstacle à toute réduction de ces inégalités sanitaires.

La crise de 2008 a créé un contexte particulier de creusement des inégalités de santé[91]. Pour prendre en compte cette évolution péjorative récente, le HCSP a proposé des mesures spécifiques.

La crise économique a pour conséquence d'aggraver les conditions de vie des personnes et des populations disposant le moins de ressources sociales, économiques, financières ou culturelles. Cette situation porte en elle le risque d'aggraver le creusement des inégalités sociales de santé. Il est nécessaire, à court terme, de développer ou renforcer les politiques palliatives et redistributives.

Sur le long terme, des mesures de restriction budgétaire, de réduction d'investissement public, voire d'austérité, peuvent avoir de sérieux impacts sanitaires, qu'il importe d'évaluer lors de la mise en œuvre de toutes les politiques. Elles sont susceptibles également de creuser les inégalités sociales de santé. La santé apparait de plus en plus comme un bien commun, engageant le long terme, impliquant que les décisions politiques s'inscrivent dans une perspective de « santé durable ». L'apport du Comité Interministériel pour la santé pourrait être déterminant dans ce contexte.

Pour mettre en œuvre ce principe, le HCSP propose les quatre points suivants à considérer systématiquement dans la SNS.

❖ *Afficher l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et les intégrer dans le suivi des indicateurs*

Il existe depuis longtemps des dispositifs de lutte contre la précarité, la pauvreté et l'exclusion sociale, dont certains sont en rapport avec la santé et l'accès aux soins, tels que la couverture maladie universelle (CMU). Cependant, les inégalités sociales de santé ne concernent pas seulement les personnes les plus précaires, c'est-à-dire les plus vulnérables socialement et économiquement. Il s'agit en effet d'un gradient qui traverse l'ensemble de la population. Ce dernier se traduit par des différences entre les niveaux de l'échelle sociale qui ne concernent pas uniquement les catégories extrêmes. Ce constat appelle donc des mesures, qui ne soient pas ciblées sur certains groupes, mais intégrées à tous les niveaux du système de santé, afin de toucher l'ensemble de la population (Cf. universalisme proportionné).

---

santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale.

[91] Rapport du HCSP sur les inégalités sociales de santé https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj74v2F3LrVAhXKlxoKHaMMCC4QFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hcsp.fr%2Fexplore.cgi%2Fhcspr20091112_inegalites.pdf&usg=AFQjCNFvWJiM3H7v_TvAAtCOgGH9tcP5kA

Produire et analyser de façon régulière des données permet d'avoir des indicateurs déclinés en fonction des catégories socioéconomiques et des zones géographiques. Ces indicateurs doivent se situer aux différentes étapes de la maladie et du parcours de soins (facteurs de risque, fréquence de maladie, diagnostic, accès primaire et secondaire aux soins, mortalité).

❖ *Considérer la réduction des ISS comme un objectif à tous les âges*

Les travaux conduits dans le domaine de l'épidémiologie du cours de la vie (*lifecourse epidemiology*) et, plus récemment, de l'épigénétique, soulignent le rôle des premières années de vie sur la santé à l'âge adulte. Le niveau de pauvreté des enfants s'est aggravé durant la dernière crise économique. Un rapport du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef) en 2015 a attiré l'attention sur les conditions de vie des enfants en France. Ils étaient 3 millions à vivre dans la pauvreté, 9 000 vivant dans des bidonvilles, 30 000 étant sans abri et 140 000 quittant l'école chaque année. Le nombre d'enfants migrants non accompagnés est de l'ordre de 10 000. La crise économique semble donc avoir un effet majeur : le nombre d'enfants définis comme pauvres a augmenté de 440 000 entre 2008 et 2012 [Unicef 2015]. **Les conséquences à en tirer ne peuvent l'être qu'en termes de prévention et de modification des conditions de vie des enfants**, sans idée de suivi individuel. Les déterminants évoqués concernent aussi bien les conditions de vie de l'enfance, que celles de la grossesse ou les conditions socio-économiques de vie des familles.

❖ *Veiller à l'équité dans l'accès aux soins*

➢ Vis-à-vis des populations en situation de précarité

Il s'agit des populations les plus vulnérables lors d'une crise économique. Les dispositifs d'urgence ne peuvent suffire, dès lors qu'il s'agit d'une situation dont on peut craindre qu'elle ne se résolve pas rapidement**. Il est donc essentiel de renforcer les politiques de lutte contre la précarité en faveur des populations les plus pauvres et sans-domicile fixe, veiller à la qualité de vie et à la continuité de la scolarité des enfants dans ces dispositifs.**

La précarité énergétique et l'insécurité alimentaire concernent les services sociaux et les professionnels de santé mais impliquent les politiques économiques, les revenus, la distribution de l'énergie et les politiques agricoles et agro-alimentaires.

➢ Vis-à-vis de l'ensemble de la population

La protection sociale a eu un effet protecteur partiel sur les effets de la crise économique actuelle (depuis 2008). Il importe de maintenir et renforcer ce niveau de protection sociale. L'évolution rapide des situations sociales (perte d'emploi, séparation d'un couple, survenue de maladie grave …) a des conséquences quasi-immédiates sur les revenus d'une personne ou d'un ménage. Les aides sociales doivent pouvoir suivre ces évolutions brutales en améliorant leurs capacités de répondre rapidement. La crise impose d'accentuer le caractère redistributif de notre système de protection sociale et d'évaluer ses effets sur la santé et le bien-être des enfants. **Il s'agit d'encourager des dispositifs permettant de mieux intégrer les services sociaux et sanitaires de premier recours (travail des médecins généralistes avec des assistantes sociales, ou présence d'assistantes sociales dans les maisons pluriprofessionnelles)**.

❖ *Faire de la réduction des inégalités de santé une priorité dans l'enfance*

La faiblesse des politiques de réduction des ISS chez les enfants, soulignée dans un rapport récent de l'Igas, n'a guère évolué. Si l'impact des politiques familiales est susceptible d'être protecteur pour les enfants, il est nécessaire d'en évaluer les effets.

Il est urgent pour eux-mêmes aujourd'hui, et pour leur état de santé lorsqu'ils seront adultes, de lutter contre la pauvreté de tous les enfants. Par ailleurs, l'école joue un rôle majeur dans la construction personnelle des enfants et des adolescents. Certaines des propositions de la loi pour la refondation de l'école et la Stratégie nationale de santé sont donc essentielles. Il s'agit de faire de l'école un lieu promoteur de bien-être, de réussite éducative, d'épanouissement pour tous et de lutte contre les inégalités de santé.

Renforcer la capacité de l'école à repérer les besoins de santé des enfants et des adolescents, orienter vers les ressources disponibles du territoire de santé, et suivre l'efficacité des mesures correctrices, mettre en place un dispositif pluri professionnel, incluant les parents d'élèves, dédié à la santé des enfants d'âge scolaire, travaillant sur l'école et son environnement (professionnels de santé, collectivités territoriales, réseaux associatifs) sont des politiques qui préparent l'avenir de notre paysage sanitaire. **La question du développement de l'enfant et de l'adolescent est un enjeu majeur, en face duquel la relative faiblesse de l'effort de recherche est frappante. Il est urgent de susciter des travaux de recherche, la création d'unités et laboratoires de recherche et le recrutement de chercheurs sur ce thème**.

7.1.3 Principe 3 : Une approche territorialisée de la Stratégie nationale de santé

- Le développement d'une Europe de la santé
- L'articulation des politiques nationales et régionales

Le HCSP a souvent noté lors de ses travaux des problèmes de coordination entre les différents échelons chargés de la mise en œuvre des politiques de santé publique. Il a semblé nécessaire au HCSP que ce point soit systématiquement considéré et précisé dans la définition de la politique de santé déclinant la Stratégie nationale de santé comme dans sa mise en œuvre aux différents échelons territoriaux.

❖ *Le développement d'une Europe de la santé*

La Direction générale de la santé de la Commission européenne porte l'ambition depuis plusieurs années d'une stratégie commune en matière de santé, en dépit d'une souveraineté nationale de l'action publique dans ce domaine.

En effet, l'efficacité sanitaire exige aujourd'hui plus qu'hier la coopération des Etats membres pour régler notamment les impacts transfrontaliers de la lutte contre les pandémies et le bioterrorisme. Afin de peser dans les choix économiques européens, cette stratégie s'appuie sur la Charte des droits fondamentaux européens et sur différents traités (Maastricht-1992, Amsterdam-1997, Lisbonne-2007), qui affirment successivement des compétences sanitaires axées sur la protection de la santé humaine comme composante de toutes les politiques et actions de la Communauté.

Actuellement, deux documents d'orientations générales illustrent la volonté européenne : Ensemble pour la santé (2008-2013) et Investir dans la santé (2014-2020) (cf. annexe. Stratégie européenne en matière de santé). Ces priorités restent[92] :

- la prévention, qui passe notamment par le fait d'encourager des modes de vie plus sains;
- l'égalité des chances en matière de santé et de soins de qualité (indépendamment des revenus, du sexe, de l'origine ethnique, etc.);
- la lutte contre les menaces sanitaires graves pesant sur plusieurs pays de l'UE;
- le maintien des personnes âgées en bonne santé;
- la promotion de systèmes de santé dynamiques et des nouvelles technologies.

Ces mécanismes d'action reposent sur :

- la législation et la définition de normes réglementaires ou de recommandations de santé publique applicables aux produits et services en matière de santé, ainsi qu'aux patients ;
- les instruments financiers, tel le programme 2014 -2020 en cours, doté d'une enveloppe globale de 449,4 millions d'euros, et géré avec l'aide de l'Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation (Chafea) ainsi que le relais des points de contact nationaux dans les 28 pays membres de l'UE et les autres pays participants ;
- la coopération.

Ce projet stratégique est au service des objectifs généraux de « Europe 2020 », qui visent une économie de l'UE intelligente, durable et inclusive, au service de la croissance pour tous. Il faut ici souligner les efforts de discours déployés par la Direction générale de la santé européenne, pour faire accepter son intégration dans l'action politique communautaire. Imposer une vision et une visibilité de la santé, dans un cadre européen principalement focalisé sur le modèle économique du social de marché, nécessite une logique HiAP - *Health in All Policies*, inspirée par la doctrine de l'OMS : *« en n'insistant pas tant sur les impacts des autres politiques sur la santé que sur les impacts de la santé sur les autres politiques (…). Il s'agit de montrer qu'intégrer la santé dans les politiques de l'UE peut contribuer à la croissance économique. »* (Guigner, 2016 [203]).

Dès lors, la santé n'est plus simplement une valeur en soi, mais doit aussi être envisagée comme une arme économique. Investir dans la bonne santé du capital humain devient la condition préalable de tout projet de productivité et d'accroissement de la richesse. Cette approche conduit à changer de perspective sur la santé. Généralement traitées comme des coûts (liés aux dépenses de protection sociale, au vieillissement démographique et au progrès technologique), les dépenses de santé constituent davantage un investissement propice à la croissance (*growthly-friendly expenditure*).

La conception économique de la santé s'aligne sur les résultats de travaux scientifiques s'intéressant aux liens entre santé-croissance-pauvreté depuis une trentaine d'années. Les modèles macro ou micro-économiques sur les sources de la croissance montrent que la promotion d'une bonne santé tout au long de la vie, aux moyens de la prévention, de l'éducation, de la réduction des inégalités sociales et territoriales, de l'*empowerment* des patients, d'une meilleure organisation au bénéfice

[92] www.europa.eu, consulté le 17 juillet 2017

des soins primaires, de systèmes de santé innovants, des nouvelles technologies et de leur évaluation (*Health Technology Assessment*) est un moteur de croissance.

Par-delà le bénéfice sanitaire direct, il est attendu des externalités économiques positives à long terme sur le secteur marchand comme non-marchand, privé comme public : *« En définitive, comme l'ont montré les modèles, seule la recherche de l'efficience productive pour l'économie et la santé permettrait de tendre vers l'optimum social, garantissant une croissance soutenue et durable et une bonne santé des populations dans le cadre d'un système social de type européen basé sur la solidarité* » (Ulmann, 2009) [204]. Il faut noter que l'enjeu de la politique sanitaire européenne se situe également dans l'optimisation des ressources du système de santé, au premier rang desquelles se trouvent les professionnels de santé. Sur ce point, le développement de l'expertise sanitaire par la recherche et la formation ainsi que l'amélioration des conditions de travail apparaissent comme les leviers du renforcement des capacités positives des systèmes de santé.

Le HCSP considère que la SNS de la France doit être articulée avec la stratégie européenne de santé. D'autre part, la France, par sa politique sanitaire, doit montrer l'exemple et prendre le *leadership* européen pour plaider en faveur d'une plus grande et plus juste régulation des systèmes de santé en Europe, respectueuse des valeurs d'universalité du droit à la santé pour tous et à des soins de qualité sûrs et abordables pour tous.

Dans cette optique, **le HCSP préconise une évolution de la coopération européenne pouvant conduire à terme vers un véritable plan européen de santé publique. Ce plan doit traduire les priorités européennes de santé et offrir les moyens financiers et humains d'y parvenir.**

❖ *L'articulation des politiques nationales et régionales*

Un des constats fait par le HCSP à travers ses différents travaux est la cohabitation de logiques différentes qui ont pu nuire à l'efficacité des politiques publiques de santé.

La loi de santé publique de 2004 avait formulé 100 objectifs nationaux de santé publique et cinq plans nationaux de santé publique, soulignant la forte cohérence nationale des choix opérés.

En 2009, la loi HPST a créé des projets régionaux de santé prenant en compte des priorités régionales, mettant en avant une certaine autonomisation des politiques menées en région, avec évidemment une contrepartie de maintien ou d'accroissement possible des inégalités inter-régionales.

Le HCSP a constaté, au travers de nombreuses évaluations de plans et de ses autres travaux, les difficultés liées à la coexistence de ces deux logiques.

Il faut toutefois noter l'exception du Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 qui a été conçu comme un cadre général devant être décliné dans chaque région par l'ARS. Une réflexion voisine peut être formulée à propos des PNSE qui doivent se décliner en PRSE mais souvent avec retard et un manque de coordination entre région. Cette situation devrait s'améliorer avec les PRSE3. La récente évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale montre que cette approche a créé une réelle dynamique dans les régions, dynamique plus importante probablement que lorsque le plan est piloté de façon « *top-down* ». En revanche, cette méthode de pilotage très décentralisée risque de générer des disparités entre régions dont il faudrait s'assurer qu'elles ne sont pas source d'inégalités.

Une meilleure coordination entre les politiques régionales et la politique nationale de santé constitue une marge d'amélioration que le HCSP souhaite souligner. Le HCSP incite aussi à définir

plus précisément les liens entre les différents niveaux territoriaux dans leur mise en œuvre de la SNS.

7.1.4 Principe 4 : La nécessité d'impliquer les usagers et les citoyens : pour une démocratie d'apprentissage de l'usager

- La place de la confiance
- La perception du risque
- L'ère Post-factuelle
- L'information du public et la démocratie sanitaire

❖ *La place de la confiance*

Dans la littérature internationale sur le risque, la confiance est identifiée comme une variable déterminante de l'acceptabilité d'un risque : les individus acceptent aisément les risques possibles des radiations ionisantes d'origine médicale (radiographies, imagerie, traitements, etc.) du fait de la confiance qu'ils ont dans ceux qui utilisent ces outils. En fait l'acceptabilité de certains risques est fortement déterminée par la confiance que les individus accordent aux gestionnaires du risque, autrement dit à la crédibilité de la réponse face au risque. À cela s'ajoute l'asymétrie entre la difficulté à créer la confiance et la facilité avec laquelle elle est détruite par toute information négative [205].

Mais la confiance n'est ni toujours globale ni totale ou nulle. La confiance peut être réduite vis-à-vis de certains acteurs (politiques) mais plus élevée pour d'autres (experts), quand tous deux sont directement impliqués dans la gestion du risque. Certains auteurs ont montré que la confiance pouvait coexister avec un niveau important de scepticisme, voire s'accompagner d'une attitude critique [206].

Mais en ce qui concerne les risques ayant une composante (déterminante) comportementale, la confiance joue un moindre rôle, en tous cas est réduite face à d'autres variables clairement identifiées.

❖ *La perception du risque*

Les individus et groupes sociaux jugent ou évaluent leurs risques à travers la perception du risque bien différente de l'évaluation réalisée par les experts. La perception des risques se définit comme « les croyances en des méfaits potentiels » [207] à l'échelle individuelle et collective. Les principales composantes de la perception des risques sont établies par le *Health Belief Model* [208] :

- La susceptibilité perçue : sa perception subjective du risque (auto-évaluation) de contracter une maladie.
- La gravité perçue : les croyances concernant la gravité des conséquences de contracter une maladie et les conséquences sociales (par exemple, le travail, la vie familiale, les loisirs, etc.).

- Les bénéfices perçus : les croyances concernant l'efficacité des diverses mesures disponibles pour réduire la menace de la maladie, mais aussi les avantages non liés à la santé (économiser de l'argent, l'approbation de ses relations, etc.)
- Les obstacles perçus : analyse subjective des coûts qu'entraînerait une action de prévention ou de soins qui peuvent être jugés chers, dangereux, désagréables, incommodes, consommateurs de temps, etc.
- L'auto-efficacité : la conviction que l'on est capable d'exécuter avec succès l'action requise pour produire les résultats.

L'important est que la perception des risques pilote les comportements. Ceux (8% de la population française) qui se sont vaccinés contre la grippe pandémique A/ H1N1 de 2009 présentaient un niveau d'inquiétude plus élevé que la majorité de la population qui considérait (percevait) cette grippe comme la grippe saisonnière, à savoir très peu grave.

La conséquence en est que si l'on veut modifier un comportement à risque (ou la non compliance à une protection comme un vaccin ou un dépistage), la connaissance de la perception du risque est utile (indispensable) pour déterminer l'action visant le changement. En effet, la simple information sur les risques ne suffit pas pour obtenir un changement de comportement.

Beaucoup de programmes de santé publique requièrent l'adhésion des personnes cibles, pour avoir un impact important. De nombreuses études ont montré que la confiance envers l'émetteur des messages étant un des éléments-clés de cette appropriation.

La confiance est un facteur très asymétrique (lent à acquérir, perte rapide) et dont les composants sont complexes rendant toute action simple illusoire. On peut néanmoins considérer que l'absence de participation de la population dans les processus de décision est un facteur minant cette confiance.

❖ *L'ère post-factuelle*

Peter Gluckman, président de l'*International Network for Government Science Advice* (INGSA), a dit récemment lors d'un colloque de l'OCDE qu'il s'inquiétait de l'avenir de la place de la science dans la conduite des politiques. Comme d'autres, il a été choqué que les dernières élections américaines et britanniques aient été remportées sur des arguments reconnus comme inexacts. Gluckman a indiqué que nous étions entrés dans une ère post-factuelle, post-expertise, post-vérité, post-confiance.

Nous vivrions ainsi dans un monde post-vérité dans lequel des faits alternatifs et de fausses nouvelles (*fake news*) sont en compétition à pied d'égalité avec des textes scientifiques revus par des pairs ou des textes venant de sources considérées autrefois comme d'autorité.

La quantité de connaissances disponibles a cru de façon exponentielle comme en témoigne le nombre de publications, de travaux, d'ouvrages, d'articles, de rapports. Cette grande quantité de travaux, aux résultats parfois divergents, permet de construire des savoirs alternatifs aux savoirs officiels que ce soit de bonne foi ou que ce soit à des fins stratégiques. Il est ainsi facile de mettre en valeur certains travaux congruents avec ce que l'on défend. Certains intérêts économiques ont

également la capacité de financer des recherches *ad hoc*. Et ces mêmes intérêts économiques créent des officines d'information scientifique et d'influence dans différents domaines[93].

Certains accusent Internet et les réseaux sociaux d'être la cause de ce phénomène de cacophonie scientifique. D'autres relativisent ce phénomène. L'appétence pour les réseaux sociaux ne serait pas pour certains liée aux possibilités techniques d'échanges, mais surtout à l'appétence pour un mode d'échanges ancestral (traditions orales). Après une parenthèse de 500 ans avec l'ère de Gutenberg, qui consacrait un savoir fixé sur du papier, nous serions revenus à un savoir numérique, fluide, fondé sur des échanges permanents. Certains insistent également sur la tendance naturelle des êtres humains à être davantage gouvernés par des intuitions et des émotions que par des faits et la rationalité.

Donc, **les nouvelles techniques numériques, bien que servant d'accélérateurs et d'amplificateurs, fonctionnent sur des fondamentaux humains immuables.**

Si l'on prend l'exemple de la vaccination, le public qui s'informe sur Internet est exposé en première intention à des sites antivaccinaux. Même si les militants antivaccinaux, en particulier ceux qui sont les tenants de la théorie du complot et d'une collusion entre l'État et l'industrie pharmaceutique, sont minoritaires, le doute scientifique qu'ils installent influence de nombreuses personnes.

❖ *L'information du public et la démocratie sanitaire*

Le développement de la démocratie sanitaire a fait l'objet de diverses mesures dans les lois et plans de santé publique. Ainsi la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit dans son titre IV de « renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire » en associant « les usagers à l'élaboration de la politique de santé et renforcer les droits » (chapitre IV).

Le premier temps passe par la mise à disposition d'une information accessible et adaptée aux différents publics. De ce point de vue, le service public d'information en santé, prévu dans la loi de modernisation de notre système de santé (article 88), est une mesure importante qui doit être mise en œuvre et développée rapidement. Son objectif est de diffuser gratuitement et très largement au grand public des informations relatives à la santé et aux produits de santé, à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale. L'information en santé est en effet un des principaux leviers de l'accès aux soins et aux droits[94].

Le rapport de Claire Compagnon a proposé ainsi des mesures pour améliorer la pratique de la démocratie sanitaire dont certaines ont été reprises dans la loi de modernisation du système de santé[95].

Restaurer la confiance nécessite de tenir compte des différents avis et notamment ceux des opposants actifs. Si l'objectif n'est pas de convaincre ceux qu'il sera impossible de convaincre, il est néanmoins nécessaire de descendre dans l'arène et de débattre comme le recommande l'OMS, qui vient d'éditer un guide afin d'aider les porte-paroles officiels à faire face aux militants antivaccinaux

---

[93] Pour la nutrition : International Life Science Institute ilsi.org, pour l'alcool : International alliance for Responsible Drinking www.iard.org

[94] https://sante.fr/service-public-dinformation-en-sante

[95] http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_DEF-version17-02-14.pdf

dans des débats publics. Il devrait en être de même pour de nombreux autres thèmes de santé publique.

Le HCSP considère que le maintien voire l'amélioration de la confiance du public envers les autorités et les acteurs de la santé est un principe à prendre en compte dans la SNS. Ce principe doit être mis en œuvre à travers différentes actions comme l'amélioration de l'accès à une information fiable et compréhensible et à la diffusion des actions de démocratie sanitaire ainsi que des recherches sur ce sujet.

7.2 Les cinq axes d'action

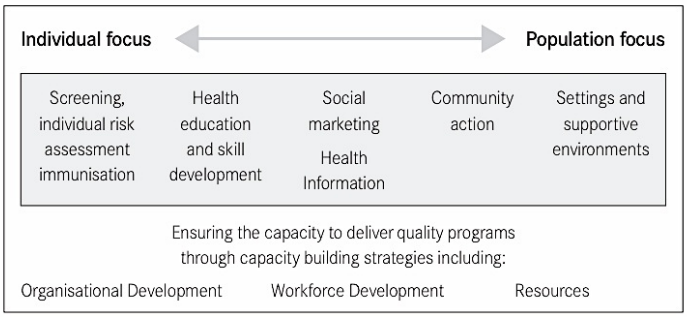
7.2.1 Axe 1 : Une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse et soutenue

- Les deux principes d'une politique de prévention ambitieuse
- La priorisation des cibles d'un politique de prévention
- Des progrès dans les textes, à concrétiser par une meilleure structuration et un financement à la hauteur des ambitions
- Un champ d'expertise, un professionnalisme, la capitalisation et le transfert de connaissance à développer
- Une culture de l'ensemble des acteurs à développer, un virage du curatif vers la prévention/promotion de la santé à accompagner ; intégrer l'activité prévention promotion de la santé dans celle des parcours de santé et de soins
- Des stratégies d'intervention spécifiques à déployer : le plaidoyer, l'action sur les déterminants, l'intersectorialité
- Lutter efficacement contre les risques environnementaux avérés
- Utiliser les arguments médico-économiques
- Renforcer la démocratie en santé et le pouvoir d'agir
- Lutter efficacement contre les risques environnementaux avérés
- Utiliser les arguments médico-économiques
- Renforcer la démocratie en santé et le pouvoir d'agir

Trois principales catégories d'acteurs participent à la mise en place de la prévention et de la promotion de la santé : les pouvoirs publics (approche réglementaire avec par exemple, l'interdiction du benzène, de l'amiante… ou approche éducative *via* des campagnes de motivation ou des services de prévention), les professionnels (prévention médicalisée avec par exemple la vaccination, les traitements antihypertenseurs, les programmes d'éducation à la santé…), et les personnes elles-mêmes (poids, activité physique…), prises isolément ou à travers les collectifs auxquelles elles participent (quartiers, villes, écoles, entreprises, etc.). On peut noter que des acteurs économiques commencent à investir dans des actions de prévention (laboratoires pharmaceutiques, industries du tabac, de l'alcool, etc.). Une partie de ces personnes partagent leurs initiatives et leurs désaccords avec les décisions publiques en santé, ce qui est un des éléments d'une démocratie sanitaire participative en ligne dont il faut tenir compte. Il ne faut pas oublier les médias numériques ou non qui relaient et alimentent le débat public.

Un des principes-clés de la promotion pour la santé est de faire que les choix les plus faciles pour les individus soient favorables à la santé (*supportive environments*). C'est donc une combinaison équilibrée qui doit être mise en place. Certains programmes nécessitent en effet la collaboration de tous, comme la lutte contre le tabagisme : action sur les prix, consultations, aides à l'arrêt du tabac et éducation.

Promotion de la santé intégrée (Victoria, Australie) [209]



De même, si la sous-utilisation actuelle de la prévention justifie un investissement important dans ce secteur, cela ne doit pas être néanmoins une position de principe idéologique. Il est des circonstances où la prévention est prioritaire, parfois ce n'est pas le cas. Les analyses risques/bénéfices/coûts peuvent guider les hiérarchisations.

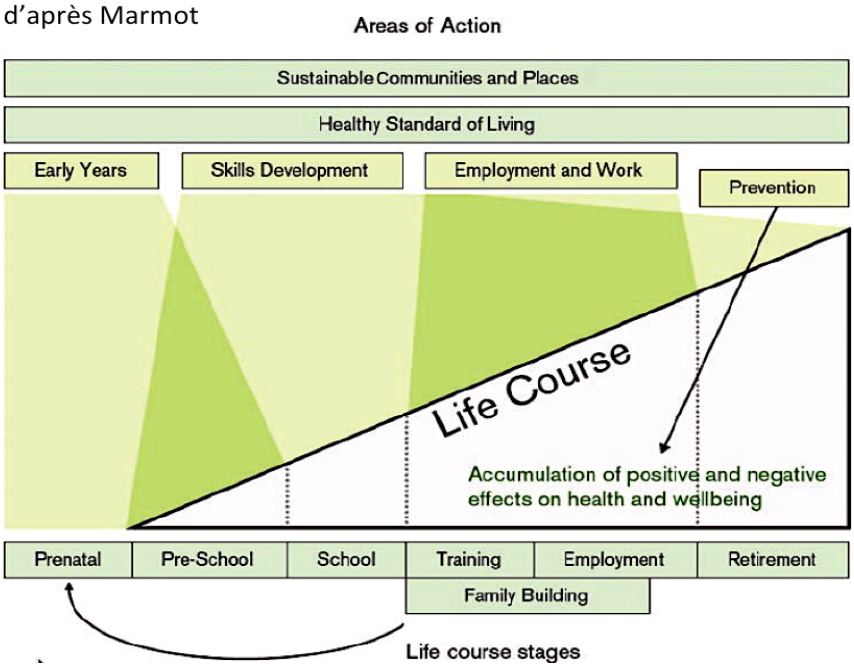
❖ *Les deux principes d'une politique de prévention ambitieuse*

Le premier principe qui doit guider les stratégies de prévention et de promotion de la santé est une approche vie entière. Il s'agit de construire une offre de prévention adaptée aux besoins des différents âges de la vie. La Figure 2 montre que des facteurs positifs et négatifs, qu'il est possible d'influencer par de la prévention, s'accumulent tout au long de la vie et ont un effet sur la santé et le bien-être [209].

Il est important aussi de prendre en compte les différentes transitions. Ainsi, Kellam [210] propose un schéma des principales transitions et évènements de vie personnels et familiaux au cours d'une vie (passage au collège, passage à la retraite, etc., voir annexe).

Le deuxième principe est que toute stratégie de prévention et de promotion de la santé doit être conçue pour ne pas accroître ou pour réduire les inégalités de santé. Marmot [211] a proposé le concept **d'universalisme proportionné**. D'après ce cadre, la prévention est destinée à tous, mais avec des intensités et des spécificités adaptées aux besoins de différentes catégories de population.

L'approche vie-entière et les principaux moments d'intervention d'après Marmot

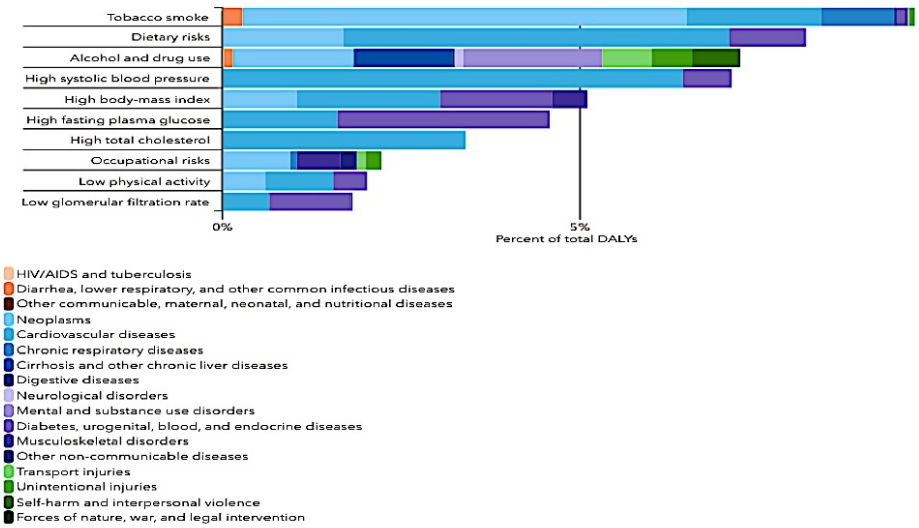


❖ *La priorisation des cibles d'un politique de prévention*

Plusieurs approches sont possibles pour définir les cibles principales d'une politique de prévention :

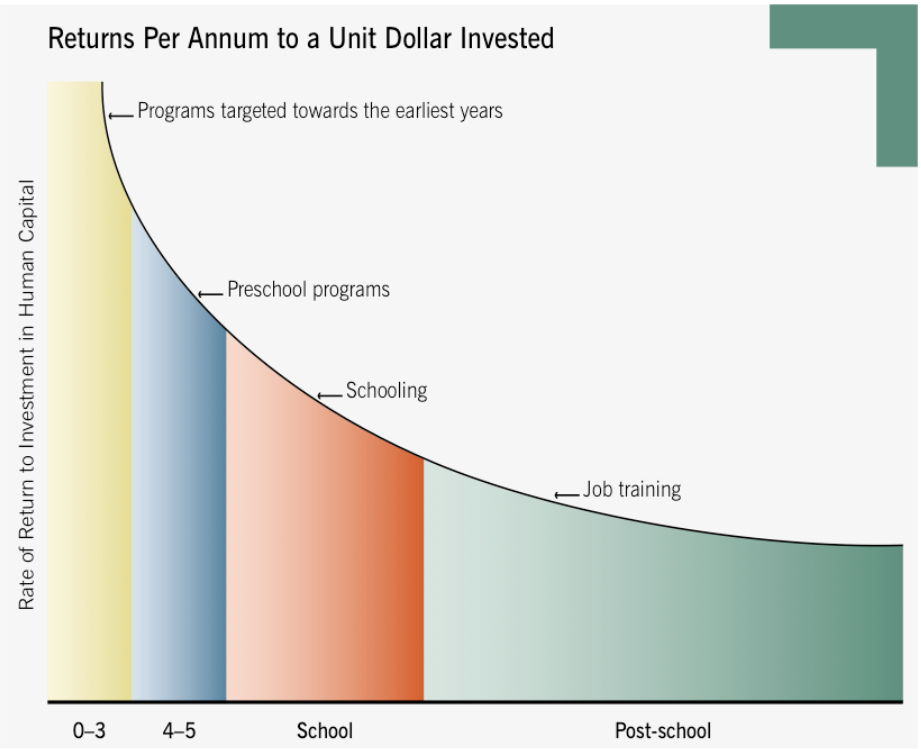
- La première est de prendre en compte le poids des différents déterminants et d'investir prioritairement et proportionnellement dans les différents secteurs. Il est possible par exemple de se servir du poids en DALYs établi par l'IHME pour la France en 2015.

Les 10 principales causes des DALYS avec les facteurs de risque (www.healthdata.org/france



- Une deuxième approche est de consacrer une bonne partie des ressources à l'accompagnement de la petite enfance. L'économiste et prix Nobel Heckman [212] défend que de meilleurs retours sur investissement sont obtenus par des approches précoces. Par ailleurs, un certain nombre d'aptitudes-clés installées ou non installées dans l'enfance ont des conséquences dans de nombreux domaines sanitaires, sociaux, économiques [213] [214]. Ce point sera développé dans le chapitre *une politique spécifique axée sur la santé des enfants et des adolescents (7.2.5. axe 5).*

Equation d'Heckman, retour sur investissement en fonction de l'âge



- La dernière approche de priorisation est de réserver les financements pour des interventions ou programmes dits *evidence-based,* qui ont déjà montré leur efficacité que ce soit en France ou dans d'autres pays.

❖ *Des progrès dans les textes, à concrétiser par une meilleure structuration et un financement à la hauteur des ambitions*

La dernière décennie a vu une progression des discours favorables à la prévention (LMSS 2016, projet stratégique de la DGS 2017-2019, rapport HCAAM juin 2017…), avec une meilleure organisation institutionnelle (agences régionales de santé (ARS), commission de coordination des politiques publiques au sein des ARS, Agence nationale de santé publique, Comité interministériel pour la santé, …). **Il manque encore une structuration à la hauteur des enjeux, lisible, et surtout un soutien et un financement plus sûrs, pérennes, pluriannuels des organisations et des dispositifs, à l'image du financement des soins curatifs. La ligne directrice pourrait être d'augmenter progressivement la part de la dépense de santé accordée à la prévention**.

Des dépenses de prévention majoritairement absorbées par le système de soins

D'après une estimation de la Drees, la France aurait consacré en 2015 **262 milliards** d'euros à la dépense courante de santé dont **15,1 milliards d'euros à la prévention** [215].

Le premier poste de dépenses correspond à une proportion de la *consommation de soins et de biens médicaux* (CSBM) qui est attribuable à des actes de prévention médicalisée soit **9,3 milliards d'euros**. Les médicaments à visée préventive représentaient 45 % et les consultations et visites à visée préventive des médecins 25 % de cette somme.

Le deuxième poste correspond aux dépenses de prévention dites institutionnelles car financées dans le cadre de fonds et de programmes. Il se montait en 2015 à 5,7 milliards d'euros, soit environ 90 euros par an et par habitant et représente 2,2% de la dépense courante de santé. Si l'on se regarde les sommes consacrées aux déterminants les plus lourds en termes de DALYs (voir figure 3 de l'IHME), la France ne consacre que 76 millions à la prévention collective des addictions et 16 millions à la prévention collective dans le domaine de la nutrition. Ceci doit aussi être vu en contraste de l'énorme coût social des déterminants de santé que sont le tabac, l'alcool ou le surpoids qui a été estimé à une vingtaine de milliards chacun, à méthode comparable [216] [217].

Le Fonds d'intervention régional (FIR) a été créé en 2012. Il est abondé par la Cnamts (93%), l'État et la CNSA. Sa gestion est déléguée aux ARS. Le FIR se montait à 3,2 milliards en 2015 et à 3,3 milliards en 2016. La première mission du FIR est la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie. 440 millions d'euros (soit 13,2%) ont été consacrés à cette mission en 2015. En 2015, 94% de la partie du FIR apportée par la Cnamts a été distribuée au système de soins (70% aux hôpitaux du secteur public, 3% aux hôpitaux du secteur privé, aux soins de villes, et 16% en subventions au système de soins). Seuls 6% (187 millions pour la France entière) ont été distribués pour la prévention en dehors du système de soins.

Conclusion : La plus grande part de la dépense préventive, nationale et régionale, va au système de soins (médicaments, consultations, hôpitaux). Une part insuffisante est donnée aux opérateurs hors du système de soins, pourtant les seuls aptes à mobiliser la santé dans toutes les politiques et tous les territoires.

La prévention des déterminants de santé, qui pèsent le plus lourdement en termes de DALYs, n'a été dotée que de moins de 100 millions d'euros en 2015.

Les discours en matière de prévention et les budgets associés concernent souvent prioritairement une prévention individuelle et médicalisée, alors que la promotion de la santé a une place réduite (environ 6 % du FIR 2015). La promotion de la santé est globale, plurielle et participative, dans toutes les communautés de vie, dans les communes, les quartiers, les écoles, les entreprises, les lieux d'habitat collectif ou de prise en charge ; ses mesures allient éducation pour la santé, mobilisation sociale et création d'environnements favorables, en proximité.

Alors même que des efforts ont été réalisés en matière de reconnaissance et de financement, en région, le Fonds d'intervention régional (FIR)[96] est utilisé pour de nombreux autres financements, qui

[96] Fonds d'intervention régional : 3 milliards en 2017. Ces actions/expérimentations s'inscrivent dans un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclu avec l'ARS. Les missions du FIR sont organisées en cinq axes stratégiques qui s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale de la santé : la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie (mission 1)

peuvent être effectués au détriment des activités de prévention/promotion de la santé. Son montant et son utilisation varient chaque année.

Comme l'ont fait d'autres pays, un fonds spécifique pour la promotion de la santé pourrait être créé, dédié à l'accompagnement et à l'intervention, à la formation et la recherche. Il pourrait être abondé par une partie des taxes sur l'alcool, l'alimentation, les polluants, et gagé par les économies réalisables sur certains actes de soin ou de prévention dont l'utilité n'est pas démontrée. Le fonds tabac en cours de mise en œuvre dans le cadre du Programme national de réduction du tabagisme est un bon exemple de cette logique vertueuse.

Le HCSP fait la proposition suivante concernant le financement :

- **distribuer au moins 20 % du FIR en dehors du système de soins ;**
- **consacrer au moins 400 millions d'euros supplémentaires par an à la prévention dans le domaine tabac, alcool, nutrition et activité physique.**

❖ *Un champ d'expertise, un professionnalisme, la capitalisation et le transfert de connaissance à développer*

Si la prévention peut relever de chacun, il est indispensable de reconnaître que l'intervention nécessite une expertise et des professionnels qualifiés pour se déployer.

Contexte et constats

- Dans le champ de la santé publique, une multitude d'opérateurs (associations, collectivités territoriales…) mènent des actions de terrain pour lesquelles l'explication des modèles (ou hypothèses) théoriques sous-jacents est peu développée. Beaucoup de ces actions se déroulent à petite échelle : un quartier, un service, un groupe restreint de population…, et ne font pas l'objet de travaux de recherche, parfois même d'aucune évaluation s'appuyant sur un protocole rigoureux ou d'aucune diffusion des évaluations produites. Précisons que le recours unique aux essais cliniques randomisés est impossible dans le champ de la promotion de la santé, caractérisé par la complexité des interventions et des environnements.
- Ces actions de terrain « cohabitent » de plus en plus avec des programmes complexes, portés par des institutions bénéficiant d'une assise méthodologique, d'expertise financière, permettant de les inscrire dans la durée, de construire des dispositifs d'évaluation complexes et/ou scientifiques. Pour ces programmes, il reste à travailler leurs conditions de transférabilité, reproductibilité ou généralisation réelles, en prenant en compte les différents contextes dans lesquels ils sont susceptibles de s'appliquer.

Les propositions

; l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale (mission 2) ; la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire (mission 3) ; l'efficience des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail) (mission 4) ; le développement de la démocratie sanitaire (mission 5).

Il manque en France un corpus de données pour aider à la décision dans l'élaboration des politiques, des travaux de recherche, et la mise en œuvre de programmes et d'actions.

Les acteurs ont besoin d'un **portail national** sur les interventions en santé publique, incluant les projets issus de la recherche interventionnelle française, et de la recherche interventionnelle au niveau international dont les résultats sont en cours d'adaptation en France, ainsi que des données émergentes et prometteuses issues du terrain (capitalisation d'expériences[97]).

- Les actions probantes s'appuient sur des données scientifiques validées et concernent le plus souvent des programmes complexes étayés par des revues de la littérature.
- Les actions prometteuses s'appuient sur des éléments de preuve relevant de dispositifs d'évaluation solides, construits, mais ne font pas systématiquement l'objet de publications scientifiques.
- Enfin les actions émergentes relèvent d'une hypothèse d'impact favorable sur la santé, mais nécessitent d'être reproduites pour en mesurer les effets.

Les acteurs doivent pouvoir compter sur des centres de ressources documentaires spécialisés, capitalisant les expériences, relayant les données probantes ou prometteuses adaptées au contexte français, les outils, les méthodes, un langage commun, assurant la veille sur les tendances (acteurs et actions conduites en région, évolution des déterminants de la santé, impact des innovations…).

Ces plateformes communes pour le partage et le transfert de connaissances s'envisagent dans une perspective d'échanges réciproques entre chercheurs et acteurs dans la production comme dans l'utilisation des connaissances produites. Pour toutes ces actions, les efforts d'observation et de recherche doivent porter sur la meilleure compréhension et le partage des processus à l'œuvre dans le développement d'actions complexes en santé publique : fonctions clefs, transférabilité, stratégies d'acteurs et d'action. Il s'agira de stimuler les acteurs pour communiquer sur ce qu'ils font et savent faire.

Parallèlement à ces outils d'observation et de partage, la formation et l'accompagnement à la production et à l'utilisation d'informations validées sur les interventions en santé publique sont à développer, ainsi que la recherche collaborative portant sur les interventions en santé (Cf. infra).

Le transfert de connaissances sera assuré en confiant l'accompagnement, l'élaboration et la mise en œuvre des interventions de promotion de la santé à une **organisation régionale structurée**, fédérant les acteurs régionaux engagés dans la promotion de la santé et les démarches communautaires. Cette organisation devrait bénéficier d'une reconnaissance légale, équivalente à celle des établissements de soins ou médico-sociaux. Il s'agit de développer l'offre de services aux acteurs locaux professionnels et bénévoles (information, accompagnement méthodologique, formation, documentation, évaluation), pour améliorer la qualité et l'efficience des actions menées sur les territoires et dans les différents domaines qui constituent la santé publique (contrats locaux de santé, parcours de santé, etc.…).

[97] La capitalisation de l'expérience est définie par Pierre Zutter *"comme étant le passage de l'expérience à la connaissance*".

En parallèle, la création de centres régionaux d'expertise et de recherche en santé publique (Inserm/IReSP/DGS) est attendue pour soutenir la structuration et la mobilisation des connaissances issues de la recherche et de l'expertise en appui des politiques de santé.

Au niveau national, le soutien à des initiatives de type InSPIRe-ID 2 (Initiative en santé publique pour l'interaction entre la recherche, l'intervention et la décision) doit permettre un système d'information rassemblant les connaissances disponibles en matière de « risques et solutions » en santé. Créé il y a 3 ans, le groupe InSPIRe-ID ayant pour objectif la création d'une plateforme de transfert de connaissance en France a rassemblé un grand nombre de partenaires. Les perspectives sont la réalisation de dossiers de connaissance, la diffusion de données probantes, la capitalisation des données issues de l'expérience, l'accompagnement des acteurs à l'utilisation des données.

- *Une culture de l'ensemble des acteurs à développer, un virage du curatif vers la prévention/promotion de la santé à accompagner ; intégrer l'activité prévention promotion de la santé dans celle des parcours de santé et de soins*

La culture de la prévention – promotion de la santé est à développer avec une montée en compétences pour tous les acteurs de santé, par la formation initiale et continue des professionnels sanitaires, sociaux, éducatifs, mais aussi des décideurs, l'éducation du citoyen…

La stratégie de promotion de la santé doit se rapprocher davantage du système de santé et cesser d'évoluer à la marge de ce dernier. Plus spécifiquement, l'éducation pour la santé doit prendre toute sa place au sein des pratiques cliniques préventives. Il s'agit de faire évoluer les attitudes vis-à-vis de la prévention, qui ne doit pas être seulement un acte ou une série d'actes individuels et ponctuels, mais surtout une intervention collective par nature, c'est-à-dire pensée et organisée à l'échelle d'une patientèle ou d'un territoire.

Réconcilier une approche clinicienne et de santé permettra que les projets de santé des maisons et pôles de santé (redynamisés à travers la nouvelle loi de santé) intègrent une vraie dimension de promotion de la santé à visée collective sur les territoires d'intervention. Cela suppose que l'investissement des professionnels dans la prévention soit accompagné par des mesures organisationnelles, des rémunérations adaptées et la mise à disposition d'outils facilitants (notamment pour mieux connaître sa patientèle et ses pratiques, pour intégrer une aide à la décision aux logiciels métiers…).

C'est dans ce contexte que le service sanitaire de trois mois des étudiants en santé dans le champ de la prévention pourrait être déployé. Il impose bien sûr une formation et un accompagnement adapté avec l'appui de professionnels compétents, intervenant au contact des publics envisagés.

- *Des stratégies d'intervention spécifiques à déployer : le plaidoyer, l'action sur les déterminants, l'intersectorialité*

Des efforts de communication sur la prévention/promotion de la santé et leurs effets, leurs succès sur l'influence des politiques publiques (lutte contre l'alcool, le tabac, les accidents de la route, le marketing délétère de l'industrie alimentaire…), la nécessaire approche globale et positive de la santé sont à développer. Les acteurs, dont au premier plan les professionnels de santé, doivent s'approprier les concepts et les connaissances actuelles dans le domaine : gradient social, équité en santé et leviers d'actions en pratique, universalisme proportionné, actions sur les déterminants, littératie en santé, *empowerment*, évaluation d'impact en santé…

Il est nécessaire de consolider la capacité des professionnels à intervenir dans le débat public avec des arguments probants pour légitimer les solutions proposées, mais aussi celle d'investir les cercles décisionnels et médiatiques, pour influencer les actions publiques. Il s'agit d'adopter un langage compréhensible par tous et d'améliorer la complémentarité entre soins éducatifs, préventifs, curatifs et palliatifs, et la promotion de la santé.

Par la transdisciplinarité et l'intersectorialité, la promotion de la santé peut réorienter progressivement les services de santé vers d'autres approches qui permettent une prise en charge globale de la santé des individus et des populations, au-delà des seules approches axées sur la maladie. Pour cela, l'investissement dans les services de santé de première ligne devient plus que jamais nécessaire.

❖ *Lutter efficacement contre les risques environnementaux avérés*

➢ Objectif à atteindre pour une amélioration de la qualité de l'air extérieur :

Il s'agit de réduire les niveaux moyens de concentration des polluants atmosphériques les plus problématiques : particules PM10 et PM2.5, dioxyde d'azote, ozone, composés organiques volatils, ammoniac, pesticides dans l'air. L'accent doit être porté sur la diminution de la concentration moyenne annuelle afin d'atteindre les objectifs de l'OMS, notamment la valeur de 10 µg/m^3 pour les particules fines PM2.5 ; dans son rapport de 2012 « Pollution par les particules dans l'air ambiant », le HCSP préconisait une étape intermédiaire avec la valeur annuelle de 15 µg/m^3, à ne dépasser dans aucune agglomération française à échéance de 2020.

Le décret n° 2017-949 du 10 mai 2017 fixe les objectifs nationaux de réduction des émissions de certains polluants atmosphériques en application de l'article L. 222-9 du Code de l'environnement. Des objectifs précis sont fixés en prenant comme référence l'année 2005 :

	ANNÉES 2020 à 2024	ANNÉES 2025 à 2029	À PARTIR DE 2030
Dioxyde de soufre (SO2)	55 %	66%	77%
Oxydes d'azote (NOx)	50 %	60 %	69 %
Composés organiques volatils	43 %	47 %	52 %
Ammoniac (NH3)	4 %	8 %	13 %
Particules fines (PM2,5)	27 %	42%	57%

Ce décret correspond à la mise en conformité de la réglementation française avec la directive européenne 2016/2284 ; on notera que les objectifs définis par la directive pour les particules ambiantes sont jugés insuffisamment protecteurs par l'OMS et le HCSP. Pour y parvenir, une série de mesures est détaillée dans l'arrêté du 10 mai 2017 établissant le Plan national de réduction des émissions de polluants atmosphériques (PREPA). En particulier, une série de mesures vise à réduire les émissions industrielles, liées aux transports, au tertiaire et à l'agriculture. Ces mesures nationales doivent être déclinées au niveau régional en les adaptant aux spécificités territoriales, les objectifs nationaux fixés n'étant pas forcément pertinents à l'échelle des territoires. Elles doivent également être complétées par une évaluation de leur bénéfice sanitaire, ce qui n'est actuellement pas prévu.

Indicateurs : Concentrations moyennes annuelles dans l'air ambiant dans les zones administratives de surveillance (sources : AASQA / LCSQA).

- Objectifs à atteindre pour une amélioration de la qualité de l'air intérieur :

    - Le Plan sur la qualité de l'air (PQAI) démarré en octobre 2013 doit être évalué et pérennisé, en particulier pour les actions portant sur la rénovation thermique des bâtiments en relation avec l'application de la loi de transition énergétique, afin de garantir un air intérieur sain, tout particulièrement dans les établissements recevant de jeunes publics (crèches, écoles maternelles et primaires) et les hôpitaux. Les campagnes de mesures de l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur dans les établissements sensibles doivent être poursuivies.

    - Les bâtiments et logements construits sur ou à proximité d'anciens sites industriels pollués (base de données Basol) doivent être systématiquement repérés et surveillés pour les niveaux de polluants chimiques à risque (COV, métaux lourds).

    - La formation des conseillers en environnement intérieur (CEI), acteurs auprès des publics sensibles (jeunes enfants, femmes enceintes, malades souffrant d'affections respiratoires chroniques) devrait être élargie et leur financement par les ARS pérennisé.

- Objectifs à atteindre pour diminuer l'exposition professionnelle et environnementale aux pesticides :

Le PNSE3 préconise une campagne exploratoire de mesures des pesticides dans l'air extérieur et de documenter les expositions des populations vivant à proximité des zones d'application des pesticides (focus mis sur les expositions à la ferme pour les agriculteurs et leur famille), et la Conférence environnementale 2016, la réalisation d'une étude d'imprégnation multi-sites chez des riverains de zones agricoles :

- Les travaux de mise en œuvre de la campagne exploratoire doivent être diligentés dès que possible avec des financements adaptés en tenant compte de la diversité des utilisations de ces produits. Le choix des sites doit être soigneux, afin que les substances retenues puissent être étudiées de façon exhaustive sur l'ensemble du territoire national de façon représentative.

- Il est nécessaire de documenter les liens entre les pratiques agricoles et leur présence dans l'air afin d'assoir les efforts visant à diminuer les expositions, en particulier des riverains, sur des informations solides. A cet effet, des études visant à caractériser les imprégnations, couplées aux mesures dans l'air ou les autres compartiments sont à initier, informations dont certaines pourraient être mises en relation avec les données sanitaires.

- Sans attendre, il est nécessaire de faire appliquer strictement par les autorités compétentes l'interdiction des épandages aériens ainsi que les restrictions sur les traitements par aérosol, lorsque ceux-ci sont appliqués proches de zones résidentielles ou d'écoles. En outre, l'objectif de réduction de 50% du recours aux

produits phytopharmaceutiques en France en dix ans doit être tenu en accord avec la feuille de route du plan Ecophyto II[98].

❖ *Utiliser les arguments médico-économiques*

Le champ de la promotion et la protection de la santé peut être envisagé comme une ressource au service de la soutenabilité du système de protection sociale. Il permet « d'éviter l'évitable » et de limiter les coûts en soins de santé en améliorant l'état de santé.

Les acteurs de la santé publique s'investissent dans des collaborations intersectorielles (éducation, revenus, alimentation, cadres de vie), développent des activités pour bâtir des collectivités en santé. Ils ont besoin d'aide pour concevoir et employer des arguments économiques pour leurs activités de plaidoyers.

❖ *Renforcer la démocratie en santé et le pouvoir d'agir*

En plus de restaurer la confiance, il s'agit de faire fondamentalement confiance à l'usager pour prendre soin de lui et soin des autres. On s'appuiera sur ses ressources et on les développera par des programmes de renforcement des compétences psychosociales/d'*empowerment*), on favorisera les espaces de dialogue entre les usagers – les décideurs – les professionnels de santé, via les outils de démocratie participative institutionnelle ou non institutionnelle. Pour être crédible et efficace, il convient d'impliquer toutes les parties prenantes dans la décision en santé.

7.2.2 Axe 2 : les quatre réorientations du système de santé

- Le virage préventif
- Réorienter l'offre de soins vers les soins de ville, améliorer la continuité des soins et accélérer le « virage ambulatoire »
- Le virage qualitatif : la sécurité des patients
- Améliorer la qualité de vie au travail (QVT) des personnels du système de santé
- Le renforcement des procédures face aux risques sanitaires émergents

❖ *Le virage préventif*

Les établissements dits de santé sont en fait devenus des établissements de soins dont la quasi-totalité des ressources provient des soins et est consacré aux soins. **Ces établissements doivent retrouver leur rôle d'établissement de santé susceptible d'accompagner une politique de prévention soutenue et ambitieuse, telle que l'a proposé le HCSP**. Pour cela, il est nécessaire d'inciter les établissements de santé à une inflexion forte dans ce sens et de créer les conditions pour une telle évolution.

La mise en place des GHT constitue une étape importante et le HCSP a fait des propositions pour inciter les établissements de santé à jouer un rôle d'acteur de santé publique aux côtés des autres acteurs d'un territoire[99].

[98] Plan Ecophyto II, 20/10/2015
http://agriculture.gouv.fr/telecharger/85809?token=18ad7743a2ffd40d43edae663bf73df7

➢ Recenser les actions de prévention : une activité souvent peu développée dans le secteur hospitalier

Les établissements publics de santé sont pour certains d'entre eux déjà impliqués dans des actions de prévention autres que la prévention tertiaire. Des programmes peuvent avoir été développés avec des acteurs locaux, ou des praticiens peuvent être impliqués dans des actions de prévention sur un territoire, comme par exemple les contrats locaux de santé. Toutefois, les établissements de santé n'ont souvent pas la connaissance de leur implication dans la promotion de la santé ou la prévention, qu'il s'agisse de la prévention primaire ou du dépistage, cette implication ne donnant le plus souvent pas lieu à des conventions, et reposant sur des individus plutôt que sur un engagement institutionnel.

Connaître l'implication des établissements ou structures de soins dans des actions de santé publique est la première étape nécessaire pour permettre la reconnaissance des établissements de santé comme des acteurs de la santé de la population.

Il est proposé :

- **D'identifier au sein des établissements de soins les ressources/programmes disponibles pour la prévention des facteurs de risque (tabacologie, addictologie, etc....).**
- **D'identifier au sein de ces établissements les actions de prévention primaire ou secondaire menées avec les acteurs locaux (ateliers santé ville -ASV), contrats locaux de santé....).**

Pour la prévention secondaire (dépistage), les établissements de santé sont souvent impliqués dans différentes actions, qu'il s'agisse de la réalisation des dépistages, de la gestion de centres de dépistage ou d'actions de promotion des dépistages réalisées souvent à la demande d'autres acteurs locaux. Le recensement systématique permettrait d'identifier et de mieux valoriser le rôle d'acteurs de la prévention des établissements hospitaliers.

La mise en place des GHT peut être l'occasion de mieux reconnaître le rôle des établissements de santé dans les actions de prévention développées sur un territoire et ce, le plus souvent, en lien étroit avec des acteurs locaux de la santé publique**. Le maillage du territoire par les différents acteurs est une des conditions du développement d'une politique de santé publique dans les différents territoires**. Les établissements hospitaliers peuvent, sur la base de ce qui est déjà réalisé, jouer pleinement leur rôle[100].

➢ Définir un contrat territorial de santé : un objectif pour développer les compétences et les ressources dans les territoires

Le maintien d'une offre active de proximité est un enjeu au moment où se mettent en place les GHT. L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) a ainsi préconisé d'engager les communautés professionnelles territoriales de santé dans un contrat territorial de santé. **Ce type de démarche permettrait aux collectivités territoriales de développer**

---

[99] Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique
http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=610

[100] http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/HSPS/index.asp

des partenariats et des coopérations avec les ARS, les professionnels de santé et l'ensemble des structures œuvrant sur le territoire.

Chaque territoire ayant des expériences et des ressources différentes, il conviendrait de capitaliser l'expérience participative du type de celle des ASV qui collaborent déjà avec les contrats locaux de santé afin de favoriser la mobilisation des acteurs, leur pluralité et la remontée des besoins des habitants auprès des décideurs et des électeurs.

- Introduire dans chaque projet médical partagé (PMP) un volet promotion de la santé et un volet prévention

Ces volets doivent être construits en lien avec l'ensemble des partenaires, notamment les collectivités locales par le biais du contrat local de santé, les communautés professionnelles, les associations. Ils doivent faire l'objet d'indicateurs de suivi.

L'élaboration d'un projet médical partagé (PMP) doit porter sur toutes les activités. Le PMP organise une offre de soins de proximité et de recours mais aussi une offre concernant la promotion de la santé et la prévention.

La mise en œuvre de ces volets « promotion de la santé » et « prévention » doit être concrétisée sous la forme d'un plan d'actions de santé publique privilégiant une approche populationnelle prenant en compte les caractéristiques sociales des populations du territoire couvert par le GHT.

- Permettre un financement des activités de prévention développées par les établissements de santé

La montée en charge de la tarification à l'activité (T2A) de 2004 à 2008 a profondément modifié le mode de financement des établissements de santé, en particulier les établissements publics. Cette réforme a eu le grand intérêt de relier les ressources affectées aux établissements, avec la lourdeur et la complexité des soins délivrés, ce que ne prenait pas en compte le système de dotation globale antérieur. Toutefois la T2A s'accompagne « d'effets pervers », comme le développement de séjours non pertinents, ou la réduction excessive de la durée de certains séjours, avec le retour à domicile de patients en situation encore instable. Elle a également développé des logiques de concurrence entre établissements, y compris entre établissements publics, dérive à laquelle la mise en place des GHT devrait répondre.

D'autres mécanismes de financement concernent des dotations pour financer des soins autres que les soins de courte durée, mais aussi des subventions pour des missions ou des activités ne pouvant être apparentées aux soins couverts par la T2A, comme les missions de service public, ou celles portant sur l'enseignement et la recherche, comme par exemple la subvention des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). Ce type de financement concerne plus particulièrement des activités relevant du champ de la santé publique, comme la mise en œuvre d'actions de plans ou de programmes nationaux de santé publique. On doit y ajouter des financements issus du Fonds d'intervention régional (FIR), dont deux missions au moins concernent des activités relevant du champ de la santé publique (Mission 1 : Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie et Mission 2 : Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale).

Or, le financement à l'activité prédomine largement sur les autres. Ainsi pour 2015, dans le cadre de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie, le financement de l'activité de soins de courte durée (T2A) était de 50,5 milliards d'euros, les autres financements (soins de suites et de réadaptation, psychiatrie…) étaient de 19,8 milliards d'euros, alors que l'ensemble de la dotation Migac représentait 6,3 milliards d'euros. Pour 2015, le FIR représentait 3,2 milliards d'euros, dont 36 % pour les missions 1 et 2, soit 1,2 milliard d'euros.

Ces éléments de cadrage financier montrent les limites du cadre hospitalier constitué par les GHT pour le développement d'activités de santé publique :

- soit ces activités sont directement reliées à des soins financés par la T2A, comme les actions relevant de la sécurité des patients. Elles sont alors encadrées par les tarifs définis chaque année, pour chaque catégorie de patients (GHM : groupes homogènes de malades) : ces activités sont donc en « concurrence » avec la production de soins elle-même, et peuvent être considérées comme des « surcoûts » par l'établissement, quel que soit leur intérêt pour la santé des patients ;
- soit ces activités sont indépendantes des soins, comme les actions de promotion de la santé : elles relèvent alors de financements externes dont le niveau est très faible (de l'ordre de 5 %) comparativement au financement des soins, ce qui peut être considéré comme dissuasif pour des établissements, surtout si leur situation financière est délicate.

Il existe donc une opportunité de mettre en place une réelle stratégie publique avec une plus grande lisibilité des filières publiques et, le cas échéant, des comportements gagnant/gagnant en permettant un retour sur investissements à la suite de la mise en place de consultations avancées ou des temps médicaux partagés. Cette structuration renforcée doit permettre d'augmenter les parts de marchés des établissements publics dans un régime de T2A.

La ministre en charge de la santé, consciente des effets négatifs potentiels de la T2A a confié en 2015, au Dr Olivier Véran, une mission de prospective concernant de nouvelles pistes de financement des établissements de santé[101].

❖ *Réorienter l'offre de soins vers les soins de ville, améliorer la continuité des soins et accélérer le « virage ambulatoire »*

➢ De multiples arguments incitent à accentuer la réorientation de l'offre de soins des établissements de santé vers les soins de ville, en proximité des lieux de vie des patients.

De multiples arguments plaident pour réorienter plus fortement l'organisation des soins dans les pays de l'Union européenne vers le dispositif de soins de premier recours [218]. Ce dispositif parait particulièrement pertinent pour le système de santé français, compte tenu de ses capacités à répondre à des difficultés identifiées plus haut, en particulier : potentiel d'offre de prévention, accessibilité pour les soins, prise en compte globale des patients et dans la durée, fonction de coordination, aptitude à réduire les inégalités sociales de santé.

[101] L'évolution des modes de financement des établissements de santé : Une nouvelle échelle de valeur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf

En outre, cette orientation pourrait donner une nouvelle impulsion au « virage ambulatoire » engagé depuis 2016. Cette évolution a jusqu'à présent surtout été consacrée à substituer des séjours en hospitalisation complète en séjours en hospitalisation partielle, compte tenu de soins hospitaliers non pertinents ou peu efficients [219]. L'enjeu est à présent de développer la capacité de l'offre de soins de ville à remplacer certains séjours dans certains parcours de soins. Ce développement implique toutefois d'anticiper la possibilité d'aggravation des inégalités sociales de santé que comporte ce report sur les soins de ville de soins antérieurement hospitaliers, en particulier pour des patients en situation précaires pris en charge jusque-là dans les établissements publics de santé [220] : la capacité des patients à répondre à leur besoins en ville n'est pas socialement homogène [221]. Le développement des soins de ville doit donc être conçu de façon globale, portant sur les soins médicaux et sur les autres soins, mais également sur les ressources sociales et médico-sociales.

Par ailleurs, les inégalités territoriales de santé sont plus marquées pour les soins de ville que pour les établissements de santé : le développement des soins de ville doit donc s'inscrire dans la perspective de corriger ces inégalités territoriales, ce qui signifie qu'il doit être différencié régionalement et localement, c'est-à-dire être plus marqué là où l'offre est moins abondante actuellement et surtout dans le moyen terme, anticipant la baisse plus marquée de la densité de professionnels de santé dans certaines régions et certaines zones.

Cette orientation ne constitue en aucun cas une rupture, mais elle s'inscrit dans la continuité de mesures successive fortes, telles que l'instauration du parcours coordonné de soins et le médecin traitant [222], l'inscription dans la loi du principe de soins de premier recours et l'introduction de modalités nouvelles de coopération entre professionnels de santé [223] et plus récemment la formalisation d'un dispositif d'ensemble pour les soins de ville (équipes de soins primaire, communautés professionnelles de territoire) [224].

➢ Quelles propositions pour développer les soins de ville ?

La réorientation de l'offre de soins vers les soins de ville ne peut pas se limiter aux seuls soins primaires ; elle implique également les soins médicaux spécialisés de deuxième recours, et les soins hospitaliers, dans une perspective systémique et non pas sectorielle.

- **Concernant les professionnels des soins de premier recours**

Les tentatives « positives » de régulation, fondées sur les aides à l'installation, n'ont malheureusement pas démontré leur efficacité, en France comme dans les autres pays développés [225]. Cette régulation implique donc le choix d'une organisation de travail attractive pour les jeunes professionnels, la correction des inégalités territoriales de l'offre de soins ne pouvant guère passer par le déplacement de professionnels de santé installés depuis des années, sauf exception. En outre, il s'agit bien de prendre en compte l'ensemble des soins de ville, et pas seulement les médecins généralistes : pour les patients atteints de maladies chroniques ou les patients du grand âge, leur prise en charge implique une diversité d'intervenants dont la disponibilité locale est une condition de mise en place de parcours fonctionnels.

Le modèle des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) qui a fait l'objet d'une première vague de développement depuis 2008, et d'une évaluation approfondie de la part de l'Irdes [226] parait présenter de multiples avantages pour structurer les soins de premier recours :

- Ce mode d'exercice implique par construction le développement d'une coopération entre professionnels de premier recours, par sa dimension multi professionnelle [227] ; il y a donc

une présomption de développement cohérent entre les différents professionnels susceptibles d'intervenir dans les parcours de santé ; il est vraisemblable que la coordination des soins s'en trouve renforcée localement.
- Par son exercice en équipe, favorisant l'adaptation des temps de travail, les temps de concertation, la mise en commun de ressources, la formation continue, ce mode d'exercice semble rencontrer les attentes des jeunes professionnels de santé.
- Le dispositif de soins primaire est connu par sa capacité à corriger les inégalités sociales en matière d'accès aux soins [228].
- Les MSP semblent associées à une meilleur productivité des soins, c'est-à-dire, à effectifs professionnels constants, à réaliser plus d'actes de soins [229].
- Ce mode d'organisation a montré ces dernières année sa capacité à freiner la décroissance de la densité des médecins généralistes dans les zones où cette densité était faible [230].
- Par ailleurs, l'exercice dans les MSP semble associé à des pratiques professionnelles de meilleure qualité [231].

Cependant, ces effets globalement favorables de l'exercice en MSP ont été constatés dans une première génération de ces dispositifs hétérogènes [232], vraisemblablement d'abord investis par les professionnels de santé les plus motivés et les plus impliqués professionnellement. Ces résultats pourraient donc s'expliquer, au moins partiellement, par un biais lié à la sélection de professionnels ayant un profil particulier. Si c'est le cas, l'extension des MSP dans un autre contexte ne devrait pas nécessairement se traduire par les mêmes avantages que ceux observés jusqu'à présent. Un suivi de ce développement, comme celui qu'assure jusqu'à présent l'Irdes, est donc indispensable.

L'organisation des soins en MSP n'a pas le monopole des soins primaires ; d'autres modes d'organisation (centres de santé, certains réseaux de santé …) peuvent répondre sous une autre forme aux difficultés observées dans la prise en charge des patients en première ligne.

Cependant, l'organisation des soins primaires sous forme de MSP (ou de centres de santé) ne concerne pour le moment que 15% des médecins généralistes en activité. Son développement implique donc des propositions incitatives en particulier une évolution du mode de rémunération des soins (voir ci-dessous).

- **Concernant les médecins spécialistes des soins de second recours**

Les médecins généralistes ont besoin dans leur pratique des autres médecins spécialistes pour des avis, des actes à caractère diagnostique, ou certaines interventions à visée thérapeutique. Les médecins spécialistes jouent également un rôle important dans la diffusion des innovations dans le champ des soins. Jusqu'à présent, les équipements nécessaires à l'activité de bon nombre d'entre eux sont exclusivement implantés dans les établissements de santé privés à but lucratif.

Dans le contexte du « virage ambulatoire » opéré sur les soins hospitaliers, la construction de parcours alternatifs à l'hospitalisation implique la constitution de plateformes regroupant certains spécialistes autour de plateaux techniques de ville, permettant le recours à des équipements, permettant de réaliser certains actes diagnostiques et thérapeutique spécialisés sans recours à des établissements de santé. Les innovations techniques dans le champ des soins favorisent un tel développement des équipements en ville [233]. Ces plateformes serviraient également de supports aux consultations spécialisées. Elles devaient également servir d'appui à la permanence des soins. Elles devraient être articulées avec les MSP situées en proximité dans le cadre d'un projet médical local, définissant l'organisation des principaux parcours de santé, dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) [234].

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a souligné récemment à juste titre l'enjeu que représente la transformation de l'organisation des soins spécialisés de ville en France. Il recommande des mesures sur la formation et la gestion au niveau régional de ces professions ; il indique des exemples d'une telle structuration dans des pays développés comme l'Allemagne ou les États Unis, par exemple [235]. Surtout, l'avis du HCAAM souligne l'importance d'accompagner cette évolution par une meilleure information des patients, avec une réforme des protocoles de soins liés aux ALD, qui pourraient être étendus à d'autres patients concernés par les parcours de santé. Enfin, la participation des patients à l'organisation territoriale des soins, primaires et spécialisés, au sein des CPTS doit être assurée.

Les projections de la démographie médicale réalisées par la Drees d'ici 2040 [236] suggèrent une baisse pour certaines disciplines spécialisées (comme dermatologie, ophtalmologie ou rhumatologie…), et une hausse pour d'autres disciplines (anesthésie-réanimation, médecine interne, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie). Il semble que cette prospective comporte également une poursuite du phénomène de concentration urbaine des médecins, en particulier des spécialistes. Des travaux antérieurs ont enfin montré que les déjà fortes inégalités de densité médicales entre régions n'avaient nullement tendances à se corriger spontanément du seul fait de l'évolution du nombre des médecins [237] : en d'autres termes, **la réorientation de l'organisation des soins de ville (soins primaires et soins médicaux spécialisés) nécessite une régulation forte afin d'éviter une majoration de ces inégalités territoriales, et l'instauration de parcours de santé « à plusieurs vitesses » selon les régions.**

- **Concernant l'offre de recours des établissements de santé**

La réorientation proposée de l'organisation des soins des établissements de santé vers la ville ne signifie nullement un déclin de l'organisation des soins hospitaliers, mais une transformation de leur place dans les parcours de santé. L'exercice de prospective réalisé en 2016 par le HCAAM concernant les évolutions organisationnelles dans le système de santé dans les quinze prochaines années (c'est-à-dire l'horizon de la Stratégie nationale de santé) suggère une rétraction de l'offre de soins de recours, qui devrait se concentrer sur les moyens techniques « haut de gamme et très spécialisés » [238], en particulier les blocs opératoires et l'imagerie lourde. Une autre partie de cette offre pouvant faire l'objet d'une « ouverture sur la ville » pour les soins courants et les urgences simples, cette dernière composante pouvant rejoindre les plates-formes spécialisées de ville évoquées plus haut : les « lignes » séparant la ville et l'hôpital pourraient bien « bouger » rapidement, avec une « porosité » plus forte entre secteurs, y compris le médico-social.

Cette réorientation ne peut être réduite à une répartition différente du poids (et des ressources) accordé à l'un ou l'autre des secteurs de soins ; l'invocation des parcours de santé implique une vue dynamique, et non statique : c'est dire l'importance, dans cette réorganisation, des moyens de transition permettant de passer rapidement des soins primaires aux soins spécialisés, et de la ville aux établissements. Un tel modèle d'organisation dépendant donc très sensiblement de la mise en place d'un système d'information partagé entre les intervenants potentiels.

Enfin, l'offre de soins de recours dans les établissements de santé est d'ores et déjà l'objet d'inégalités de répartition entre régions. Les ARS ne disposent pas des moyens de corriger ces inégalités à cette échelle : leur compétence (et leurs ressources) est essentiellement intra régionale.

L'évolution attendue des établissements de santé pourrait bien se faire différemment d'une région à l'autre. Elle comporte donc un risque d'accroitre ces inégalités interrégionales et donc de menacer

l'équité de l'accès aux soins de recours d'une région à l'autre, en particulier l'Outre-mer. **Le ministère chargé de la santé devrait donc mettre en œuvre un programme pluriannuel de réductions des écarts pourtant sur les équipements lourds et sur les capacités d'hospitalisation (lits et places) entre régions pour la durée de la Stratégie nationale de santé.**

➢ Quelles mesures d'accompagnement ?

Les propositions qui précèdent n'ont guère de chance d'être mises en œuvre si elles ne sont pas accompagnées d'autres mesures constituant autant d'incitation pour les acteurs du système de santé à s'y engager. Ces mesures concernent notamment le sous-système du financement des soins qui, en l'état, incite plutôt au maintien de l'organisation et du fonctionnement, dont les difficultés ont été analysées plus haut.

- **Pour un panier de soins intégralement remboursé par l'Assurance maladie obligatoire**

Le Conseil d'analyse économique a avancé l'idée de mettre en place un panier de soins solidaire intégralement remboursé par l'Assurance maladie [239]. Ce panier serait constitué de l'ensemble des soins curatifs ou préventifs et des produits de santé jugés pertinents pour des indications clairement identifiées, quel que soit leur lieu de réalisation. Un tel panier pourrait être défini et régulièrement actualisé par la Haute Autorité de santé, sur la base d'une expertise incluant une évaluation médico-économique. Les prises en charge inscrites dans ce panier seraient intégralement financées par l'Assurance maladie obligatoire ; celles situées en dehors de ce panier relèveraient de l'Assurance maladie complémentaire, le cas échéant. **Cette mesure impliquerait donc une « refondation » de l'Assurance maladie [240] et de son positionnement par rapport aux mutuelles, assurances privées et institutions de prévoyance, la répartition actuelle des financements étant connue comme défavorable pour les patients en situation sociale difficile [241].**

Le HCSP reprend cette proposition, dans la mesure où la mise en œuvre de celle-ci parait constituer une innovation propre à apporter une réponse d'ampleur aux inégalités sociales portant sur l'accès aux soins. En effet un tel système de financement :

- supprimerait les dépassements d'honoraires pour les soins figurant dans ce panier, en particulier les soins spécialisés [242], dépassement dont on sait qu'ils expliquent une partie du renoncement à certains soins jugés utiles [243] ;
- supprimerait les restes à charge dont il est avéré qu'ils constituent un obstacle à certains soins pourtant pertinents pour certains [244] ;
- permettrait de mieux prendre en compte les innovations dans le domaine des pratiques et des techniques de soins : inclusion dans le panier en cas d'évaluation favorable, exclusion du panier pour les soins supplantés par des méthodes plus efficientes, permettant un meilleur accès aux innovations et un abandon plus rapide des méthodes obsolètes.

La mise en place d'un tel panier de biens et services serait en outre de nature à améliorer la pertinence et la sécurité des soins, par une meilleure visibilité des indications pour lesquelles les soins sont utiles pour un patient donné.

- **Pour un financement forfaitaire de certains parcours de soins**

Le financement à l'acte en ville et au séjour dans les établissements est connu comme entretenant la fragmentation des soins, faisant obstacle à la prise en charge globale et à la continuité des soins. Ces dernières années, diverses propositions ont préconisé un nouveau système de financement des soins, reposant sur des tarifs forfaitaires incluant l'ensemble des soins délivrés pour un parcours de

santé donné, défini pour la prise en charge d'un type de patient donné, en particulier ceux atteints de maladies chroniques, ou du grand âge, et ceci pour une période de temps déterminée. Les avantages inhérents à ce système (coordination, efficience, implication des patients) et les risques liés (sélection de patients, qualité de prise en charge, complexité) ont été pointés, ainsi que les préalables à sa mise en place [245]. Certaines expérimentations ont été initialisées [246], mais pour des situations trop spécifiques, semble-t-il, pour avoir une valeur de modèle général.

Le rapport Véran [247] a proposé de faire évoluer le financement des établissements de santé dans cette direction, en combinant un financement au séjour maintenu pour les soins ponctuels, un financement « à l'épisode de soins » pour les soins hospitaliers lourds (chirurgicaux) impliquent une préparation préalable au séjour et des suites au décours du séjour, et enfin un financement au parcours pour les pathologies chroniques.

Enfin après analyse de l'intérêt potentiel d'un financement à l'épisode de soins dans le contexte des chirurgies pour prothèse de hanche en 2017, la Cnamts a proposé plus récemment de mettre en œuvre ce mode de financement dans cette situation [248].

Le HCSP rejoint ces propositions d'expérimenter ce mode de financement au parcours dans la mesure où celui-ci devrait favoriser des prises en charges des patients plus intégrées tout du long des parcours de santé.

Outre les aspects techniques de ces expérimentations (en particulier liés au système d'information), il reste à identifier les modalités de gestion de tels forfaits de parcours, qui impliquent une masse critique de patients, et une fonction délicate de répartition des ressources entre prestataires de soins. Cette gestion pourrait être assurée par l'Assurance maladie elle-même (assurant une certaine continuité par rapport à la situation actuelle), par les ARS (prolongeant les missions qu'elles exercent déjà en matière d'organisation des soins vers le financement des soins) ou à un niveau infra régional (par exemple les Communautés Professionnelles Territoriales de santé, les GHT ou les Plateformes Territoriales d'Appui). Chacune de ces solutions comporte des inconvénients potentiels : l'expérimentation de ces financements au parcours devrait plus particulièrement explorer la manière dont l'un ou l'autre de ces dispositifs de gestion est susceptible de constituer une incitation forte pour le développement des soins de ville (soins primaires et soins spécialisés).

- **Pour un système d'information relatif aux soins partagé entre les acteurs**

  Une stratégie générale « e-santé 2020 » a été affichée par le ministère chargé de la santé [249]. Les aspects généraux de la santé numérique sont abordés ailleurs dans ce rapport. Il ne s'agit ici que d'évoquer les points critiques d'une réorientation de l'offre de soins liés au système d'information.

Qu'il s'agisse d'élaborer différents plans et programmes à l'échelon national ou dans les régions, l'amélioration des systèmes d'information est un objectif permanent. Quand un certain nombre de problèmes techniques et institutionnels seront résolus, les analyses de l'état de santé devraient également pouvoir davantage s'appuyer sur des données issues de croisements entre grandes bases de données médico-administratives (Assurance maladie, données hospitalières, causes de décès, données sur l'activité professionnelle issues des caisses de retraite, données sur les revenus, etc.), qui permettront notamment de mieux documenter les questions des parcours de santé et des inégalités sociales.

En l'état, l'Assurance maladie a connaissance des actes de soins réalisés pour un même patient, ce qui lui donne une vue globale et dynamique sur sa prise en charge, et son inscription potentielle dans un parcours de santé donné. De ce fait, l'Assurance maladie a été chargée de mettre en œuvre un Dossier Médical Partagé [250]. Toutefois, la confusion des fonctions de financement et de gestion des soins de chaque patient peut menacer la nécessaire indépendance du choix des soins les plus adaptés : on voit mal le système de soins aller dans cette direction.

Les systèmes d'information hospitaliers (SIH) couvrent à présent les grandes fonctions de soins et la plupart des établissements, avec encore une certaine diversité des solutions informatiques pouvant freiner leur interopérabilité [251]. Les GHT devraient conduire à une situation plus homogène puisque la mise en place de SIH partagés entre tous les établissements d'un même GHT constitue une priorité stratégique ; elle ne concerne toutefois que les établissements publics. Néanmoins, ce développement est restreint à certains segments des parcours de santé ; l'accès des professionnels de santé de ville aux SIH est aléatoire, sauf cas particulier. Les SIH n'ont pas vocation à gérer les informations concernant ces parcours dans leur intégralité, surtout dans l'hypothèse d'un financement au parcours de santé.

La situation des cabinets médicaux de ville est plus complexe. Les incitations financières accordées par l'Assurance maladie à leur informatisation a conduit à une large couverture, mais les solutions informatiques choisies sont particulièrement disparates, faisant obstacle à la mise en place d'un système d'information partagé à base territoriale, condition de structuration des parcours de santé.

La stratégie en matière de santé numérique portée par le ministère chargé de la santé a été confiée à l'Agence Française de la Santé Numérique (ASIP-santé). Un cadre commun pour les projets e-santé visant à assurer la nécessaire cohérence des projets dans chaque région, sous la responsabilité des ARS, a été défini [252]. Les expérimentations du programme de soins numérique (2014-2017) dans 5 régions doivent être évaluées, et conduire à diffuser les solutions jugées efficientes.

Des réflexions voisines concernent le système de messagerie professionnelle sécurisée MSSanté, dont le déploiement, et les difficultés rencontrées restent à évaluer, dans le contexte du récent appel à projet auprès des ARS pour développer son usage pour diffuser la lettre de liaison et les résultats d'examens biologiques [253].

Enfin la télémédecine constitue un dispositif d'accompagnement indispensable pour la construction de parcours de santé prenant appui sur les soins de ville, notamment pour favoriser les échanges entre soins primaires et soins médicaux spécialisés, mais son développement principalement hospitalier, et les retards pris dans les expérimentations prévues en 2015 n'ont pas permis leur évaluation [254]. Le nouveau cahier des charges élargi à l'ensemble des patients atteints d'affection de longue durée (ALD) ou résidant en structure médico-sociale publié par arrêté [255] devrait permettre de mener à bien cette évaluation, condition d'un déploiement au-delà des 9 régions pilotes.

- **Pour une gouvernance régionale renforcée des soins**

La loi de modernisation de notre système de santé a défini de multiples territoires pour déterminer le périmètre de compétence des différents acteurs du système de santé au sein de chaque région : le niveau le plus fin est celui des équipes de soins primaire, qui n'est pas formalisé. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) [256] regroupent plusieurs équipes de soins primaires : leur territoire est donc nécessairement plus large, pouvant correspondre à un (ou plusieurs)

regroupements de médecins spécialistes. Pour les établissements de santé de recours, le territoire est encore plus vaste : il devrait correspondre à la zone d'attraction des GHT [257] pour les établissements publics, et pour les établissements de statut privé sans doute moins formalisé, mais du même ordre de grandeur. Par ailleurs, l'organisation des soins de santé mentale fait l'objet d'une organisation territoriale séparée, mais qui prévoit l'intervention du médecin traitant et la place d'établissements de santé autres que ceux spécialisés en psychiatrie [258]. La mise en place des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) fait référence au périmètre de prise en charge des patients dans le cadre d'un parcours complexe [259]. Se superpose à ce découpage territorial la définition de « zones du schéma régional de santé » pour assurer des fonctions aussi essentielles que définir les besoins de la population, apprécier l'offre de soins existante, analyser la démographie des professions de santé, assurer la cohérence entre activités de soins et équipements lourds, et assurer la coopération entre acteurs de santé [260]. Enfin les territoires de démocratie sanitaires sont aussi définis distinctement [261]. Or une organisation des soins structurée sous forme de parcours comportera des forfaits de parcours à répartir entre une partie des acteurs ci-dessus, et accordera une attention particulière au patient, dont le territoire peut être lui-même encore différent des précédents. **Dans cet esprit, le HCSP préconise d'organiser chaque parcours comme un projet, doté de sa propre gouvernance, et s'appliquant dans un territoire défini par consensus entre les participants, y compris les représentants des usagers.**

La nécessité d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population locale fait l'objet des pactes territoriaux de santé 2012-2015 et 2015-2017, qui doivent être poursuivis. En outre, des mesures incitatives permettant d'apporter des réponses effectives à la situation de certaines zones dépourvues ou mal desservies par des professionnels de santé doivent être mises en avant. Sans remettre en cause le conventionnement national de chaque profession de santé libérale, la possibilité d'accéder à certains modes de rémunération nouveaux, comme par exemple des soins financés au parcours, devrait pouvoir être régulée selon les régions, selon les zones et les modalités d'exercice, pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux concernés par un parcours, et pas seulement les médecins. Cette disposition implique un pilotage régional de la part des ARS.

➢ La particularité des urgences

Les services d'urgences sont fragilisés par un afflux de patients de plus en plus important. Un premier point de rupture vient d'une population qui fait de plus en plus appel aux urgences par défaut. La majorité des patients reçue aux urgences ne relève pas des urgences vraies et engorge le système faute de filières alternatives. Alors que la formation des médecins urgentistes est centrée sur les urgences vraies, l'accueil et la prise en charge de ces patients relèvent d'une formation différente, constituée d'urgence mais aussi de médecine générale, de soins infirmiers et d'assistante sociale.

Le défi est humain et réside dans de la capacité des services d'accueil à écouter la plainte, à avoir de l'empathie avec le patient pour trouver une solution rapide à son problème. Cela nécessite plus de personnel et une meilleure coordination de tous les acteurs de santé libéraux et hospitaliers.

De nouvelles tâches sont apparues comme l'infirmière d'accueil à l'entrée des urgences et la régulation médicale libérale, pivot de la réponse à la population pendant les heures de PDSA.

Un deuxième point de rupture est la gouvernance de l'hôpital par des administratifs qui doivent gérer des budgets contraints. **Ce système n'est pas adapté aux évènements sanitaires plus ou moins**

prévisibles qui mettent souvent en tension les équipes soignantes des services d'urgence à différentes périodes de l'année.

❖ *Le virage qualitatif : la sécurité des patients*

Un Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017[102] en quatre axes comporte une centaine d'actions qui ne sont pas toutes mises en œuvre, alors que celui-ci se termine. La poursuite de ce programme semble nécessaire, sur les axes actuels (information et place des usagers, déclaration et prise en charge des événements indésirables associés aux soins, formation), mais aussi sur de nouveaux axes (dont la pertinence des actes et la sécurisation des points de rupture des parcours) [262]. Ces actions visent à améliorer la culture de sécurité et doivent notamment être fondées sur une meilleure prise en compte du risque thérapeutique et de la balance bénéfice/risque au niveau des soins individuels, de la lutte contre la connivence avec les industriels des produits de santé, et contre les liens d'intérêt (souvent encouragés par la tarification à l'activité), et sur la limitation des situations à risque connues des filières de soins surchargées et désorganisées.

Le nombre d'hospitalisations en France liées à un évènement indésirable grave associé aux soins (EIG) se situe entre 330 000 et 490 000 par an, dont 160 000 à 290 000 seraient évitables. Celles-ci sont liés à une hospitalisation précédente dans 1/3 des cas [263]. La sortie d'hospitalisation représente une zone à très haut risque d'EIG. Près de 50% des patients à leur sortie d'hôpital sont concernés par une erreur médicale (continuité médicamenteuse et/ou au bilan diagnostic et/ou à la surveillance) [264] et près de 20% par un EIG, le plus souvent médicamenteux (EIM) [265].

Une part notable des (ré)hospitalisations est évitable [266], notamment celles, fréquentes, liées à des problèmes médicamenteux [267] (iatrogénie, observance et le sous-traitement). En dehors de mesures correctives, le nombre des hospitalisations devrait encore augmenter en raison d'une augmentation des polypathologies et du risque iatrogène associé du fait des polymédications (évolution des recommandations nationales et internationales sans recommandations pertinentes pour les personnes polypathologiques). Le changement de nature de cette polymédication (prescription de molécules plus efficaces, mais aussi à plus haut risque iatrogène) aggrave les risques dans un contexte de modification du système de santé (virage ambulatoire avec des durées moyennes de séjour courtes, sans réorganisation effective des sorties) et d'une population peu autonome.

Le risque médicamenteux est encore peu perçu des usagers. Cette perception doit être modifiée et cette sensibilisation est un axe d'action pour mettre les usagers en position active sur ce sujet fort en lien avec autonomie de la personne âgée.

En revanche, le sujet/patient peut prendre une part active à la prise en compte de ce problème dès lors que des mesures sont mises en place de façon systématique (coaching ETPm..) soit directement, soit avec les aidants ou son entourage.

Il est enfin indispensable de mieux évaluer les programmes d'amélioration de la sécurité des patients, et de notamment mieux objectiver la iatrogénie, actuellement mal suivie (dans le PMSI, la CIM 10 ne comporte que quelques codes seulement pour ces phénomènes, mal utilisés par ailleurs), en particulier en termes de mortalité (la certification actuelle des décès privilégie le

[102] http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf

processus morbide). Les données recueillies par l'intermédiaire du portail de signalement des évènements sanitaires indésirables devront être complétées par des études à la méthodologie adaptée pour permettre des comparaisons internationales.

➢ Améliorer la pertinence des actes et le bon usage des soins

La pertinence des soins consiste à choisir parmi l'ensemble des interventions disponibles qui ont démontré leur efficacité pour une affection, celles qui sont le plus vraisemblablement à même de produire les résultats attendus pour un patient donné. Une intervention ne peut être pertinente que si certaines conditions sont satisfaites. Les compétences techniques et les autres ressources nécessaires à l'intervention doivent être disponibles, en sorte qu'il puisse être dispensé selon les bons standards. L'intervention doit être réalisée d'une manière telle qu'elle soit acceptable pour le patient. Les patients doivent recevoir une information adéquate au sujet de toutes les interventions potentiellement efficaces. Leurs préférences sont centrales dans la détermination de quelle intervention sera pertinente parmi celles dont l'efficacité est connue. Leurs préférences seront indicatives, non seulement de l'objectif principal qu'ils espèrent atteindre, mais aussi de leurs perceptions des effets secondaires qui pourraient advenir. La pertinence des interventions de santé doit également être considérée dans le contexte social et culturel actuel, et au regard de la justice de la répartition des ressources de santé [268].

Améliorer la pertinence des soins vise à diminuer la surmédicalisation et à diminuer la sous-médicalisation [269]. Par exemple, le sur-diagnostic pourrait aller jusqu'à 70% (exemple du diagnostic de cancer de la thyroïde chez l'homme). Plus globalement il est admis que la surmédicalisation représente environ 25% des actes de soins dans le monde (30% aux États-Unis). La Cnamts considère dans son rapport « Charges et produits 2018 » que la lutte en faveur de la pertinence permettrait la réalisation d'une économie de 510 M€ en 2018.

Les moyens d'actions sont nécessairement multiples, éducationnels (professionnels de santé et patients), financiers (au travers d'incitatifs positifs ou négatifs), méthodes de conduite de changement locales ou nationales, comme la campagne « choisir avec soin » (*Choosing Wisely*) qu'il conviendrait de renforcer au niveau français.

➢ Sécuriser les points de rupture des parcours de soins et en particulier la sortie d'hôpital avec un focus sur la prise en charge médicamenteuse

La sortie d'hospitalisation représente une zone à haut risque d'événement indésirable associé aux soins. Parmi les 160 000 à 290 000 admissions causées par un EIG évitable, près d'un tiers sont associées à une hospitalisation précédente, et 50% sont des événements d'origine médicamenteuse (continuité médicamenteuse et/ou au bilan diagnostic et/ou à la surveillance) [270] [271].

Ces risques sont supérieurs dans les populations polypathologiques et polymédiquées comme les personnes âgées [272]. En l'absence d'actions efficaces, ces risques et leurs conséquences vont croitre du fait de la démographie (âge et poly-pathologies), et de l'organisation des soins (virage ambulatoire, chirurgie, avec durées moyennes de séjour (DMS) de plus en plus courtes (comme pour la réhabilitation améliorée après chirurgie - RAAC), et la problématique des déserts médicaux.

Il existe des actions qui ont fait preuve de leur efficacité pour sécuriser les sorties :

1. Les « soins transitionnels » ou « *disease management program* » (combinant actions sur la prescription, la coordination et l'éducation) ont montré leur efficacité [273] [274] [275]. Mais, l'implémentation de ces interventions complexes reste très difficile, en

dehors des essais cliniques [276]. Néanmoins plusieurs aspects de ces interventions peuvent être promus et mis en œuvre par étape au niveau des établissements de santé.

2. L'amélioration des documents de sortie d'hospitalisation (Cf. décret de juillet 2016 sur les lettres de liaison).
3. L'amélioration de la transmission de l'information concernant la prise en charge médicamenteuse notamment transmission du tableau médicaments préconisé dans le référentiel HAS aux acteurs de ville non destinataires du dossier de sortie d'hospitalisation (pharmacien d'officine/IDE/aidant impliqué dans l'administration des médicaments).
4. Conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie pour les patients les plus à risque (chirurgie notamment).
5. Promotion des actions d'accompagnement du patient autour de la prise en charge médicamenteuse au moment de la sortie.
6. Promotion des actions visant à améliorer la coordination (ex : IDE de coordination parcours/ dispositif PRADO etc.).

❖ *Améliorer la qualité de vie au travail (QVT) des personnels du système de santé*

Le HCSP souligne l'importance de tenir les engagements de la Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, qui ambitionne d'objectiver leur niveau de souffrance au travail (plateforme d'écoute, observatoire de la souffrance au travail, avec développement d'outil de mesure et état des lieux dans les différents secteurs d'activité) et de trouver les moyens de sa réparation (accompagnement médico-psychologique des soignants souffrants dans des unités spécialisées, formation des managers de proximité au retentissement psychosocial du travail).

Deuxièmement, **il est urgent d'identifier également les sources organisationnelles et managériales de ce mal-être et d'y remédier**. Une piste consiste à multiplier les perspectives d'approche sur la relation au travail en milieu de soin pour saisir sa complexité. Cela signifie également valoriser les expériences positives d'organisation du travail (plateforme d'échanges de bonnes pratiques managériales, développement de l'autonomie, climat relationnel collégial, management participatif…). « Fabriquer des soins » dans de bonnes conditions de travail est aussi source de plaisir et de bien-être, vecteur de reconnaissance et de motivation, qui contribuent en retour à des soins efficaces, sûrs et de qualité.

Troisièmement, **le HCSP recommande de soutenir la recherche scientifique française sur l'évaluation des déterminants et conséquences des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé**. La prise en compte de l'impact sur la qualité de vie au travail dans les orientations et/ou critères de sélection des programmes de recherche du ministère de la Santé est par exemple une piste de réflexion à soumettre aux promoteurs de projet d'amélioration de la performance des soins. Une seconde piste serait de soutenir un suivi longitudinal de l'état de santé des professionnels de santé (à la manière de la cohorte i-share sur le suivi des étudiants, dont les étudiants infirmiers) afin de mieux appréhender sur le long terme leurs déterminants de bien-être au travail et leur impact sur la qualité et la sécurité des patients. Un focus spécifique sur l'exercice médical et soignant en ambulatoire/soins primaires reste encore à faire dans la mesure où peu

d'éléments sont encore disponibles sur ce sujet, alors même que l'isolement professionnel est un facteur de risque supplémentaire.

❖ *Le renforcement des procédures face aux risques sanitaires émergents*

Le système de santé a été confronté dans un passé proche à plusieurs situations de crise, qu'il s'agisse de risques épidémiques comme l'épidémie d'Ebola, de besoins sanitaires massifs comme les attentats de Paris ou de Nice, ou de crises d'organisation comme celles que vivent régulièrement les établissements de soins dont les capacités diminuent pendant les périodes de vacances alors que les besoins de la population restent les mêmes.

Ces différentes crises ont été analysées et ont permis d'élaborer des propositions permettant d'adapter le système de santé, et principalement le système de soins, à des demandes épidémiologiques et sociétales qui ont évolué. Ainsi le HCSP a analysé les réponses du système de santé à la crise provoquée par l'épidémie d'Ebola [103] et d'autre part les attentats de Paris ont donné lieu à des publications[104,105], notamment de la part des autorités sanitaires françaises.

➢ L'adaptation aux risques infectieux émergents

Deux épisodes récents, de nature et de gravité différentes, ont fait prendre conscience de la fragilité des systèmes de santé face à des menaces sanitaires de ce type : la crise sanitaire de la grippe liée au virus H1N1 et l'épidémie liée au virus Ebola ont permis d'une part de voir l'efficacité de la mobilisation des systèmes de santé et d'autre part les réactions des populations potentiellement concernées.

En France en 2009, alors que l'OMS avait alerté sur les risques d'une pandémie liée à la diffusion d'un virus H1N1, seule une faible partie de la population a adhéré aux campagnes de vaccination mises en place par les autorités sanitaires. Seule, la faible pathogénicité du virus a permis d'éviter un nombre important de victimes[106].

L'épidémie de maladie à virus Ebola de 2014 a constitué une autre alerte. Partie de Guinée puis rapidement étendue à la Sierra Leone, au Libéria puis au Nigéria, l'épidémie s'est caractérisée par un taux de mortalité élevé et par la transmission au personnel soignant. En août 2014, l'OMS décrétait finalement l'état d'urgence sanitaire. En deux ans, l'épidémie aura touché près de 30 000 personnes et provoqué plus de 11 000 décès. Cette épidémie, par son ampleur, mais aussi par les réactions qu'elle a engendrées dans tous les pays du monde, est emblématique d'une « mondialisation » des risques infectieux avec, ces dernières années, des crises sanitaires qui se sont multipliées (MERS-CoV dans la péninsule arabique, pandémie grippale …).

---

[103] Actualité et dossier en santé publique n° 98 Épidémies Ebola : quels enseignements ? http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=155

[104] http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/S0140673615010636.pdf

[105] http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1515229?query=featured_home&

[106] P. Zylberman, Les 90 premiers jours d'une pandémie, *Pour la Science*, n° 383 (septembre 2009): 84-7. http://www.academia.edu/27203920/Les_90_premiers_jours_dune_pandémie

Une telle crise sanitaire pose en premier lieu la question de la prise en charge des patients atteints, question prioritaire dans les trois pays les plus touchés. Elle interpelle également, pour ces pays, sur les conditions du diagnostic et de cette prise en charge au plus proche des patients.

Pour les autres pays, dont la France, l'enjeu a été de maîtriser autant que possible l'introduction du virus sur le territoire. Pour l'hospitalisation des patients suspects de maladie à virus Ebola, c'est le modèle d'établissements de santé de référence habilités qui a été promu en France alors que d'autres modèles ont été choisis dans d'autres pays. L'expertise autour de la maladie à virus Ebola, son animation pour aider les pouvoirs publics a été une autre dimension de cette organisation spécifique. En France, la création d'un groupe d'experts multidisciplinaires piloté par le HCSP a été la solution proposée par les pouvoirs publics, permettant d'assurer le maximum d'homogénéité dans les recommandations transmises aux acteurs, mais aussi, la réactivité la plus adaptée aux évolutions des connaissances.

Apprendre de ces expériences pour mieux préparer la crise sanitaire qui ne manquera pas de survenir doit être une priorité à la fois des systèmes de santé de chaque pays, mais aussi des organisations internationales. Ainsi, l'échec de l'OMS dans la gestion d'Ebola a été analysé comme un déficit de toute analyse sociale et politique, en sus des évaluations épidémiologiques, absence qui explique les maladresses et les difficultés de l'Organisation dans ses rapports avec les populations et les médias. L'OMS va donc intégrer des anthropologues et autres spécialistes en sciences sociales dans ses équipes y compris sur le terrain.

La gestion des alertes et la coordination entre les différentes structures en charge de la santé publique sont essentielles. L'OMS doit identifier des risques et déclarer des alertes de manière indépendante, et la création d'un centre OMS spécialisé dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence devrait permettre une veille mondiale efficace des évènements épidémiques notamment ceux de faible intensité. **La préparation des systèmes de santé nationaux à ces alertes est essentielle et doit être un objectif d'une Stratégie nationale de santé**.

Suite à la « crise Ebola », la mission d'évaluation de l'état de préparation des établissements de santé de référence habilités a pu conclure à une implication forte des établissements de santé et de leurs personnels, à la nécessité de maintenir les efforts conjoints en période d'inter-crise pour ne pas se laisser surprendre par la prochaine émergence. Cela sous-entend de disposer de systèmes de formation pérennes, du matériel nécessaire à la réalisation de ces entraînements (dont les réactifs de laboratoire), de listes de praticiens (infectiologues, réanimateurs, biologistes…) et de personnels paramédicaux mobilisables (système d'astreintes reconnues et rémunérées)… **Dans ce domaine, il est nécessaire de passer d'une posture réactive à une posture proactive.**

➢ L'adaptation aux crises sanitaires en rapport avec des catastrophes

Les attentats de Paris du 13 novembre 2015 et Nice du 14 juillet 2016 ont placé les systèmes de soins de ces 2 villes dans une situation de crise devant répondre à un grand nombre de personnes en situation d'urgence absolue. Les attentats de Paris ont montré la capacité de mobilisation des différentes structures, qu'il s'agisse du Centre opérationnel de réception et régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUS) créé après la crise de la canicule de 2003, des unités de soins intensifs des hôpitaux parisiens ou des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)[107].

[107] http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1515229?query=featured_home&

Les attentats de Nice nécessiteront une analyse rétrospective comme cela a été le cas pour les attentats de Paris, pour tirer les leçons d'un événement dramatique de cette nature dans une ville où les infrastructures sanitaires sont moins nombreuses.

Ces 2 évènements amènent à attirer l'attention sur la nécessité d'une préparation du système de soins à répondre à ce type d'événement.

➢ L'adaptation aux autres crises de fonctionnement

L'amélioration de la capacité des établissements de soins à maintenir une offre de soins de qualité face aux tensions sanitaires est en enjeu majeur pour répondre aux attentes de sécurité et de qualité de la population.

Chaque année, les capacités d'accueil et d'accès aux soins sont compromises à l'occasion d'épisodes saisonniers, de situations épidémiques ou climatiques (par exemple épidémies de grippe), et lors des fermetures des lits d'hospitalisation (périodes de vacances par exemple).

Ces périodes de tensions aigues s'ajoutent aux difficultés habituellement rencontrées pour muter les patients en soins de suite, en raison de leur degré de dépendance, ou du coût de certaines thérapeutiques onéreuses (antibiotiques récemment commercialisés et infections chroniques comme les infections ostéo-articulaires complexes).

Les conséquences de ces tensions sont multiples :

- un encombrement majeur des services d'accueil et d'urgences,
- l'incapacité des services de médecine et de gériatrie à accueillir les patients (entrée directe ou mutation),
- un allongement majeur des délais d'attente dans les services d'accueil et d'urgence,
- un allongement du délai d'hospitalisation pour les patients requérant des soins spécialisés, et finalement, dans certaines circonstances, une perte de chance pour les patients,
- une altération des conditions de travail génératrice d'un absentéisme qui aggrave les problèmes.

La répétition de ces périodes de tensions hospitalières sur les capacités en aval des services d'urgence doit conduire à prévoir des solutions opérationnelles dont certaines ont été proposées dans un rapport récent sur la territorialisation des urgences[108]:

- Améliorer l'organisation territoriale de la prise en charge des « urgences ».
- Réguler les demandes de soins non réellement urgents, reposant sur des situations diverses qui pourraient trouver réponse adaptée auprès d'autres structures et/ou d'autres professionnels.
- Ouvrir des unités dédiées avec rappel de personnels de réserve, ou recrutement d'intérimaire.

---

[108] Grall JY Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf

- Réduire les hospitalisations programmées en période de tensions en médecine comme en chirurgie.
- Mettre en place des réseaux territoriaux d'accès aux soins non programmés, lesquels seraient significativement activés en période de tension (plateforme de régulation téléphonique médicale).
- Mobiliser les structures d'aval pour améliorer la fluidité des parcours.

Le système de soins connaît des périodes de tension régulières, qu'il s'agisse d'épisodes imprévisibles dans leur intensité comme les épidémies hivernales, ou d'épisodes prévisibles comme les périodes de vacances estivales. **Dans un système de santé reposant majoritairement sur son système de soins hospitalier, ces périodes peuvent avoir des conséquences sur la santé de la population et nécessitent que des moyens et des organisations particulières soient mises en place pour y remédier et en limiter les effets.**

7.2.3 Axe 3 : Le développement de l'innovation en santé

- L'accès à l'innovation
- La révolution technologique digitale est aussi une révolution sociétale
- Les Big data en santé

❖ *L'accès à l'innovation*

Les innovations ne se limitent pas aux innovations médicamenteuses, mais englobent l'ensemble des soins (chirurgie, radiothérapie, radiologie interventionnelle,…), leur organisation/coordination ainsi que les interventions de santé d'amont (prévention, dépistage, diagnostic) et d'aval. Pourraient même être considérés comme innovations des modifications tarifaires, des processus informationnels et décisionnaires ou des actions de formations.

Le HCSP propose plusieurs actions pour favoriser l'accès à l'innovation.

- Favoriser les expérimentations, tout en respectant les règles sociales de la recherche.

Il faut sans doute favoriser la culture de la recherche d'innovation et mettre en place une/des incitation(s) pour permettre de tester rapidement, de manière fiable sans risque non justifié et explicité, les innovations dans le domaine de la santé et globalement. Ce processus doit être encouragé. **Une réflexion portant sur l'articulation des acteurs qui imaginent et testent ces innovations doit être entreprise avec une clarification des relations académiques/privées et ce avec un juste retour d'investissement en terme de niveau (pour éviter la « *financial toxicity* » des médicaments très coûteux) et de répartition de valeur ajoutée.**

- Favoriser les processus d'évaluation globale (« *comprehensive* ») de ces innovations.

Ce processus doit être dans la mesure du possible transparent, auditable, argumentable, et accessible. A ce niveau les potentiels conflits d'intérêts doivent être gérés avec une grande attention. Dans la mesure du possible, des analyses de sensibilité doivent être faites (en précisant leur niveau de confiance). En effet, il est important d'anticiper des facteurs d'interférence (« critique »), rendant

les innovations plus ou moins performantes. **Un jugement sur la pérennité des innovations est souhaitable (parfois difficile à émettre)**. La description d'autres innovations rendant caduque cette analyse permet de juger de la pertinence d'investissements plus ou moins lourds visant à favoriser sa diffusion.

➢ Favoriser la diffusion et l'accès à ces innovations

Il s'agit là d'un point particulièrement important car la vitesse des innovations et leur caractère plus ou moins de rupture peut se dérouler dans un contexte moins souple et non préparé. C'est le cas d'innovations dont la diffusion est rendue très difficile par un mode de financement non adapté (voir contre-incitatif). Le couplage innovation-financement est un point important existant (STIC) mais sans doute à améliorer.

La diffusion comprend également les actions d'informations/formations des acteurs.

➢ Assurer un suivi

Il convient, dans la mesure du possible (et en profitant d'e-innovation en particulier), de vérifier que la cible est bien atteinte, qu'il n'existe pas de dérive d'utilisation ni d'effets secondaires non prévus ni enfin d'effets pervers.

❖ *La révolution technologique digitale est aussi une révolution sociétale*

On peut y voir l'émergence d'un nouveau concept de médecine participative, venant au service de personnes fragilisées, déficientes, empêchées, permettant d'améliorer le bien-vieillir, de maintenir à domicile les personnes âgées, de constituer des technologies substitutives, supplétives, habilitantes, ou capacitantes (CIRDO compagnon intelligent qui réagit au doigt et à l'œil, système de détection des chutes des personnes âgées…), d'accompagner le virage ambulatoire et l'accès à un suivi médical dans les zones sous-médicalisées (télésurveillance…) de passer de l'épisodique au continu, du centré médecin au centré patient. Elle est également susceptible d'impacter la prévention en permettant aux patients d'adopter des comportements plus sains, de s'engager de façon proactive dans la gestion de leur santé.

Mais, certains problèmes ont été déjà observés ou évoqués tels que le mésusage, l'abandon rapide, l'inexactitude des mesures, les problèmes juridiques (à qui appartiennent les données?).

➢ Les outils et dispositifs disponibles

Internet et les réseaux sociaux donnent accès à un grand nombre d'informations dont la qualité dépend du site et n'est à ce jour pas validée par les institutions (hormis les informations figurant sur les sites de ces institutions)[109].

Les applications sur ordinateur ou téléphone mobile destinées au grand public peuvent être ou non être associées à des objets digitaux réalisant des automesures (« *quantified self* »). Ces objets sont censés permettre aux individus de mesurer leurs comportements en santé (composition nutritive des aliments, activité physique, pression artérielle, fréquence cardiaque…), voire de les modifier, et le cas échéant de délivrer des messages personnalisés en fonction des informations enregistrées (tracking

[109] Voir aussi les actes à venir du colloque du 6 juillet 2017 organisé par la Conférence nationale de santé « Objets connectés et évolution de la relation professionnels-usager pour tous ? sous quelles conditions ? »

de la nourriture, scan du code-barres du produit inséré dans le programme alimentaire myfitnesspal, …). Plutôt que des objets, il s'agit de dispositifs qui s'insèrent dans un réseau.

Ces objets digitaux peuvent également être utilisés par des personnes atteintes de pathologies (suivi de la pression artérielle, suivi de la glycémie…), dans le cadre d'une prescription et d'un apprentissage de l'automesure délivrés par des professionnels. Néanmoins, ces objets étant en vente libre, ils peuvent aussi être utilisés en dehors de toute prescription.

Les outils connectés, ou les dispositifs permettant de suivre des patients à distance par un professionnel de santé, entrent dans un registre de soins plus classique mais nécessitent également un accompagnement pour la formation des professionnels et des patients, ainsi qu'une évaluation de l'efficience et de l'impact sur l'organisation des soins.

- Le développement d'un marché non régulé

Le développement de ce secteur qu'il s'agisse du nombre de nouveaux acteurs industriels, de la vitesse de développement ou du volume du marché (dispositifs, applications et autres objets) est impressionnant et nécessite d'être pris en compte dans une politique de santé publique.

En 2016, 6,4 milliards d'objets étaient connectés dans le monde. Ce n'est qu'un début, la société d'analyse Gartner prévoit que plus de 20 milliards d'objets seront connectés en 2020, ceux qui concernent la santé pourraient représenter un marché mondial de 117 milliards de dollars en 2020, selon la société MarketResearch.

Les industriels ayant une culture santé de longue date font place à de nouveaux acteurs venant d'univers très variés (jeux vidéo, GAFA, intelligence artificielle…). Les centaines de Start up développant des applications dans ce domaine se présentent comme disruptives et agressives et reposent sur un business model très différent de celui qui prévalait dans le domaine de la santé. Par ailleurs ces nouveaux industriels ne connaissent pas les contraintes liées à l'évaluation en santé.

La révolution technologique permet également, en réduisant les coûts, de mettre à disposition des individus de véritables outils diagnostiques hors prescription médicale (exemple tests de dépistage de Mylan). L'impact peut être positif permettant d'atteindre des publics qui n'allaient pas de faire soigner. Il peut aussi être négatif générant des faux positifs (angoisses, consultations et examens paracliniques inutiles), et des faux négatifs (fausse réassurance qui peut retarder la consultation et le diagnostic…). Elle pourra également potentiellement améliorer l'accès à certains soins (imprimante 3D pour les prothèses …).

- La formation et l'information des professionnels

Ces nouveaux instruments et dispositifs, ces nouveaux acteurs de la santé vont entrainer une modification profonde de nos modèles traditionnels et constituent un challenge nouveau pour la formation des professionnels de santé.

- La nécessité de prendre en compte cette évolution dans une politique de santé

Au total, on constate une explosion de ces dispositifs, de façon totalement non régulée avec un manque d'évaluation de leurs qualités métrologiques, un manque de concertation des usagers de ces dispositifs avec les professionnels de santé, et un manque d'évaluation de leur impact sur les comportements et la santé des individus. Par ailleurs, les méthodes traditionnelles d'évaluation de ces dispositifs ne sont pas appropriées compte tenu de la vitesse d'innovation.

L'accessibilité à ces outils va impacter la relation professionnel-usager et pourrait également avoir dans certains cas des effets délétères (auto traitement inapproprié, faux négatifs ou faux positifs des tests diagnostiques en vente libre….).

Il est essentiel d'intégrer ces aspects dans la formation initiale et continue et d'accompagner les professionnels pour qu'ils soient en capacité d'accéder aux outils et aux informations pertinentes et de conseiller leurs patients.

La recherche doit porter sur les aspects de régulation et d'évaluation de l'impact sur le comportement et la santé des usagers, et de l'impact sur les professionnels de santé et le système de soins.

❖ *Les Big data en santé*

Le développement du numérique en santé, qu'il s'agisse des systèmes informatiques classiques comme les systèmes d'information hospitalier, de ceux de l'Assurance maladie, ou des dossiers informatisés des médecins traitants par exemple, comme des systèmes informatiques liés à des objets connectés est un fait et doit être pris en compte dans les politiques de santé. Notamment ces systèmes génèrent un nombre considérable de données souvent inexploitées faute de ressources et de méthodologie adéquates.

➢ Les données : une nécessité pour l'évaluation

L'évaluateur souhaite toujours disposer de plus de données pour évaluer les effets des politiques publiques, qu'il s'agisse de l'impact, de l'efficacité ou à un moindre degré du suivi de la mise en œuvre de mesures ou de programmes.

Cependant, l'évaluation des politiques publiques de santé passe, autant que possible, par l'accès à des données agrégées sous la forme d'indicateurs. Ces indicateurs issus de systèmes d'information multiples sont malheureusement peu souvent disponibles et leur évolution difficile à analyser au regard de la ou des questions évaluatives.

De ce point de vue, l'accès à un nombre de plus en plus important de données concernant la santé représente une opportunité.

➢ L'accès aux données de santé : une opportunité à tempérer probablement

L'évidence de l'efficacité d'une mesure ou d'un plan est issue de la confrontation de points de vue différents, comme c'est le cas pour l'évidence scientifique. L'accès à des sources différentes devrait renforcer la pertinence des conclusions de l'évaluation.

Des données, issues de systèmes d'information jusque-là fermés, sont maintenant potentiellement accessibles. C'est le cas des données issues du Sniiram, système d'information de l'Assurance maladie, des données d'activité des hôpitaux issues du PMSI (programme de médicalisation du système d'information), des données issues du DMP (dossier médical partagé), etc... Ces bases de données permettront en principe de compléter la description de l'état de santé d'une population ou de sous-populations.

➢ Les propositions

Si l'accès à ces données représente une opportunité permettant d'améliorer les connaissances, il est important de résoudre des problèmes méthodologiques posés par ces bases de données très larges et insuffisamment exploitées.

1- Développer une méthodologie d'analyse des données « massives »

Ce problème s'est posé lors du développement de la génomique en oncologie. Le nombre très important de données et de tests mettait en évidence des mutations génétiques sans lien avec la pathologie concernée.

En effet, le nombre très important de données traitées augmente très fortement la puissance des comparaisons risquant de rendre significatives, au sens statistique du terme, des différences faibles. De plus, un nombre important de comparaisons réalisées risque lui aussi de faire apparaître comme significatives des différences en fait aléatoires.

Ainsi, la question n'est pas de mettre en évidence des différences qui apparaitront très fréquemment, mais de valider des hypothèses faites dans le cadre d'un modèle d'effet.

En effet, les corrections disponibles pour prendre en compte les comparaisons multiples (type Bonferoni) ne sont pas adaptées au nombre très important de comparaisons rendues possibles par un nombre de données disponibles considérable.

2- Utiliser les big data pour créer des indicateurs

L'ouverture des bases de données de santé pose la question des outils les plus appropriés pour évaluer les politiques publiques.

Les indicateurs, conçus pour monitorer une intervention ou un programme, représentent actuellement le *gold standard* pour l'évaluateur. La mobilisation d'indicateurs, conçus pour leurs qualités métrologiques (SMART) au regard de la question posée, nécessite des moyens et une anticipation souvent incompatibles avec le calendrier de la mise en œuvre des programmes.

Les études *ad hoc* sont une alternative à des indicateurs recueillis en routine. En effet, si elles ne peuvent être effectuées qu'en un nombre limité d'itération, elles sont conçues et réalisées pour répondre à une question spécifique et limitent de ce fait les biais d'interprétation.

L'analyse des données issues des grandes bases de données est potentiellement la moins contraignante, puisqu'elle ne nécessite pas de planification particulière par rapport à la mise en œuvre de la politique à évaluer.

3- Engager une réflexion prospective sur l'avenir pour les données de la santé 3.0

Si les grandes bases de données publiques recueillent pour l'essentiel des données de maladies et non des données de santé, les données de santé sont de plus en plus stockées par des opérateurs privés.

Les principales données concernant les comportements alimentaires sont ainsi recueillies par les grandes enseignes au moyen de leur carte de fidélité. Demandée volontairement par les consommateurs, elles permettent de relier les données de consommations à de nombreuses caractéristiques personnelles et familiales, et ce, en échange de très faibles avantages au regard du nombre de données fournies.

C'est le cas aussi des données recueillies par les objets connectés (podomètres sur smartphones, montres connectées recueillant les phases de sommeil ou le rythme cardiaque). Il en est de même des données recueillies lors des consultations des sites internet (de santé entre autres) par les *customer relationship managers* (ou gestionnaires de relations clients). Ces données, couplées avec des données de géolocalisation ou des adresses IP ou des numéros MAC, recueillies volontairement par les utilisateurs, vont représenter une formidable description de l'état de santé d'une population.

Les Big Data de santé sont devenues un enjeu majeur de développement tant pour l'industrie pharmaceutique que pour les chercheurs. Il faut toutefois veiller à ce stockage de données de santé par des opérateurs privés et potentiellement hors du champ de l'évaluation des politiques publiques de santé.

Ainsi, alors que des données publiques, longtemps protégées, deviennent accessibles aux chercheurs et aux évaluateurs, d'autres, tout aussi stratégiques pour l'évaluation des politiques publiques, notamment dans le domaine de la prévention, sont recueillies massivement sans que leur utilisation dans un but de santé publique soit possible à terme, de façon certaine.

7.2.4 Axe 4 : Le développement et le soutien à la formation et à la recherche en santé publique

- La formation des personnels de santé les préparant aux évolutions
- La recherche en santé publique
- Le renforcement des interactions entre chercheurs et décideurs nationaux ou locaux (centres d'expertises régionaux de recherche en santé publique (CERReSP).

Les évolutions épidémiologiques, la complexité des dispositifs et des instances, la prise en charge et la prise en compte multidisciplinaire de la santé collective et individuelle, la perte de confiance dans le système de santé, les avancées permanentes de la médecine et de la prévention médicalisée, le nécessaire développement de la prévention et de la promotion de la santé, la participation active du patient à son propre traitement, la démocratie en santé et la nécessaire évolution des métiers sont autant d'enjeux qui nécessitent la **permanente évolution des pratiques des professionnels de santé**.

❖ *La formation des personnels de santé les préparant aux évolutions*

De nombreux progrès ont été réalisés avec la mise en place des programmes d'éducation thérapeutique pour lesquels le renforcement des compétences des professionnels a été requis. **Les programmes de formation initiale des soignants doivent les préparer aux évolutions de leurs métiers.** Des programmes de formation continue doivent accompagner les évolutions pour permettre l'adhésion des différents personnels à celles-ci. D'autre part, la politique vaccinale et la mise en place des dépistages organisés, par exemple, doivent être consolidées par la formation continue. Il en est de même pour le repérage de la crise suicidaire pour lequel les avantages de formations pluridisciplinaires ont été démontrés (Terra 2001).

❖ *La recherche en santé publique*

La recherche en Santé Publique doit être un champ de la recherche reconnu par les instituts de recherche et capable de mobiliser des équipes de niveau international. Il faut aussi noter le retard

pris par les équipes de recherche en France dans ces domaines faute d'un soutien à la recherche en santé publique. Cette recherche a fait récemment l'objet d'un programme sur cinq ans proposé par l'ITMO Santé publique [277]. Les évolutions de notre système de santé posent des questions multiples, notamment sanitaires, sociales et sociétales. Les changements imposés par les évolutions démographiques et épidémiologiques doivent être conduits en utilisant les résultats de la recherche. Les problèmes de santé abordés dans ce document doivent faire l'objet de recherche à la fois cognitive et interventionnelle, de façon à identifier les interventions efficaces pouvant être généralisées dans une politique de santé. Ainsi, l'usage de plus en plus important des outils numériques, le développement de parcours de soins et de santé et les nouveaux modes de tarification, de prévention et la prise en charge des maladies chroniques, la prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, la multiplication des maladies émergentes ou ré-émergentes et des risques épidémiques sont autant de domaines dans lesquels la recherche doit être développée en France.

L'institut thématique multi-organisme (ITMO) santé publique et l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) ont identifié 4 priorités qui doivent être portées dans une Stratégie nationale de santé :

- La recherche sur les déterminants de santé, sur la prévention et sur les interventions efficaces et potentiellement généralisables.
- Les interactions entre environnement, travail et santé et notamment par des recherches sur l'exposome et sur les effets des expositions en particulier.
- Des politiques, des systèmes et des services de santé, du point de vue de leur efficacité, de leur financement, de leur équité, de leur capacité d'innovation ou de leur efficience, tant à l'échelle nationale que territoriale.
- Enfin, les recherches sur les concepts et les méthodes, quantitatives et qualitatives, permettant de traiter et de représenter de manière robuste les données, y compris massives.

La Stratégie nationale de santé va identifier des priorités sur la base d'une analyse des pressions pesant sur la santé de la population ou sur notre système de santé. Les plans d'action doivent mettre en œuvre des données scientifiques. Il y a urgence à renforcer une recherche de pointe en santé publique sur la base des meilleurs standards internationaux mais en contextualisant.

La France doit se doter d'un ambitieux programme national de recherche en santé publique, permettant de produire des connaissances indispensables à l'élaboration d'interventions et de politiques de santé aux échelons national, régional et local, par l'ensemble des opérateurs de santé publique.

❖ *Le renforcement des interactions entre chercheurs et décideurs nationaux ou locaux (centres d'expertises régionaux de recherche en santé publique (CERReSP).*

L'Inserm, Aviesan (ITMO Santé Publique) et l'Iresp (Institut de Recherche en Santé Publique), en lien avec la Direction générale de la santé, devraient lancer prochainement un appel à projet pour la création de centres d'expertises régionaux de recherche en santé publique (CERReSP). Ces centres auront comme mission de mettre à disposition une expertise pour les décideurs. Il s'agit de structures qui devront proposer une animation scientifique, une aide aux décideurs fondée sur

l'expertise (travaux de recherche à la demande des décideurs comme l'ARS), comme cela existe notamment en Angleterre. La DGS a mis la création de ces centres d'expertises régionaux dans son plan stratégique.

Ces structures doivent être développées pour favoriser la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé, notamment dans les plans régionaux de santé. **L'accès à une expertise universitaire et de recherche est un élément essentiel pour permettre aux Agences régionales de santé de mettre en place des plans d'actions reposant sur des actions dont l'efficacité a été démontrée, de soutenir des programmes de recherche notamment en implémentation, et de mettre en œuvre des évaluations de ces plans.**

7.2.5 Axe 5 : Une politique spécifique axée sur la santé des enfants et des adolescents

Références bibliographiques pour l'axe 5 [278]

- Poursuivre les politiques en faveur de la jeunesse : plan de promotion du bien-être et de la santé des jeunes, et parcours éducatif de santé en milieu scolaire
- Agir dès la petite enfance
- Soutenir les professionnels de PMI et de santé scolaire
- Accompagner la mise en place du parcours éducatif de santé
- Améliorer la participation des jeunes

❖ *Poursuivre les politiques en faveur de la jeunesse : plan de promotion du bien-être et de la santé des jeunes, et parcours éducatif de santé en milieu scolaire*

Le dernier Plan d'action de promotion du bien-être et de la santé des jeunes (novembre 2016) s'inscrit dans une continuité de politiques menées en faveur de la jeunesse, visant la réussite éducative pour tous, l'égalité d'accès aux soins, la précocité des prises en charge. Il prévoit l'accès en ligne à des informations de santé fiables et à des ressources, un accès facilité aux consultations de psychologues, une coopération pluridisciplinaire, de la formation et de l'accompagnement des professionnels éducatifs et de santé autour des maisons des adolescents, un renforcement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il est aujourd'hui essentiel de faire émerger une culture partagée entre les personnels de l'Éducation nationale et le secteur de la santé.

❖ *Agir dès la petite enfance*

Un investissement dès la petite enfance se justifie sur les plans de l'efficacité, de l'équité et d'une meilleure utilisation des ressources à travers les politiques sanitaires, sociales et éducatives. C'est au cours de cette période que les iniquités de santé commencent à avoir des effets sur la santé. Les parents sont les premiers éducateurs de leur enfant. Les programmes de soutien à la parentalité sont efficients pour améliorer la santé des jeunes.

À l'instar des préconisations de l'OCDE ou de l'Unicef, la stratégie sociale et de santé en faveur de l'enfance doit répondre au principe d'universalisme avec des services et des prestations devant bénéficier à tous les enfants, quel que soit leur milieu d'origine. Elle doit être proportionnée en fonction des besoins différents des enfants et de leurs familles avec des interventions renforcées et/ou qualitativement adaptées à leur situation économique, sociale et culturelle.

❖ *Soutenir les professionnels de PMI et de santé scolaire*

Les acteurs institutionnels que sont les professionnels de Protection maternelle et infantile (PMI) et ceux de promotion de la santé en faveur des élèves sont à soutenir structurellement et méthodologiquement. Leurs actions doivent être intensifiées, accompagnées et évaluées. Leurs moyens humains et financiers doivent leur permettre une politique de « l'aller vers » les personnes les plus en difficulté. Un suivi effectif des suites données aux actions en direction des enfants issus de milieux défavorisés ou présentant des risques de santé plus élevés doit être organisé pour éviter les ruptures des parcours. Citons l'entretien prénatal précoce, les visites à domicile, la guidance parentale dans le respect de l'autonomie et des compétences des personnes, le repérage et prise en charge précoce des troubles sensoriels, du langage et psychomoteurs....

Un cadrage national et des instructions claires invitant à renforcer, légitimer les collaborations intersectorielles, le maillage territorial santé-social-éducatif, permettront une meilleure cohérence et une continuité des interventions.

❖ *Accompagner la mise en place du parcours éducatif de santé*

À l'école, le parcours éducatif de santé est une excellente opportunité pour articuler les enseignements et la promotion de la santé. Le dispositif est très récent, il nécessite un accompagnement important pour être opérationnel. L'objectif est de développer une véritable culture de santé dans tous les programmes d'enseignement (littératie en santé), c'est-à-dire de permettre aux élèves d'acquérir des connaissances fiables, de développer leur esprit d'analyse et de critique, leur apprendre à connaître et à utiliser le système de santé, et les amener à adopter des comportements favorables à leur santé en favorisant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité.

Il reste à poursuivre la clarification des missions de l'école en matière de santé, à mieux articuler les pratiques préventives et de promotion de la santé avec tous les acteurs de santé au niveau national, régional et local et avec les parents.

Les principes sont une vision positive et continue du développement de l'enfant et de l'adolescent, des stratégies d'actions basées sur le développement de compétences personnelles et sociales communes aux thématiques de santé et favorables à la réussite scolaire, et des démarches globales.

Cette préoccupation doit être inscrite systématiquement dans les projets régionaux de santé, discutée dans la Commission de coordination des politiques publiques et associer l'ensemble des opérateurs régionaux et locaux de promotion de la santé.

❖ *Améliorer la participation des jeunes*

Enfin la démocratie en santé concerne aussi les enfants et les adolescents, ils doivent être systématiquement associés aux décisions qui les concernent. Les projets doivent viser leur *empowerment* (pouvoir d'agir).

7.3 La mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé par un pilotage efficace et adaptée

Le HCSP a procédé depuis sa création à l'évaluation de nombreux plans de santé publique. Le bilan qui en a été fait montre que les modèles de conception ont varié d'un plan à l'autre, que l'environnement dans lequel ces plans ont été développés était aussi différent, affectant logiquement leurs résultats. A titre d'exemple, les plans cancer ont bénéficié d'une agence dédiée à leur mise en œuvre, (Institut national du cancer), contrairement à d'autres comme les plans « maladies rares ».

7.3.1 Le pilotage par indicateurs

En 2013, la ministre chargée de la santé a souhaité doter la Stratégie nationale de santé d'un outil réactif et didactique, sous forme d'un tableau de bord synthétique comportant un nombre restreint d'indicateurs, qui dresse un portrait annuel de notre système de santé et de l'état de santé de la population. Ce tableau de bord, proposé par le HCSP[110], avait une double vocation de pilotage interministériel et de communication vis-à-vis du grand public, sur le modèle de tableaux de bord mis en place par d'autres pays. **Le HCSP propose donc qu'un tableau de bord d'indicateurs synthétiques soit réactualisé pour suivre la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé.**

7.3.2 Le renforcement de l'accès aux données et des systèmes d'information

Les évaluations menées par le HCSP ont régulièrement porté sur les systèmes d'information dans le champ de la santé. Les constats réalisés ces dernières années confirment l'importance de ces systèmes d'information dans la conception même et la mise en œuvre des politiques de santé, aussi bien pour l'évaluation des mesures prises dans le cadre de plans ou de programmes, qu'en routine. Par ailleurs, il faut rappeler la complexité et le morcellement des systèmes d'information en santé, notamment ceux gérant les dossiers médicaux dans le secteur hospitalier et encore plus en secteur libéral, ainsi que la difficulté d'accès aux données correspondantes, même pour une instance publique d'expertise comme le HCSP.

7.3.3 Une stratégie et un pilotage opérationnel adaptés

Le suivi de la mise en œuvre des mesures, c'est-à-dire le pilotage opérationnel consacré aux plans de santé publique est souvent limité et pas toujours constant dans le temps, ce qui peut nuire au déroulement harmonieux des plans ou des actions. En revanche, les Plans cancer ou le PNSE ont bénéficié d'un suivi plus soutenu. De plus, on peut établir une relation entre le degré d'achèvement des mesures d'un plan et les moyens consacrés à son suivi. Or, ces moyens apparaissent la plupart du temps insuffisants au regard du nombre de mesures ou d'acteurs concernés.

Une des conséquences des faibles moyens consacrés au pilotage opérationnel est la difficulté à disposer d'indicateurs de suivi ou d'indicateurs de résultats finaux ou intermédiaires à mettre en regard des actions entreprises. Par ailleurs, si les différentes parties prenantes d'un plan sont bien concernées ou consultées pour l'élaboration des mesures, dans la plupart des plans elles jouent un rôle peu important dans leur suivi.

[110] http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=422

Une autre conséquence est le manque d'information permettant aux décideurs de réaliser un pilotage stratégique performant et réactif (choix d'orientation, fixation des objectifs et choix des mesures).

7.3.4 La nécessité de mettre en place une évaluation *ex-ante*

Le HCSP a recommandé dans un séminaire en 2013[111], de prévoir l'évaluation de façon simultanée à la conception des politiques de santé et d'évoluer vers une évaluation *ex-ante*. La Stratégie nationale de santé doit être l'occasion de mettre en place une telle évolution. L'évaluation doit être financée par un budget propre permettant de la mener correctement.

8 Conclusion

Pour la future SNS, le HCSP préconise de développer une approche par déterminants de santé, plutôt qu'une approche par pathologie, avec deux objectifs primordiaux, l'intersectorialité portant sur plusieurs domaines d'intervention et la réduction des inégalités de santé. Si cette approche est plus complexe, son efficacité attendue est supérieure à des approches par pathologie « en silos ».

De plus, il ressort de son analyse que la multiplication des plans et programmes en lien avec la loi de santé publique de 2004 a conduit à une perte de lisibilité des priorités, à la formulation de plans et programmes faiblement dotés en ressources, induisant une complexité accrue dans la gouvernance du système de santé.

Pour pallier à ces difficultés et pour une meilleure lisibilité, **le HCSP préconise qu'un plan national de santé publique, intégrant les plans et programmes existants dans un objectif de cohérence, soit élaboré et mis en œuvre afin de constituer le cadre d'un développement régional à travers les programmes régionaux de santé.**

Rapport produit par le groupe de travail « Stratégie Nationale de Santé – Indicateurs »
Le 2 août 2017
Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
www.hcsp.fr

Ce rapport a été soumis par vote électronique aux membres du bureau du Collège du HCSP le 4 août 2017 : 9 membres qualifiés sur 9 membres qualifiés votant, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 9 votants, 0 abstention, 0 vote contre.

[111] http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=382

9 Liste des membres du Groupe de travail mis en place pour répondre à cette saisine

Franck Chauvin, président du HCSP
Zeina Mansour, vice-présidente du HCSP

Membres des commissions spécialisées

Commission spécialisée Système de santé et sécurité des patients
Éric Breton
Pierre Czernichow
Anne-Paule Duarte
Véronique Gilleron
Olivier Lacoste
Philippe Michel
Matthieu Sibé

Commission spécialisée Maladies Chroniques
Joël Coste
François Eisinger
Liana Euller-Ziegler
Pascale Grosclaude
Isabelle Millot-Van Vlierberghe
Anne-Marie Schott

Commission spécialisée Risques liés à l'environnement
Francelyne Marano

Commission spécialisée Maladies infectieuses et maladies émergentes
Christian Chidiac
Emmanuel Debost

Personnalité invitée
Pierre Arwidson, Santé publique France

Ont également apporté leurs contributions :
Elisabeth Monnet, collège du HCSP
François Vialla, collège du HCSP
Et les membres des quatre commissions spécialisées du HCSP.

Membres du SG HCSP

Jean-Michel Azanowsky, coordinateur
Annette Colonnier
Marie-France d'Acremont
Bernard Faliu, Secrétaire général
Roberte Manigat
Ann Pariente-Khayat
Gabrielle Vernouillet
Judy Dossous, stagiaire
Maryline Loubineau, secrétaire

10 Principaux sigles utilisés

ACS : aide complémentaire de santé
ALD : affection longue durée
AME : aide médicale d'État
AMP : assistance médicale à la procréation
ANSP : Agence nationale de santé publique (Santé publique France)
APA : allocation personnalisée d'autonomie
API : alcoolisation ponctuelle importante
ARS : Agence régionale de santé
BMR : bactérie multirésistante
BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive
C3G : céphalosporine de 3ème génération
CAO : cariée-absente-obturée (indice de dents)
CCNE : Comité consultatif national d'éthique
CE : Commission européenne
CERReSP : Centre d'expertise régional de recherche en santé publique
Chafea : Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation
CIRC : Centre international de recherche sur le cancer
CMU : couverture maladie universelle
CO : monoxyde de carbone
COV : composés organiques volatils
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
CSF : contexte de la sexualité en France
CSP : Code de la santé publique
CV : couverture vaccinale
DGS : Direction générale de la santé
DGsanCo : Direction générale santé consommateurs
DALY : Disability adjusted life years
DMP : Dossier médical partagé
DOM : Département d'Outre-mer
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSH : documents de sortie d'hospitalisation
DTP : diphtérie, tétanos et poliomyélite
EBLSE : entérobactérie productrice de bêta-lactamases à spectre étendu
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIP : European Innovation Partnership
ECHI : European Community on Health Indicators
ENCMM : Enquête nationale et confidentielle sur la mortalité maternelle
EVSI : Espérance de vie sans incapacité
FIR : Fonds d'intervention régional
HAP : hydrocarbures aromatiques polycycliques
HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
INED : Institut national d'études démographiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
G7 : Groupe des sept
G20 : Groupe des vingt
GBD : Global Burden of Disease
GHT : groupement hospitalier de territoire

HAS : Haute Autorité de la santé
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
HLY : Healthy Life Years
HIAP : Health In All Policies
HPV : papillomavirus
IMG : interruption médicale de grossesse
InSPIRe-ID 2 : initiative en santé publique pour l'interaction entre recherche, intervention et décision
ISS : inégalités sociales de santé
IST : infection sexuellement transmissible
LMSS : loi de modernisation de notre système de santé
MAAD : maladie d'Alzheimer et autres démences
MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MCD : mutation constitutionnelle délétère
MCO : médecine chirurgie obstétrique
Mds : milliards
MSA : Mutualité sociale agricole
MSP : maison de santé pluri-professionnelle
NOx : oxyde d'azote
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux
ONU : Organisation des nations unies
OQAI : Observatoire de la qualité de l'air intérieur
Paerpa : personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PEC : prise en charge
PIB : produit intérieur brut
PMI : protection maternelle et infantile
PNNS : plan national nutrition santé
PNSP : programme national pour la sécurité des patients
PQAI : plan sur la qualité de l'air intérieur
PR : perception du risque
PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PREPA : plan national de réduction des émissions de polluants atmosphériques
Propias : programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins
PRS : programme régional de santé
PTA : plateforme territoriale d'appui
RAAC : récupération améliorée après chirurgie
RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
RSI : règlement sanitaire international
SGMCAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SHARE : survey on health, ageing and retirement in Europe
SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise
SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SNS : Stratégie nationale de santé
SNS-I : Stratégie nationale de santé-Indicateurs
TFA : territoire français d'Amérique
TIC : Technologies de l'information et de la communication
TMS : Troubles musculo-squelettiques
UE : Union européenne

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIH : virus de l'immunodéficience humaine
VADS : voies aéro-digestives supérieures
ZEP : zone d'éducation prioritaire

11 Références bibliographiques

[1] Décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé.

[2] Annu. Rev. Public Health 2012. 33:137–56, This article's doi: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124627, Fisher E.B et al., Behavioral Science Research in the Prevention of Diabetes Status and opportunities, Diabetes Care March 2002 vol. 25 no. 3 599-606, doi:10.2337/diacare.25.3.59.

[3] Annu. Rev. Public Health 2012. 33:137–56, This article's doi: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124627, Fisher E.B et al., Behavioral Science Research in the Prevention of Diabetes Status and opportunities, Diabetes Care March 2002 vol. 25 no. 3 599-606, doi:10.2337/diacare.25.3.599)

[4] Health Behaviors From Early to Late Midlife as Predictors of Cognitive Function, The Whitehall II Study, Am. J. Epidemiol. (2009) 170 (4): 428-437. doi: 10.1093/aje/kwp161.

[5] Diabetes Prevention Program Research Group, Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin, N Engl J Med 2002; 346:393-403).

[6] Sermet C. Santé perçue et morbidité déclarée : état des lieux et évolution. Actualité et dossier en santé publique, 2012, 80, 6 -12.

[7] Célant N., Guillaume S., Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012.

Rapport Irdes 556, 2014, 302 p.

[8] Drees L'état de la population en France , rapport 2017

[9] Enquête European Health Interview Survey, EHIS 2014.

[10] Le Pape A., Sermet C. La polypathologie des personnes âgées : quelle prise en charge à domicile ? Congrès « Soigner à domicile », Paris, 11 et 12 octobre 1996.

[11] La santé en France et en Europe : convergences et contrastes. HCSP, Collection Avis et rapport, La Documentation française, 2012, 265 p.

[12] La santé en France et en Europe : convergences et contrastes. HCSP, collection Avis et rapport, La Documentation française, 2012, 265 p.

[13] Aballea P, Marie E. L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque. IGAS, Mai 2012, 294 p.

[14] Cambois E., Robine J. M. Tendance et disparités d'espérance de vie sans incapacité en France,

[15] Dourgnon P., Or Z., Sorasith C. Les inégalités de recours aux soins en France, retour sur une décennie de réformes. Actualité et dossier en santé publique, 2012, 80, 33-35.

[16] Cuerq A., Paita M., Ricordeau P. Les causes médicales d'invalidité en 2006. Cnam-TS, Points de repère, 2008, 16, 8 p.

[17] Audureau E, Rican S, Coste J. Worsening trends and increasing disparities in health-related quality of life: evidence from two French population-based cross-sectional surveys, 1995-2003. Qual Life Res. 2013 Feb;22(1):13-26.

[18] Audureau E, Rican S, Coste J. From deindustrialization to individual health-related quality of life: multilevel evidence of contextual predictors, mediators and modulators across French regions, 2003. Health Place. 2013 Jul;22:140-52.

[19] GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Lancet 2016

[20] Rajaratnam JK, Lancet 2010

[21] Jougla E., Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable ». HCSP, Collection Documents, La Documentation française, 2013, 31 p.

[22] Blanpain N. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. Insee Prem. 2016;1584. https://www.insee.fr/fr/ statistiques/1908110

[23] Delpierre C, Fantin R, Chehoud H et al. Inégalités sociales d'accès aux soins et à la prévention en Midi-Pyrénées, France, 2012. Bull Epidemiol Hebd. 2016;1:2–8.

[24] Mackenbach JP, BMJ 2016

[25] Thibaut De Saint P, Chardon O, Guignon N. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Études et résultats. 2015;920:1-6.

[26] Guignard R, Beck F, Richard JB et al. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. Bull Epidemiol Hebd. 2015;17-18:281-8.

[27] Gentil J, Dabakuyo TS, Ouedraogo S et al. For patients with breast cancer, geographic and social disparities are independent determinants of access to specialized surgeons. A eleven-year population-based multilevel analysis. BMC Cancer. 2012;12:351.

[28] Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L. Suivi des examens recommandés dans la surveillance du diabète en France, en 2013. Bull Epidemiol Hebd. 2015;34- 35:645-54.

[29] Etude Jagger, 2008 – UE

[30] Delpierre C, Fantin R, Chehoud H, Nicoules V, Bayle A, Souche A, et al. Inégalités sociales d'accès aux soins et à la prévention en Midi-Pyrénées, France, 2012. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(1):2-8. http://www.invs.sante.fr/beh/ 2016/1/2016_1_1.html

[31] Bryere J, Dejardin O, Launay L et al; Réseau français des registres des cancers (Francim). Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. Bull Epidemiol Hebd. 2017;4:68-77.

[32] Les inégalités de santé au carrefour de la veille, de la prévention et de la recherche. Dossier, Gorza Maud, Eilstein Daniel,Article : BEH, n° 16-17, 2016-06-17, pp. 273-325

[33] Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermeunier A, Wilquin JL, Viet NT. La consommation de tabac en France: caractéristiques et évolutions récentes. Évolutions. 2015;(31):1-6. http://inpes. santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1611.pdf

[34] Marmot M. Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. 242 p. http://www. instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-livesthe-marmot-review

[35] Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. Lancet. 2014;383(9971):630-67

[36] Santé en France. Problèmes et Politiques. Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique. La Documentation Française, HCSP 2015

[37] Bellamy V., Beaumel C. Bilan démographique 2012. La population croît, mais plus modérément. Insee Première, 2013, 1429, 4 p.

[38] Blondel B., Lelong N., Kermarrec M., Goffinet F. Coordination nationale des Enquêtes nationale périnatales. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2012, 41, 2, 151-166.

[39] Wadhwa P. D., Buss D., Entringer S., Swanson J. M. Developmental origins of health and disease: brief history of the approach and current focus on epigenetic mechanisms. Semin Reprod Med, 2009, 27, 358-368

[40] Mortalité infantile en Europe. Eurostat. http://epp.eurostat.ec.europa.eu

[41] Niel X. Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente. L'apport de l'échantillon démographique permanent. Insee, Document de travail, 2011, F1106.

[42] Blondel B., Lelong N., Kermarrec M., Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2012, 41, 151-166.

[43] Larroque B., Bréart G., Kaminski M., Dehan M., André M., Burguet A. et al. Survival of very preterm infants: Epipage, a population-based cohort study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2004, 89, F139-144.

[44] Larroque B., Ancel P. Y., Marchand-Martin L., Cambonie G., Fresson F., Pierrat V. et al. Special care and school difficulties in 8-year-old very preterm children: the Epipage cohort study. PLos One, 2011, 6, e21361.

[45] Wadhwa P. D., Buss D., Entringer S., Swanson J. M. Developmental origins of health and disease: brief history of the approach and current focus on epigenetic mechanisms. Semin Reprod Med, 2009, 27, 358-368

[46] Mouquet M. - C., Rey S. Le nouveau suivi de la mortinatalité en France depuis 2012. Etudes et résultats 2014, 901

[47] Zeitlin J., Mohangoo A. European Perinatal Health Report. Paris, 2008. www.europeristat.com

[48] Blondel B., Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Enquête nationale périnatale 2010. Drees, Rapport 2011. http://www.sante.gouv.fr

[49] Bonet M., Blondel B., Khoshnood B. Evaluating regional differences in breastfeeding in French maternity units: a multilevel approach. Publ Health Nutr, 2010, 13, 1946-1954.

[50] Blondel B., Mahjoub N., Drewniak N., Launay O., Goffinet F. Failure of the vaccination campaign against A(H1N1) influenza in pregnant women in France: results from a national survey. Vaccine, 2012, 30, 5661-5665.

[51] Blondel B., Fresson J., Ancel P. Y., Bouvier-Colle M. H. Surveillance en santé périnatale. In : Astagneau P., Ancelle T. (eds), Surveillance épidémiologique : Principes, méthodes et applications en santé publique. Lavoisier, Paris, 2011

[52] Aouba A., Eb M., Rey G., Pavillon G., Jougla E. Données sur la mortalité en France et évolutions depuis 2000. Bull Epidemiol Hebd, 2011, 22, 249-255.

[53] Danet S (dir). L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Drees.

[54] Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Saint-Denis-la-Plaine, HAS, Service des recommandations professionnelles, 2005, 132 p.

[55] Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. Saint-Denis-la-Plaine, HAS, juin 2005.

[56] Guignon N., Collet M., Gonzalez L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Drees, Études et résultats, 2010, 737; Guignon N. Encadré : Surpoids et obésité chez les enfants de 6 ans en France, 2005-2006. Bull Epidemiol Hebd, 2011, 8-9, 95.

[57] Dossier Couverture vaccinale. InVS. www.invs.sante.fr. Mise à jour 3 juin 2013.

[58] Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bull Epidemiol Hebd, 2013, 14-15, 129-158.

[59] Yaouancq F., Duée M. Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situation. In France, portrait social. Édition 2014. Ed. Insee, 2014, 123 138

[60] Aouba A., Eb M., Rey G., Pavillon G., Jougla E. Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. Bull Épidémiol Hebd, 2011, 22, 249-255.

[61] Beck F., Richard J.B. (dir). Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres santé, 2013, 344 p.

[62] Noncommunicable diseases country profiles 2011. Geneva, WHO Global Report, 2011, 209 p.

[63] Beck F., Richard J. B. (dir). Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres santé, 2013, 344 p.

[64] Brownell K.D., Kersh R., Ludwig D.S. et al. Personal responsibility and obesity: a constructive approach to a controversial issue. Health Aff (Millwood), 2010, 29, 379-387.

[65] William D. R. The Health of Men: Structured Inequalities and Opportunities. Am J Public Health, 2003, 93 (5), 724-731.

[66] Babor T., Caetano R., Casswell S. et al. Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. New York, Oxford University Press, 2010.

[67] Albuquerque M., Starr G., Schooley M., Pechacek T., Henson R. Advancing tobacco control through evidence-based programs. In: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Prevention, ed. Promising Practices in Chronic Disease Prevention and Control: A Public Health Framework for Action. Atlanta, Centers for Disease Prevention and Health Promotion, 2003.

[68] *Synthèse.Stat, Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail, DARES, novembre 2016*

[69]Henrard JC. Les défis du vieillissement. La vieillesse n'est pas une maladie. Paris, La Découverte, 2002.

[70] Lalive D'Epinay C., Spini D. Les années fragiles. La vie au-delà de 80 ans. Presses Université de Laval, Québec, 2007.

[71] Danet S (dir). L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Drees, Rapport 2011.

[72] Évaluation à mi-parcours du plan cancer 2009-2013. HCSP, 2012.

[73] Dreyer P., Ennuyer B., eds. Quand nos parents vieillissent. Prendre soin d'un parent âgé. Autrement, 2007, 347

[74] B. Apollis, L'accès aux soins et la loi du 26 janvier 2016, RDSS 2016, p.673.

[75] V. par ex. HCSP, La santé en France et en Europe : convergences et contrastes, La Doc. française, 2012

[76] Institut Montaigne, Réanimer le système de santé, rapp. juin 2016, p. 5.

[77] V. R. Marié, Financement des dépenses de santé et accès aux soins, RDSS 2011. 312 s. Rappr. Études et résultats, Les prestations sociales de 1981 à 2014 : trois décennies des dépenses de santé et de vieillesse, n° 549, févr. 2016.

[78] Institut Américain des Mesures et des Evaluations de la Santé de l'Université de Washington

[79] I. Poirot-Mazères (dir.), L'accès aux soins. Principes et réalités, LGDJ, 2010.

[80] B. Feuillet, L'accès aux soins, entre promesse et réalité, RDSS 2008. 713 s

[81] un véritable droit subjectif de chaque personne ; une part du droit à la protection de la santé (alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 ; article L. 1110-1 du code de la santé publique).

[82] B. Feuillet, L'accès aux soins, entre promesse et réalité, RDSS 2008 p. 723.

[83] B. Apollis, L'accès aux soins et la loi du 26 janvier 2016, RDSS 2016, p.673.

[84] Comité consultatif national d'éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, avis n° 101, *Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier,* 2007.

[85] "Les grands avis du Comité Consultatif National d'Ethique", sous la direction de F. Vialla et d'E. Martinez, L.G.D.J. - Lextenso éditions, 2013, page 200, "Ethique déontologique et utilitarisme".

[86] Comité consultatif national d'éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, avis n° 101, *op. cit..*

[87] BERTEN A., « *Déontologisme*», in « *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*», sous la direction de CANTO-SPERBER M., P.U.F., Quadrige, tome 1, pages 477 et suivantes.

[88] BERTEN A., *op.cit.*

[89] "Ethique et management hospitalier", sous la direction d'E. Couty, Editions de la santé, 2010.

[90] LE COZ P., « L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital », Revue de philosophie économique, 2009/1, volume 10.

[91] Haut Conseil de la santé publique. Impacts sanitaires de la stratégie d'adaptation au changement climatique Méthodologie de recherche et d'évaluation - Observations et recommandations. Paris : La Documentation française, collection Avis et Rapport, 2015, 136 pages

[92] Kassebaum, N. J., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Brown, J., Carter, A., ... & Cornaby, L. (2016). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet, 388(10053), 1603.

[93[Mura, T., Dartigues, J. F., & Berr, C. (2010). How many dementia cases in France and Europe? Alternative projections and scenarios 2010–2050. European Journal of Neurology, 17(2), 252-259.

[94] Haut Conseil Santé Publique. (2017). Fiche A4 : Santé mentale. In : État des lieux de l'état d'avancement des réflexions sur la Stratégie nationale de santé/Indicateurs. (p. 44-46)

[95] Brilhault, G., Millien, C., Raynaud, D. & Prost, T. (2017). Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030. Les dossiers de la Drees, 8.

[96] Haut Conseil Santé Publique. (2017). Fiche A5 : Santé des personnes âgées. In : État des lieux de l'état d'avancement des réflexions sur la Stratégie nationale de santé/Indicateurs. (p. 46-48).

[97] Drees, État de santé des Français. Rapport 2017. Source : EGB (CNAMTS) ; exploitation IRDES

[98] Haut Conseil Santé Publique. (2017). Fiche A4 : Santé mentale. In : État des lieux de l'état d'avancement des réflexions sur la Stratégie nationale de santé/Indicateurs. (p. 44-46)

[99] Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2015)

[100] Baumann, C., & Briançon, S. (2010). Maladie chronique et qualité de vie: enjeux, définition et mesure. Briançon S., Guérin G., Sandrin-Berthon B, coord. «Maladies chroniques»[dossier]. Actualité et dossier en santé publique, (72), 19-20.

[101] Soullier, N., & Weber, A. (2011). L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. Études et résultats, 771, 1-8.

[102] Étude permanente de la prescription médicale (IMS-Health) ; exploitation Drees. Période du 1er septembre 2013 au 31 août 2014.

[103] Haut Conseil de la santé publique. (2016). Diagnostic et prise en charge précoce des maladies chroniques.

Paris : La Documentation française.

[104] Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of Patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD, Paris 2017.

[105] Brennan TA, Leape LL, LAIRD NM et coll. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients N Engl J Med 1991; 324:370-6.

[106] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America; Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.

[107] Landrigan CP et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. N Engl J Med 2010;363:2124-34. doi:10.1056/NEJMsa1004404 pmid:21105794

[108] Makary MA, Daniel M. Medical error - the third leading cause of death in the US. BMJ 2016 May 3;353:i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139.

[109] Michel P, Quenon JL, Djihoud A et coll. A French national survey of inpatient's adverse events prospectively assessed with ward staff. Qual Saf Health Care 2007;16:369-77.

[110] Décret 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables

[111] Ghaferi AA, Birckmeyer JD, Dimick JB. Variation in Hospital Mortality Associated with Inpatient Surgery. N Engl J Med 2009;361:1368-75.

[112] L Leape, D Berwick, C Clancy et al, Transforming healthcare; a safety imperative, Qual Saf Health Care 2009, 18, 424

[113] INSTRUCTION N°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015

[114] Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016

[115] HCSP. Prévention de la transmission soignant- soigné des virus hématogènes –VHB, VHC, VIH- juin 2011

[116] HCSP Le vaccin Gardasil® et la stratégie de prévention globale des cancers du col de l'utérus

[117] HCSP Prévention de la grippe et des infections respiratoires virales saisonnières. Rapport 25 septembre 2015

[118] Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. World Health Organization. 2007.

[119] Bibbins-Domingo K., Chertow G. M., Coxson P. G., Moran A., Lightwood J.M., Pletcher M.J. et al. Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease. New Engl J Med, 2010, 362, 590-599.

[120] Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, Washington DC, 2007.

[121] Policy and Action for Cancer Prevention. Food, Nutrition, and Physical Activity: a Global Perspective. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, Washington DC, 2009.

[122] Hercberg S., Chat-Yung S., Chauliac M. The French National Nutrition and Health Program: 2001-2006 -2010. Int J Public Health, 2008, 53, 68-77.

[123] Kopp P., Fenoglio P. Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2006.

[124] Palle C. Encadré : Les ventes d'alcool en France. Bull Epidemiol Hebd, 2013, 16-18, 180.

[125] Palle C. Le poids économique de l'alcool. In : Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis, OFDT, 2013, 154-159.

[126] Godeau E., Navarro F., Arnaud C. (dir). La santé des collégiens en France/2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis, Inpes, coll. Études santé, 2012, 254 p.

[127] Beck F., Guignard R., Richard J. B. Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyses du Baromètre santé Inpes. Inpes, La Documentation française, 2014, 255 p.

[128] Guérin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en 2009. Bull Epidemiol Hebd, 2013, 16-18, 163-168.

[129] Rey G., Boniol M., Jougla E. Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration for French data for 2006. Addiction, 2010, 105, 1018-1029.

[130] La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2011. ONISR (Observatoire national interministériel de sécurité routière), La Documentation française, Paris, 2013, 689 p.

[131] Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Paris, Inserm, expertise collective, 2014.

[132] Avis relatif au suivi de consommations d'alcool et leurs conséquences sur la santé pour une meilleure prévention. HCSP, avril 2014.

[133] Reynaud M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. Synthèse, MILDT, 2013,109 p.

[134] Interventions efficaces en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : une synthèse des connaissances. Résultats saillants. Paris, Inpes, 2012, 7 p.

[135] Hill C. Mortalité attribuable au tabac. Actualité et dossier en santé publique, 2012, 81.

[136] Beck F., Guignard R., Richard J. B., Wilquin J. L., Peretti-Wattel P. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. Bull Epidemiol Hebd, 2011, 20-21, 230-233.

[137] Beck F., Guignard R., Richard J. B. Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyses du Baromètre santé Inpes. Inpes, La Documentation française, 2014, 255 p.

[138] Lermenier A., Palle C. Résultats de l'enquête Etincel-OFDT sur la cigarette électronique. Saint-Denis, OFDT, 2013.

[139] Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette, étendus en population générale. HCSP, 23 avril 2014.

[140] Lermenier A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2013. Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac, Bilan de l'année 2013. OFDT.

[141] Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. Version consolidée au 30 janvier 1993.

[142] Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Version consolidée au 19 mai 2011.

[143] Avis relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme. HCSP, 22 septembre 2010 ; Avis relatif à l'augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France. HCSP, 25 janvier 2012.

[144] Beck F., Guignard R., Richard J. B., Tovar M., Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. OFDT, Tendances, 2011, 76, 6 p.

[145] Annual Report on the State of the Drugs Problem in Europe. Lisboa, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2012, 111 p.

[146] Beck F., Legleye S., Spilka S. Cannabis, Cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier. In : Beck F, Gautier A, Guilbert P (eds), Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis, Inpes, 2007, 168-221.

[147] Conduites addictives chez les adolescents : usage, prévention et accompagnement. Inserm, Expertise collective, 2014.

[148] Legleye S., Beck F., Khlat M., Peretti-Watel P., Chau N. The influence of socioeconomic status on cannabis use among French adolescents. J. Adolesc Health, 2012, 50, 395-402.

[149] Legleye S, Janssen E, Beck F, Chau N, Khlat M. Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study. Addiction, 2011,106 (8), 1520-1531.

[150] Legleye S., Obradovic I., Janssen E., Spilka S., Le Nézet O., Beck F. Influence of cannabis use trajectories, grade repetition and family background on the school-dropout rate at the age of 17 years in France. Eur J Public Health, 2010, 20, 157-163.

[151] Costes J. M., Pousset M., Eroukmanoff V., Le Nezet O., Richard J. B., Guignard R., Beck F., Arwidson P. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. OFDT, Tendances, 2011, 77, 8 p.

[152] Inserm. Pesticides. Effets sur la santé. Collection expertise collective, Inserm, 2013

[153] INCA "Pesticides et risques de cancers" Avril 2014

[154] M. Marmot Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. OMS 2009 206 pages.

[155] Inpes Sous la direction de L. Potvin et coll. Réduire les inégalités sociales en santé http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf

[156] Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques 2013 ; OMS (WHA67.12) 2014. Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé

[157] The EU explained: Public health Improving health for all EU citizens May 2013 16 p.

[158] Décret n°2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé..

[159] Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. Am J Public Health, 2002, 92 (5), 725-729.

[160] Health care systems: efficiency and policy settings. OECD Publishing, 2010.

[161] Joumard I., André C., Nicq C., Chatal O. Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency. OECD Economics Department Working Paper 627, 2010.

[162] Gay J. G., Paris V., Devaux M., de Looper M. Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries. OECD Health Department Working Paper 55, 2011.

[163] OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.

164 Ketty Attal-Toubert et Mélanie Vanderschelden (DREES), 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées », Dossiers Solidarité et Santé n° 12, Drees.

[165] Études et résultats. Muriel Barlet et Marie Cavillon (DREES) ; 2011 « La démographie des infirmiers à l'horizon 2030. Un exercice de projections aux niveaux national et régional »

[166] DREES Panorama de la DREES Santé. Les établissements de santé. Edition 2017 : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf

[167]Données régionales issues de l'application Ecosanté 2012.

[168] Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

[169] F Jusot, R Legal, A Louvel, Pollak, A Shmueli Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? Questions d'économie de la santé Irdes n° 225 Mars 2017

[170] Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie Médecine spécialisée et second recours : dossier statistique de la Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques22 juin 2017

[171] R Legal, A Vicard. 2015, Renoncement aux soins pour raisons financières Dossiers Solidarité Santé n°66, Drees, Juillet.

[172] Comptes Nationaux de la Santé 2016 Drees p. 150

[173] Les établissements de santé 2017 Drees p. 24 et p. 121

[174] Décret no 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

[175] La part des généralistes parmi les médecins en France vient en 4ème position après l'Irlande, le Portugal et le Canada : Comptes Nationaux de la Santé 2016 p. 141

[176] HCAAM Médecine spécialisée et second recours : dossier statistique de la Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques 2017

[177] Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie

[178] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

[179] Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

[180]Comptes Nationaux de la Santé 2016 Drees p. 140

[181] HCAAM Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire Avis du 22 juin 2017 p. 17

[182] HCAAM Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire Avis du 22 juin 2017

[183] Haut Conseil de la santé publique Avis relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé Place des Ateliers santé ville 20 mars 2013

[184] Rapport Charges et produits 2017

[185] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Titre II

[186]CNAMTS Rapport Charges et produits 2018 p. 56

[187] S Gand, E Periac, MA Bloch, L Henaut Évaluation qualitative PAERPA Rapport final Drees Série Etudes et Recherches N° 135 Mai 2017

[188] Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins Rapport final Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009 Drees Série étude et Recherche n° 109 - septembre 2011

[189] CNAMTS Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses Rapport charges et produits 2018 p. 130 Juillet 2017

[190] Les dépenses de santé en 2015 Résultats des Comptes de la Santé Drees Edition 2016 P. 138

[191] Comptes de la Sécurité Sociale Résultats 2015 Prévisions 2016 et 2017 Rapport septembre 2016 341 p.

[192] OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.

[193] Les dépenses de santé en 2015 Résultats des Comptes de la Santé Drees Edition 2016 P. 149

[194] CNAMTS Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses Rapport charges et produits 2018 p. 93 Juillet 2017

[195] Stratégie Nationale de santé 2015 version longue p. 26

[196] Hcsp Bilan des activités du Haut Conseil de la santé publique 2011-2016 69 p.30

[197] Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B. I., Fry, C., & Hasselhorn, H.-M. (2010). Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. Nursing research, 59(3), 166–177.

[198] Lemaire JB, Wallace JE. Burnout among doctors (editorial). BMJ 2017;358:j3360

[199] Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. Pratiques et organisation des soins, 40(1), 39–48.

[200] Sibé M., Alis D., (2015) L'hôpital magnétique : un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail, In "Stress, Burn-out, Harcèlement : De la souffrance au travail au management qualitatif", sous la coord. de Roland Coutanceau, Dunod Editeur, Paris, décembre 2015, 288 p.

[201] Spence Laschinger Heather K., Leiter, Michael P. (2006), The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes: The Mediating Role of Burnout/Engagement, JONA, Volume 36, Number 5, pp 259-267

[202] Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W, RN4CAST Consortium. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. Int J Nurs Stud 2013;50(2):143-53;

[203] Sébastien Guigner, « De « la santé dans toutes les politiques » à « toutes les politiques dans la santé » : le régime de visibilité de la prise en compte de la santé dans les politiques de l'Union européenne. Commentaire », Sciences sociales et santé 2016/2 (Vol. 34), p. 71-79

[204] Philippe Ulmann, « La santé, facteur de croissance économique », in Pierre-Louis Bras et al., Traité d'économie et de gestion de la santé , Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Hors collection », 2009, p. 53-61.

[205] Slovic P., Perceived risk, trust and democracy, Risk Analysis 1993, vol 13, 6, 675-681

[206] Poortinga W. and Pidgeon N. F. Exploring the dimensionality of trust in risk regulation, Risk Analysis 2003, vol 23, 5, 961-972

[207] Brewer, N. T., Weinstein, N. D., Cuite, C. L., & Herrington, J. (2004). Risk perceptions and their relation to risk behavior. Annals of Behavioral Medicine, 27, 125-130.

[208] Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. Health Education Research,7, 107-116.

[209] Marmot M. Fair Society, Healthy Lives : strategic review of health inequalities in England post-2010. London; 2010.

[210] Kellam SG, Mackenzie AC, Brown CH, Poduska JM, Wang W, Petras H, et al. The good behavior game and the future of prevention and treatment. Addict Sci Clin Pract. 2011;6(1):73-84.

[211] Marmot M. Fair Society, Healthy Lives : strategic review of health inequalities in England post-2010. London; 2010

[212] Heckman JJ, Masterov DV. The Productivity Argument for Investing in Young Children. TW Schultz Award Lecture at the Allied Social Sciences Association annual meeting; January 5-7, 2007; Chicago2007.

[213] Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2011;108(7):2693-8.

[214] Caspi A, Houts RM, Belsky DW, Harrington H, Hogan S, Ramrakha S, et al. Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden. Nature Human Behavior. 2016.

[215] Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2015. Résultats des comptes de la santé. Edition 2016. Paris: DREES; 2016.

[216] Kopp P. Le coût social des drogues en France. Saint Denis la Plaine: Observatoire français des drogues et toxicomanie; 2015.

[217] Caby D. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter. Trésor-Eco. 2016;179.

[218] DS Kringos, WGW Boerma, A Hutchinson & RB Saltman ed. Building primary care in a changing Europe Observatory Studies Series nr. 38 World Health Organization 2015 174 p

[219] Rapport Charges et Produits 2018, CNAM TS

[220] Franc C., Pierre A.Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps Questions d'économie de la santé Irdes n° 217. Avril 2016

[221] Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Pierre A. Coldefy M.Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins Questions d'économie de la santé Irdes n° 219. Juin 2016

[222] Loi de santé publique du 9 aout 2004

[223] Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

[224] Loi du 28 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

[225] Bourgueil Y., Mousquès J., Marek A., Tajahmadi A.Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France. Questions d'économie de la santé Irdes n° 122. Mai 2007

[226] Mousquès J, Bourgueil Y. ed 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 Rapport n° 559 2014/12

[227] Fournier C. Descartes, Frattini MO, Naiditch M.Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé

Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Questions d'économie de la santé Irdes n° 200. Juillet-août 2014

[228] Bourgueil Y. Jusot F, Leleu H. et le groupe AIR ProjectComment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Questions d'économie de la santé Irdes n° 179. Septembre 2012

[229] Mousquès J, Daniel F.L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) Questions d'économie de la santé Irdes n° 210 Juin 2015

[230] Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y. Rican S. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) Questions d'économie de la santé Irdes n° 190. Septembre 2013

[231] Mousquès J, Daniel F.L'impact de l'exercice regroupé pluri professionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes

Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) Questions d'économie de la santé Irdes n° 211. Juillet-août 2015

[232] Afrite A., Mousquès J. Les formes du regroupement pluri professionnel en soins de premiers recours Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) Questions d'économie de la santé Irdes n° 201. Septembre 2014

[233] Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie Innovation et système de santé Rapport 2016 Tome 1

[234] Instruction N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

[235] Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire Avis adopté à l'unanimité 22 juin 2017

[236] M Bachelet M Anguis Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée Études et Résultats, DREES, 2017 n° 1011, mai

[237] K. Attal-Toubert M Vanderschelden La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées DREES Dossiers Solidarités et Santé 2009 n° 12

[238] Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie Innovation et système de santé Rapport 2016 Tome 1

[239] P. Askenazy, B. Dormont, PY Geoffard V Paris Pour un système de santé plus efficace Les notes du conseil d'analyse économique, n° 8, juillet 2013

[240] B. Dormont, PY Geoffard J Tirole. Refonder l'assurance maladie Les notes du conseil d'analyse économique, n° 12, avril 2014

[241] F Jusot, R Legal, A Louvel, Pollak, A Shmueli Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? Questions d'économie de la santé Irdes n° 225 Mars 2017

[242] Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie Médecine spécialisée et second recours : dossier statistique de la Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques22 juin 2017

[243] R Legal, A. Vicard. Renoncement aux soins pour raisons financières Dossiers Solidarité Santé, n°66, Drees, Juillet 2015.

[244] M. Perronin Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis Questions d'économie de la santé Irdes n° 218. Mai 2016

[245] Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie Innovation et système de santé Rapport 2016 Annexe document n° 15 Rémunération à l'épisode de soins

[246] Décret n° 2015-881 du 17 juillet 2015 relatif à des expérimentations tendant à améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique

[247] O Véran L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de

Valeur Rapport à la ministre chargée de la santé 133 p.

[248] Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. Juillet 2017 229 pages.

[249] Stratégie générale e-santé 2020. Le numérique au service de la modernisation et de l'efficience du système de santé. Ministère des Affaires sociales et de la Santé Juillet 2016 17 pages.

[250] Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé

[251] Direction Générale de l'Offre de Soins Atlas des SIH 2017 144 pages.

[252] Instruction no SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé

[253] Instruction no DGOS/PF5/2017/11 du 11 janvier 2017 relative à l'appel à projets auprès des ARS pour l'usage de messageries sécurisées intégrées à l'espace de confiance MSSanté dans la transmission électronique de la lettre de liaison et des résultats d'examen de biologie médicale

[254] Haute Autorité de Santé Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine – Article 36 de la LFSS 2014 septembre 2016. 62 pages.

[255] Arrêté du 28 avril 2016 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014

[256] Article L1434-12 du Code de la santé publique - Créé par la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 65 (V)

[257] Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

[258] Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

[259] Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

[260] Art. R. 1434-30 - Code de la santé publique

[261] Décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé

[262] Michel P, Petit J. Plaidoyer pour un Programme national pour la sécurité des patients (PNSP) 2018–2023. Risques et Qualité 2017; 14:66-7

263] Van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. CMAJ. 2011 Apr 19;183(7):E391-402Budnitz NEJM 2011

[264] Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, Farrar K, Park BK, Breckenridge AM. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ. 2004 Jul 3;329(7456):15-9.

[265] Bonnet-Zamponi D, d'Arailh L, Konrat C, Delpierre S, Lieberherr D, Lemaire A, Tubach F, Lacaille S, Legrain S; Optimization of Medication in AGEd study group. Drug-related readmissions to medical units of older adults discharged from acute geriatric units: results of the Optimization of Medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2013 Jan;61(1):113-21.

[266] Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, Cadoret C, Fish LS, Garber L, Kelleher M, Bates DW. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA. 2003 Mar 5;289(9):1107-16.

[267] Bunidnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalization for adverse drug events in older Americans. N Engl J Med. 2011 Nov 24 ; 365 (21):2002-12

[268]What do we mean by appropriate health care? Report of a working group prepared for the Director of Research and Development of the NHS Management Executive. Qual Health Care 1993;2(2):117-23.

[269] Voir le numéro spécial ADSP, septembre 2015

[270] Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. J Gen Intern Med. 2003 Aug;18(8):646-51

[271] Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. J Hosp Med. 2007;2:314-23

[272] Garcia-Caballos M, Ramos-Diaz F, Jimenez-Moleon JJ, Bueno-Cavanillas A. Drug-related problems in older people after hospital discharge and interventions to reduce them. Age Ageing. 2010;39:430-8

[273] John M. Eisenberg Center for Clinical Decisions and Communications Science. Transitional Care Interventions To Prevent Readmissions for People With Heart Failure. 2016 Aug 9. Comparative Effectiveness Review Summary Guides for Policymakers

[274] Jones CE, Hollis RH, Wahl TS, Oriel BS, Itani KM, Morris MS, Hawn MT. Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review. Am J Surg. 2016;212:327-35.

[275] Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino JP, Paillaud E, Taillandier-Heriche E, Thomas C, Verny M, Pasquet B, Moutet AL, Lieberherr D, Lacaille S. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults:

the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2011;59:2017-28

[276] Bradley EH, Schlesinger M, Webster TR, Baker D, Inouye SK. Translating research into clinical practice: making change happen. J Am Geriatr Soc. 2004;52:1875-82

[277] Santé publique volume 29 / N°1 - janvier-février 2017

[278] Santé des enfants/des jeunes

- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Contribution au suivi du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Paris : CNLE, 2017, 157 p. En ligne : http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Contribution_CNLE_suivi_du_plan_2016.pdf
- INSPQ. Le développement des enfants et des adolescents dans une perspective de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire. Montréal: Gouvernement du Québec, 03/2017, 43 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2243_developpement_promotion_prevention_contexte_scolaire.pdf
- Trois critères de qualité pour promouvoir la santé des enfants et de jeunes en milieu scolaire. Guide à l'usage des établissements. Rennes : Ireps Bretagne, 2017, 22 p. En ligne : http://www.eps-polebretagne.fr/IMG/pdf/guide_promotion_sante_milieu_scolaire.pdf
- Laurent Anne. Accompagnement à la parentalité, petite enfance et santé : faites connaître vos actions ! Nancy : SFSP, 2016, 94 p. En ligne : http://www.sfsp.fr/activites/file/rf_capitalisation_parentalite.pdf
- Drouot N. Résultats de la consultation ouverte "Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé". Nancy : SFSP, 2014, 58 p. En ligne : http://www.sfsp.fr/content-page/51-rapports-sfsp/998-partageons-nos-experiences-pour-agir-sur-les-inegalites-sociales-de-sante
- Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). Genève : OMS, 2015, 108. En ligne : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf
- Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes. Novembre 2016. http://cache.media.education.gouv.fr/file/11_-_novembre/06/9/Plan_BienEtreJeunes_29novembre2016_674069.pdf
- Mission Bien-être et santé des jeunes, rapport du Pr. Marie-Rose Moro et de Jean-Louis Brison au Président de la République, novembre 2016.
- Ireps Bourgogne Franche-Comté. Place des parents en promotion de la santé. Dossier technique n°8. Déc 2016, actualisation mai 2017. http://www.ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier_technique_place_des_parents_2017.pdf

Annexes

1 ANNEXE 1. CONTEXTE INTERNATIONAL

1.1 SANTE 2020 : LA STRATEGIE DE L'OMS POUR LA REGION EUROPEENNE

Santé 2020 est la stratégie actuelle portée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la région Europe. Un document d'orientation décrit le cadre politique de cette stratégie d'action, approuvé depuis 2012 par les 53 pays de la région européenne[1]. Ce cadre a pour mission « *d'améliorer de manière significative la santé et le bien-être des populations, de réduire les inégalités de santé, de renforcer la santé publique et de mettre en place des systèmes de santé universels, équitables, durables, de qualité et axés sur la personne ».* La philosophie sous-jacente des actions de Santé 2020 repose sur le lien d'interaction positive entre Santé/Bien-être et Développement économique et social.

Comme l'indique **Margaret Chan** : « Rendre la santé aussi bonne que possible à tous les stades de la vie est un droit fondamental de tous et non le privilège de quelques-uns. La bonne santé est un atout et une source de stabilité économique et sociale. Elle conditionne la réduction de la pauvreté et contribue à un développement durable tout en bénéficiant de celui-ci. Mais surtout, on ne peut plus considérer la santé comme l'apanage d'un seul secteur : les améliorations équitables et durables obtenues en matière de santé procèdent d'une politique efficacement menée par tous les secteurs du gouvernement et d'efforts accomplis en collaboration par l'ensemble de la société. » (OMS, 2013).

Les buts fixés par Santé 2020, auxquels sont associés une série d'indicateurs, sont les suivants :

1. Réduire la mortalité prématurée dans la région européenne d'ici 2020.
2. Prolonger l'espérance de vie dans la région européenne.
3. Diminuer les inégalités de santé dans la région européenne.
4. Améliorer le bien-être des populations de la région européenne.
5. Garantir la couverture universelle et le droit de jouir du plus haut niveau de santé possible.
6. Définir des buts et objectifs nationaux en rapport avec la santé dans les États membres.

Pour atteindre ces buts, Santé 2020 définit quatre domaines d'actions politiques comme prioritaires.

- *Domaine d'action prioritaire n°1 : Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et responsabiliser les populations*

Le concept clé est celui de **la promotion de la santé à tous les âges de la vie**. En bonne santé, les enfants apprennent mieux, les actifs sont plus productifs, les personnes âgées peuvent rester actives au sein de la société. Une stratégie efficace consiste à développer des programmes de

[1] OMS, (2013), Santé 2020 – Cadre politique et stratégie, Bureau Europe de l'OMS, 219 p. Sitographie www.who.int

promotion de la santé, fondés sur les principes de participation et de responsabilisation qui doivent rendre les individus en capacité d'agir sainement pour leur santé (ex : instruction en santé, choix d'alimentation et de nutrition, environnement de travail favorable …).

Une action particulière est nécessaire sur les comportements sociaux à l'origine des problèmes de santé mentale. Une stratégie efficace doit viser la promotion du diagnostic précoce et de la prévention. Il faut relever la difficulté des interventions communautaires et la nécessité de mieux comprendre l'association entre la santé mentale et les déterminants sociaux, individuels face à l'alcoolisme, la marginalisation, les nouvelles addictions à l'internet…

- ***Domaine d'action prioritaire n°2** : Relever les principaux défis sanitaires de la région en matière de lutte contre les maladies non transmissibles et transmissibles*

L'OMS préconise l'adoption d'une combinaison d'approches afin de **lutter efficacement contre la charge élevée de maladies non transmissibles dans la région**. Ces approches pangouvernementales et pansociétales doivent dépasser le strict cadre de l'action individuelle des Etats, de manière à agir sur les déterminants sociaux et environnementaux, en complément des actions sur les déterminants individuels. L'OMS s'appuie sur les déclarations et stratégies existantes, comme la déclaration politique des Nations-Unies relative aux maladies non transmissibles (2011), la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, la Stratégie mondiale et le Plan d'action régional visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016, et le Plan d'action de l'OMS sur la santé mentale pour l'Europe.

Au niveau des **maladies transmissibles**, l'OMS invite à une grande vigilance en renforçant les capacités d'information et de surveillance (application du Règlement sanitaire international…) et en s'attaquant aux sérieuses menaces d'origine virale et bactérienne (campagne de vaccination et d'action vis-à-vis des populations vulnérables…).

- ***Domaine d'action prioritaire n° 3** : Renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, les capacités de santé publique ainsi que la préparation, la surveillance et les interventions en cas de crise.*

Santé 2020 invite à rénover les systèmes de santé pour qu'ils soient financièrement viables, adaptés à leurs fonctions, axés sur la personne et fondés sur des bases factuelles. L'OMS réaffirme aussi le principe de la couverture universelle, et l'ambition de réorienter les systèmes de soins de santé vers la prévention des maladies et le développement des soins de santé primaires, l'amélioration continue de la qualité et la continuité des soins, le soutien à l'auto-prise en charge par les patients et la délocalisation des soins aussi près que possible du domicile, tant que ces derniers restent sûrs et rentables.

L'investissement dans les capacités en santé publique est une condition *sine qua non* de l'atteinte de ces meilleurs résultats sanitaires. Cela signifie réformer l'éducation et la formation des professionnels de santé.

❖ ***Domaine d'action prioritaire n°4*** *: Créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien*

La résilience constitue un élément essentiel de la protection et de la promotion de la santé et du bien-être aux niveaux individuel et communautaire. *« L'évaluation systématique des effets sanitaires dus à l'évolution rapide de l'environnement, notamment sur le plan technologique et professionnel, et de la production énergétique et de l'urbanisation, est fondamentale, et doit être suivie par la prise de mesures afin de garantir des bienfaits pour la santé* ».

Santé 2020 invite à une stratégie de collaboration intersectorielle, notamment entre le secteur de l'environnement et celui de la santé, dans la mesure où l'environnement est un important déterminant de la santé.

1.2 STRATEGIE EUROPEENNE EN MATIERE DE SANTE [2]

En préambule, il faut rappeler que c'est aux États membres qu'incombe en premier lieu la responsabilité de la politique de santé et de fourniture de soins de santé aux citoyens européens. Néanmoins, l'Europe, dans son projet de croissance économique, propose un cadre d'orientation pour une action européenne en matière de santé.

La stratégie de l'Union européenne en matière de santé s'inscrit dans les objectifs généraux « Europe 2020 », qui visent à rendre l'économie de l'Union européenne, intelligente, durable et inclusive, en favorisant la croissance pour tous. La DGSanCo affirme que *« l'une des conditions indispensables pour atteindre cet objectif 2020 est d'avoir une population en bonne santé ».* Deux documents d'orientation servent de points de repères à la construction de cette stratégie européenne en matière de santé : **« Ensemble pour la santé - 2008-2013 »** et **« Investir pour la santé - 2014-2020 ».**

❖ *Ensemble pour la santé (2008-2013)*

A l'origine de la stratégie européenne, se dressent les constats suivants :

- Les changements démographiques, y compris le vieillissement de la population, modifient les schémas pathologiques et pèsent sur la viabilité des systèmes de santé de l'UE.
- Les pandémies, les incidents physiques et biologiques majeurs et le bioterrorisme font peser de lourdes menaces potentielles pour la santé. L'évolution du climat s'accompagne de nouvelles pathologies transmissibles.
- L'évolution des systèmes de santé est en partie liée au développement rapide des nouvelles technologies qui révolutionnent la promotion de la santé et le mode de prédiction, de prévention et de traitement des maladies.

Il s'agit de domaines dans lesquels les États-membres ne peuvent agir seuls efficacement. Les solutions exigent une coopération communautaire indispensable, notamment au niveau des menaces majeures pour la santé et au niveau des questions qui ont un impact transfrontalier ou

[2] Stratégie de l'UE dans le domaine de la santé – Chiffres clés https://ec.europa.eu/health/strategy/policy_fr

international, comme les pandémies et le bioterrorisme par exemple, ainsi que la libre circulation des biens, des services et des personnes. L'Europe affirme la nécessité d'une stratégie d'action intersectorielle, assise sur un cadre d'action, des principes d'action et des objectifs stratégiques [1].

❖ *Investir dans la santé (2014-2020)*

La santé est non seulement une valeur en tant que telle, mais aussi un bien économique particulier qui constitue une condition préalable à la prospérité économique. L'utilisation efficace des ressources en matière de santé peut promouvoir la croissance. Les dépenses de santé sont des dépenses propices à la croissance (*growth-friendly expenditure*).

L'Europe doit investir intelligemment, durablement et de manière inclusive, dans le domaine de la santé : investir plus judicieusement, mais pas nécessairement davantage, en faveur de systèmes de santé viables (*smart objective*) ; investir dans la santé de la population, notamment au moyen de programmes de promotion de la santé (*sustainable objective*) ; investir dans la couverture maladie afin de réduire les inégalités et lutter contre l'exclusion sociale (*inclusive objective*) [2].

➢ Investir dans des systèmes de santé durables : réformes et innovation

Les systèmes de santé sont l'épicentre du niveau élevé de protection sociale européenne et constituent la pierre angulaire de l'économie européenne fondée sur le « social de marché ». Le secteur des soins de santé représente 8% des travailleurs européens et 10% du produit intérieur brut (PIB) européen. Les dépenses de santé représentent une part importante des budgets : soit 15% des budgets publics, soit 1/3 du budget public consacré aux politiques sociales, et soit 80% des dépenses de santé qui proviennent de financements publics.

La relation entre la dépense de santé et les résultats de santé n'est pas linéaire. Il existe une grande hétérogénéité de l'efficience marginale de l'investissement dans la santé selon les pays. Plus que le montant investi, c'est la manière dont l'investissement est employé qui déterminerait le statut sanitaire de chaque pays, exigeant de tenir compte économiquement de l'efficience allocative et distributive de la santé.

Trois axes d'amélioration sont nécessaires : celui des indicateurs qui reflètent le mieux les gains de santé ; celui de l'explicitation des effets du système de santé, en tant que déterminant de l'état de santé ; celui de la compréhension des mécanismes d'effets des politiques de santé sur la santé, tenant compte de la dimension temporelle.

➢ Investir dans la santé des individus en tant que capital humain

Investir dans la santé des individus en âge de travailler et leur permettre de rester actifs (employables) et en meilleure santé plus longtemps rend optimum « le dividende social » de la santé.

L'état de santé des individus influence fortement leur participation au marché du travail.

Doit émerger la prise en compte des inégalités sanitaires liées à l'employabilité. Cette notion met en avant le lien santé – emploi, sous-jacent au lien classique en économie entre santé et croissance. Certains indicateurs pourraient l'illustrer : sorties précoces du marché du travail liées à l'état de santé pour environ 10% des personnes précédemment employées, retour retardé à l'emploi, réduction de productivité liée à certaines pathologies – troubles musculo-squelettiques

(TMS), obésité, dépression, absentéisme, ainsi que surmortalité prématurée de certaines catégories d'actifs…

Néanmoins les bénéfices potentiels de l'investissement « santé » dans le capital humain ne sont pas suffisamment renseignés actuellement. Un exemple d'outil d'évaluation de l'effet des résultats d'une politique sociale alternative aux effets de long terme est celui du modèle de projection de la dépense sociale (SOME) développé par la Finlande, qui tient explicitement compte de l'impact sanitaire et des effets bénéfiques sur l'emploi (analyse coût/bénéfice).

Une voie prometteuse d'action stratégique reste l'*empowerment* des patients, notamment pour ceux atteints de maladies chroniques grâce à de l'éducation thérapeutique et à des pratiques de « *self-management* » accompagnés d'outils de e-santé, pour modifier à long terme les comportements en faveur d'une réduction des hospitalisations, de la prise de médicaments et d'un meilleur état de santé. Il faut alors poursuivre l'évaluation de l'efficience des différents modèles d'*empowerment* du patient. Au niveau européen, l'existence d'un programme intitulé European Innovation Partnership (EIP) on Active and Healthy Ageing s'articule autour d'un forum d'innovations et de partage d'expériences sur les meilleures coordinations et initiatives d'*empowerment* du patient (Annexe 9 encadré n°3).

Au-delà de l'augmentation du budget dédié à la prévention, qui doit être déployé dans différents secteurs (éducation, soins, travail), la stratégie « Investir dans la santé » s'inspire du cadre fixé par l'OMS qui invite à identifier, puis à inciter les individus à des consommations plus saines (notamment les achats alimentaires pour la prévention de l'hypertension artérielle, des risques cardio-vasculaires...).

Enfin « Investir dans la santé » souligne l'importance d'investir dans le capital humain au niveau de la force de travail que représentent les professionnels de santé eux-mêmes (par exemple recrutement, fidélisation, formation).

➢ Investir dans la réduction des inégalités de santé

Les inégalités de santé représentent non seulement un gâchis du potentiel humain, mais également une perte économique potentielle. Les inégalités reposent beaucoup sur les barrières d'accès aux soins au détriment des personnes/groupes vulnérables.

Pour résoudre les inégalités de santé, une approche multisectorielle et ciblée sur les groupes vulnérables est nécessaire. Les données démontrent que l'investissement dans la réduction des inégalités de santé est un levier important de la réduction du risque de pauvreté, « *at-risk –of-poverty rate* », soulignant que les conditions fiscales appliquées à la santé ne doivent pas compromettre l'accès à des soins de qualité des populations pauvres et vulnérables. Les mesures de co-paiement sont ici mises en cause dans la dégradation du recours aux soins des plus pauvres.

Améliorer la connaissance des effets de la couverture sanitaire sur la pauvreté implique de se focaliser sur les éléments suivants :

- étant donné la concentration des dépenses individuelles de santé sur la fin de vie (courte période), il est plus judicieux de tenir compte de cet effet temporel sur les coûts et donc de privilégier des comparaisons coûts/bénéfices en lissant cette dépense sur toute la vie plutôt que sur une coupe instantanée.
- tenir compte de la complexité des interactions entre pauvreté et santé.

➢ Investir dans la santé par des mécanismes adéquats de soutien des fonds européens

Le EU Health Programme, au sein du Multiannual Financial Framework 2014–20[3], souhaite renforcer le lien entre croissance économique et santé des populations :

- contribuer au développement de systèmes de santé soutenables et innovants ;
- accroître l'accès à des soins plus sûrs et de meilleure qualité;
- promouvoir la bonne santé et la prévention des maladies en ciblant les facteurs de risques des principales maladies ;
- protéger la population des menaces sanitaires aux frontières.

La politique de cohésion de l'UE et ses principaux financements reposent sur des instruments permettant d'investir dans des systèmes de santé réformés, innovants et soutenables, dans la santé des populations et leur employabilité, et dans la réduction des inégalités de santé.

Les différents fonds, notamment structurels et de cohésion doivent permettre aux Etats-membres :

- d'investir dans les infrastructures sanitaires afin notamment d'opérer une transformation profonde et une mutation du modèle hospitalo-centré vers un modèle d'intégration des services et de soins basés sur la communauté ;
- d'améliorer l'accès à des soins « abordables », soutenables et de qualité, tout en réduisant les inégalités de santé (sociales et régionales) au profit des groupes désavantagés et des communautés marginalisées dans leur accès aux soins ;
- de soutenir l'adaptation, l'amélioration des compétences et de l'apprentissage tout au long de la vie des professionnels de santé ;
- de favoriser un vieillissement actif et sain pour promouvoir l'employabilité et l'emploi et permettre aux individus de rester actifs plus longtemps.

1.3 LE CAS DES INEGALITES DE SANTE

La question des inégalités sociales de santé (ISS) représente un problème complexe sur lequel il convient d'agir pour améliorer la santé de tous, si bien au niveau local, régional, national que mondial. En ce sens, les Etats ont un rôle important à assumer et une responsabilité éthique à ne pas les aggraver.

Afin d'alimenter les réflexions relatives à l'élaboration de la Stratégie nationale de santé en France, il nous est apparu important de porter un regard sur les approches choisies par d'autres pays, notamment de la région OMS Europe. Nous avons donc effectué un premier et rapide tour d'horizon des différents plans et stratégies mis en place par ces Etats en vue de diminuer les ISS, ainsi qu'à la façon dont les déterminants sociaux de la santé sont pris en compte pour y parvenir.

Sans pouvoir prétendre à l'exhaustivité, compte-tenu des délais impartis, nous avons choisi de présenter le cas de six pays illustratifs (Écosse, Slovénie, Norvège, Portugal, Estonie, Angleterre)

[3] http://ec.europa.eu/budget/mff/index_en.cfm

ayant inscrit la lutte contre les ISS parmi leurs priorités nationales de santé. Ces exemples ont été principalement recensés à partir des sites de l'OMS Europe et d'Eurohealthnet et de l'ouvrage édité par Rechel & McKee (2013) [3].

❖ *L'Écosse : réduire les inégalités sociales de santé dès la petite enfance*

La réduction des inégalités est une priorité du gouvernement écossais (EuroHealthNet2013). En 2008 et 2009, il a publié trois documents « Equally Well », « The Early Years Framework » et « Achieving our potential » qui traitent des déterminants de la santé et des inégalités sociales. Un groupe de travail interministériel pour réduire les inégalités est responsable de la préparation, de la mise en œuvre et de l'évaluation des cadres stratégiques, dirigé par le ministère de la santé publique et du sport. Un rapport initial souligne la nécessité d'établir des priorités au niveau local. Les partenariats mis en place et l'approche communautaire visent la transformation des services locaux en abordant les causes qui entraînent des inégalités. Les actions visant à réduire les inégalités dans la petite enfance incluent un nouveau cadre pour les soins maternels et une politique d'amélioration de la santé prénatale.

La politique vise à :

- réduire les inégalités dans les indicateurs de santé maternelle et infantile à la naissance et tout au long de la vie ;
- mesurer l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins pour toutes les femmes, et des priorités pour les personnes à risque de mauvais résultats sanitaires ;
- développer des mesures adaptées, proportionnées et universelles qui identifient et facilitent l'accès à la fourniture spécialisée si nécessaire.

❖ *La Slovénie : une approche coordonnée pour réduire les inégalités de santé*

La Slovénie a adopté une approche coordonnée pour réduire les inégalités interrégionales en matière de santé résultant d'un statut socioéconomique précaire. Chaque région a préparé une stratégie régionale pour lutter contre les inégalités en matière de santé, fondée sur des objectifs similaires, mais incluant des objectifs spécifiques à chaque région, sur la base d'une méthodologie développée dans le cadre du programme régional « Investissement en santé et développement à Pomurje. » La Division santé publique du ministère de la santé a pris l'initiative de plaider et de participer à la sensibilisation, en identifiant des moyens concrets d'intégrer la santé dans des programmes de développement plus larges et en créant des partenariats avec d'autres secteurs. Le programme comprend des approches (qui s'appliquent à l'ensemble du gradient social avec l'objectif d'améliorer l'état de santé pour tous) : des actions visant à réduire l'écart entre les groupes les plus défavorisés économiquement et les plus privilégiés, et les interventions ciblées pour les groupes vulnérables. La collaboration intersectorielle a été appuyée par des mécanismes de coordination aux niveaux national et régional et par la planification conjointe des priorités : l'amélioration des modes de vie sains, l'augmentation de la production et de la distribution alimentaires saines, le développement d'un tourisme sain, la préservation du patrimoine naturel et culturel et la réduction de l'empreinte écologique.

❖ *La Norvège : une politique intersectorielle globale pour lutter contre les ISS*

La stratégie nationale norvégienne de lutte contre les inégalités sociales en santé est un bon exemple pour une politique intersectorielle globale (Eurohealthnet 2013). La Direction norvégienne pour la santé et les affaires sociales a développé une carte d'intervention qui identifie les points d'entrée stratégiques en tenant compte des approches universelles et sélectives.

Les priorités de la stratégie norvégienne sont les suivantes :

- réduire les inégalités sociales qui contribuent aux inégalités de santé, y compris dans les domaines du revenu, de l'éducation, de l'emploi et des conditions de travail ;
- réduire les inégalités sociales au niveau des comportements liés à la santé et l'utilisation des services de santé ;
- mettre en place des mesures ciblées pour promouvoir l'inclusion sociale ;
- développer des outils favorisant la transversalité des actions.

Dans le Plan national de santé et de soins (2011-2015), le gouvernement norvégien a décrit d'autres mesures et objectifs spécifiques pour une augmentation des années et de la qualité de vie puis une réduction des inégalités sociales en matière de santé.

❖ *Le Portugal : la promotion de la santé au cœur de la lutte contre les ISS*

Le plan national portugais énonce des principes et des stratégies clés pour contribuer à l'amélioration des résultats sanitaires. L'objectif stratégique principal du plan est d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé, l'accent étant mis sur la promotion de la santé puis ensuite, la prévention des maladies et la gestion intégrée des maladies. Le plan donne la priorité à quatre programmes nationaux de santé (santé mentale, maladies cardiovasculaires, VIH/Sida, cancers) et vise à intégrer les 18 autres programmes nationaux de santé en améliorant la gestion des maladies chroniques et en favorisant la santé dans des contextes spécifiques tels que les écoles, le lieu de travail et les prisons.

❖ *L'Estonie : un plan national de santé global et à long terme*

Le plan national de santé estonien 2009-2020 est une stratégie nationale globale en matière de santé dans le but d'accroître l'espérance de vie saine à 65 ans pour les femmes et 60 ans pour les hommes et la durée moyenne de vie à 84 ans chez les femmes et à 75 ans pour les hommes. Le plan définit des actions dans cinq domaines différents : la cohésion sociale, la santé des enfants et des jeunes, l'environnement, les modes de vie sains et les soins de santé. Pour surveiller les progrès réalisés, les indicateurs de performance ont été identifiés et les objectifs définis pour les cycles consécutifs de quatre ans, jusqu'en 2020. Le plan fournit un cadre commun pour diverses stratégies et programmes préexistants concernant la santé de la population et définit le nombre de nouvelles activités pour atteindre les cibles spécifiques.

❖ *L'Angleterre : la reconnaissance et la prise en compte des besoins des jeunes au cœur de la politique stratégique de santé*

L'Angleterre a mis en œuvre des stratégies et des politiques nationales en matière de santé depuis le début des années 1990. Depuis 2004, une politique de santé nationale « Choosing

Health : Making Healthy Choices Easier » a été lancée. Elle se fonde sur une approche à deux piliers pour améliorer la santé et s'attaquer aux inégalités de santé en aidant les gens à faire des choix plus sains, en protégeant la santé des gens des facteurs extérieurs et en reconnaissant les besoins particuliers et le développement émotionnel et physique des jeunes.

2 ANNEXE 2. LES MALADIES CHRONIQUES

2.1 LES CANCERS

Les cancers forment un ensemble de pathologies très hétérogène, tant du point de vue des facteurs de risque que de la prise en charge ou du pronostic. Leur poids progresse aussi bien en termes de morbidité (355 000 nouveaux cas en France en 2012), que de nombre de décès (148 000 décès en 2012). Les localisations dont l'incidence est la plus élevée sont le sein chez la femme et la prostate chez l'homme, devant le colon-rectum et le poumon [4]. Le cancer du poumon, dont le tabagisme constitue le principal facteur de risque, est devenu la première cause de mortalité par cancer en France. La consommation d'alcool constitue également un facteur de risque important (cancer des voies aéro-digestives et du foie). Les facteurs nutritionnels jouent un rôle protecteur pour de nombreux cancers. Le cancer du sein et le cancer colorectal bénéficient tous deux d'un dépistage organisé. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est encore majoritairement individuel mais sa généralisation à l'échelle nationale est un objectif phare du Plan cancer 2014-2019.

Au cours des trente dernières années, on constate une augmentation de l'incidence de nombreux cancers et une diminution des taux de décès [5] [6]. Ces évolutions divergentes s'expliquent, pour certaines tumeurs, par une meilleure détection et/ou l'extension du dépistage conduisant à une augmentation du nombre de cancers diagnostiqués, sans augmentation réelle du risque de développer la maladie.

C'est ce que l'on observe en particulier pour les cancers du sein et de la prostate, qui ont été à l'origine de la plus grande part de l'augmentation des cancers jusqu'au milieu des années 2000. *A contrario*, la baisse d'incidence et de mortalité pour certaines localisations, comme les cancers des voies aéro-digestives ou du larynx, est spectaculaire ; elle doit être rapprochée de la diminution de la consommation d'alcool en France depuis les années 1960 et, plus récemment, du tabagisme chez les hommes.

Pour d'autres localisations, la hausse simultanée de l'incidence et de la mortalité est préoccupante. Il s'agit notamment, pour les deux sexes, des mélanomes cutanés, des myélomes, des lymphomes malins non hodgkiniens, des cancers du système nerveux central, et, pour les femmes, du cancer du poumon. Les tendances les plus récentes montrent que, pour les hommes, seuls les mélanomes et dans une moindre mesure, les leucémies aiguës sont encore en progression alors que les autres cancers voient leur mortalité diminuer. Pour les femmes, les cancers du poumon continuent d'augmenter à la fois en incidence et en mortalité [7].

Les cancers du sein et de la prostate ont vu leur incidence diminuer brutalement depuis le milieu des années 2000. Pour les cancers du sein, cette baisse est probablement temporaire et résulte de la diminution de la prescription de l'hormonothérapie substitutive à la ménopause. Pour les cancers de la prostate, elle survient dans un contexte où le dosage du Prostate Specific Antigen - antigène prostatique spécifique (PSA) comme test de dépistage est discuté et ses conséquences délétères reconnues (surdépistage, complications et séquelles de traitements). Il est aussi possible que la « fraction dépistable » de ces cancers ait été effectivement dépistée et il est difficile de prévoir l'évolution à venir pour ces deux localisations.

L'évolution des cancers du foie et du pancréas, plus difficile à interpréter, est marquée par une létalité très élevée et une progression de l'incidence alors que la mortalité est plutôt stable pour les hommes (mais augmente pour les femmes).

Les études de survie confirment des disparités considérables selon les localisations [8]. La survie nette à 10 ans varie de 4 % pour le foie ou le pancréas à 93 % pour le cancer du testicule. La survie a progressé pour la majorité des cancers entre 1990 et le milieu des années 2000. Pour le cancer de la prostate, cette amélioration est due à la fois à une anticipation des diagnostics du fait du dosage du PSA, qui augmente la durée d'observation de la maladie, et à une prise en charge plus efficace car plus précoce. Un mécanisme analogue explique l'amélioration du pronostic des cancers du sein, de la thyroïde, du rein, du colon et du rectum. S'y ajoutent vraisemblablement des progrès dans la prise en charge thérapeutique. Pour quelques cancers comme certaines hémopathies malignes, les progrès thérapeutiques constituent la cause essentielle des gains de survie.

Les données de mortalité confirment la situation globalement plus favorable des régions du sud de la France métropolitaine par rapport à celles du nord [5]. Pour les hommes, la mortalité par cancer la plus élevée est observée dans le nord-est, le nord-ouest mais aussi dans le centre de la France. Le sud de la France et l'Île-de-France ont les taux de décès les plus faibles. Pour les femmes, l'Île-de-France présente une situation moins favorable que pour les hommes. Ces différences sont principalement liées aux cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures, plus fréquents dans le nord et le nord-ouest alors que les cancers rectocoliques sont plus fréquents dans le nord-est. Pour les autres localisations, on observe souvent une mortalité supérieure dans le nord mais les différences sont moins nettes[4].

La situation vis-à-vis des cancers reste nettement plus défavorable pour les hommes qui présentent des taux d'incidence et de décès plus élevés et des localisations pour lesquelles la survie est moindre. Cependant, l'évolution semble chez eux plus favorable que chez les femmes.

Si l'anticipation du diagnostic liée au dépistage va de pair avec une amélioration de la prise en charge, le dépistage est aussi à l'origine du diagnostic d'une plus importante proportion de cancers peu évolutifs et de bon pronostic. L'un des enjeux actuels pour le système de soins est donc de prendre en charge ces « nouveaux cancers » avec des procédures adaptées, moins agressives, en diminuant les effets iatrogènes sans pour autant entraîner une perte de chance.

Pour les cancers associés au tabac et à l'alcool, la survie est courte et les progrès thérapeutiques faibles. Ceci montre l'importance des actions de prévention car les gains potentiels en termes de mortalité sont considérables. Les stratégies de prévention des comportements à risque doivent prendre en compte les caractéristiques sociales des populations qui ont un poids très important dans le domaine du cancer. C'est ainsi le cancer qui contribue le plus fortement à la surmortalité des hommes sans diplôme, les inégalités les plus fortes concernant les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures. Ces localisations sont également principalement en cause dans les disparités entre régions.

D'autres enjeux majeurs comme l'amélioration de l'organisation des soins, l'accès renforcé au dépistage et l'insertion sociale pendant et après la maladie doivent aussi être considérés, en prenant en compte la question des inégalités.

[4] Site du CépiDc-Inserm : www.cepidc.inserm.fr

2.2 ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC), dont l'hypertension artérielle constitue le principal facteur de risque, affectent environ 400 000 personnes en France[5]. À l'origine de 6 % de l'ensemble des décès (33 000 par an), ils représentent la troisième cause de mortalité chez l'homme et la deuxième cause chez la femme[6]. Ils constituent également la première cause de handicap acquis de l'adulte. Les séquelles des AVC sont d'autant plus limitées que les patients sont pris en charge rapidement par des structures adaptées permettant un diagnostic et des soins précoces. La prise en charge des AVC par une filière spécifique est ainsi associée à une réduction de leur mortalité[7].

Des efforts particuliers ont été entrepris avec le Plan national de lutte contre les AVC 2010-2014. Le bilan à mi-parcours est plutôt positif pour la prise en charge des patients en phase aiguë avec la création de 125 unités neuro-vasculaires pour 140 prévues. En revanche, le suivi des patients à domicile et en institution doit être amélioré. En 2007, un peu moins de 10 % des patients étaient hospitalisés en rééducation fonctionnelle après un AVC, avec de fortes disparités régionales[8].

La mortalité par AVC diminue en France comme ailleurs en Europe et aux États-Unis, et cette baisse concerne tous les âges de la vie. Cette amélioration résulte à la fois d'une réduction d'incidence des AVC et des récidives, et de l'amélioration de leur prise en charge[9].

Toutefois, au cours des deux dernières décennies, les taux d'incidence ou d'hospitalisation pour AVC chez l'adulte jeune (avant 65 ans) ont augmenté en Europe et aux États-Unis[10]. Ces tendances sont à rapprocher de l'augmentation de l'obésité, du diabète et du tabagisme chez l'adulte jeune.

En 2014, 163 251 patients ont eu au moins une hospitalisation complète pour une maladie cérébro-vasculaire (MCV), 110 438 pour AVC, 32 632 pour AIT (rapport Drees/SpF).

25 % ont moins de 65 ans, l'hospitalisation des AVC a augmenté de 14.3% chez les moins de 65 ans entre 2008 et 2014. La récidive est de 25 % à 5 ans, la mortalité de 30.000 décès/an. Il s'agit de la 1ère cause de handicap acquis - moteur ou phasique (20 000/an), et de handicap comportemental et cognitif (20 000/an) [9].

Pour la prise en charge en aiguë (prévention secondaire), le challenge est d'améliorer les connaissances de la population générale (car chaque minutes d'ischémie des milliers de neurones meurent). Pour la prévention tertiaire, il est nécessaire d'améliorer la communication pour réduire la non observance (coûts) et effets indésirables des médicaments. Il est également primordial de promouvoir les capacités de rééducations et de promouvoir l'activité physique adaptée (APA) et l'auto-rééducation, car aujourd'hui seulement 30% des patients vont en rééducation. Il s'agit enfon d'un challenge majeurs du développement dans le système de soins, car il existe seulement 35 centres de thrombectomies en France, et seulement 40% des patients sont hospitalisés dans une unité neurovasculaire.

---

[5] http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/l-accident-vasculaire-cerebral

[6] http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10685

[7] http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avc_-_synthese_seule_rapport_final_-_vf.pdf

[8] http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=84

[9] http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/2017_5_1.html

[10] http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10685

2.3 INFARCTUS DU MYOCARDE

La baisse de fréquence de la maladie coronaire observée en France depuis les années 1980 s'est poursuivie ces dernières années. Cette baisse a essentiellement concerné les personnes âgées de plus de 55 ans mais n'est pas observée chez les plus jeunes et chez les femmes. Elle concerne l'incidence et la mortalité de l'infarctus du myocarde et les décès coronaires[11, 12]. En revanche, la létalité hospitalière et la létalité générale sont restées relativement stables pendant cette période.

En 2008, 56 000 personnes ont été hospitalisées pour infarctus du myocarde en France. Entre 2000 et 2008, ce nombre a diminué de 7,4 % correspondant à une réduction de 17,2 % du taux contrôlé pour l'âge.

Dans les deux dernières décennies, la prise en charge des patients présentant un syndrome coronaire aigu a été bien codifiée et standardisée et est devenue homogène selon les régions. La pratique de l'angioplastie a fortement progressé aux dépens de la thrombolyse.

Les traitements médicamenteux de suite sont également identiques selon les régions et conformes aux recommandations.

Toutefois, la prescription de réadaptation fonctionnelle après l'épisode aigu reste faible avec de fortes disparités régionales[13].

En 2014, 221 108 patients domiciliés en France ont été hospitalises pour cardiopathie ischémique, 119 015 pour syndrome coronaire aigu, et 62 251 pour infarctus du myocarde (rapport Drees/SpF).

2.4 SANTE MENTALE

2.4.1 Introduction

L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel chaque individu réalise son propre potentiel, peut faire face aux contraintes normales de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse et peut apporter une contribution à sa communauté[14]." Une bonne santé mentale fait donc partie intégrante de la santé humaine et du bien-être.

L'étude de la distribution de problèmes de santé mentale, en particulier les troubles de santé mentale communs (anxiété et dépression et troubles non psychotiques) montre un gradient social négatif [10] [11]. Toute stratégie de réduction des inégalités sociales de santé devra avoir comme pilier la réduction des troubles de santé mentale prévenables, et l'amélioration du bien-être et de la santé mentale [12] [13].

[11] http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=8546
[12] http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/7-8/2016_7-8_1.html
[13] http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/5/2014_5_1.html
[14] a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community"

2.4.2 Situation internationale

Selon les projections de l'OMS le fardeau global des troubles mentaux représentera 15 % de la charge de l'ensemble des maladies en 2020 [14]. En 2010, une méta-analyse des données de la littérature internationale présentait le syndrome dépressif comme la deuxième cause d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) [15]. Le poids sanitaire, économique et social des troubles mentaux serait par ailleurs aggravé par leurs impacts négatifs sur les habitudes de vie (e.g. tabagisme, alcoolisme, diminution de l'activité physique, pratiques sexuelles à risque [16], ainsi que par les nombreuses comorbidités somatiques qui y sont associées.

2.4.3 Situation française

En France, les troubles psychiatriques représentent la 1ère cause d'entrée en invalidité, concourent à environ un cinquième des années de vie perdues en bonne santé et sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail. L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est le trouble le plus prévalent. Près d'une personne sur 5 souffrirait d'un EDC au cours de la vie et près de 8 % au cours des 12 derniers mois.

Les conduites suicidaires représentent quant à elles, tous âges confondus, la 3e cause de mortalité prématurée (9,6 %) (1ère cause chez les 25-34 ans et 2ème cause chez les 15-24 ans), derrière les maladies cardio-vasculaires (12,1 %) et les tumeurs (30,0 %). Elles sont également responsables de près de 100 000 hospitalisations et 200 000 recours aux urgences par an. Le coût financier du suicide a été estimé en France à 5 milliards d'euros par an [17].

La forte prévalence des troubles psychiatriques et des conduites suicidaires, leurs retentissements sur des domaines variés (éducatif, social, culturel, familial, professionnel, et sanitaire) ainsi que les coûts supportés notamment par l'assurance maladie (2ème poste de dépense en 2013[15]) ont contribué à inscrire la santé mentale parmi les domaines d'action prioritaire de la SNS indiquée par Marisol Touraine [18] et repris par Agnès Buzyn en 2017 [19].

Pour répondre aux enjeux de santé publique posée par la santé mentale, un Conseil national de la santé mentale (CNSM) a été installé par la ministre de la santé fin 2016. Quatre groupes de travail thématiques et populationnels ont été constitués au sein du CNSM (santé mentale de la grossesse à l'âge adulte, santé mentale et suicide, santé mentale et grande précarité, projet territorial de santé mentale). Le programme santé mentale de Santé publique France (membre du CNSM) s'articulera de façon étroite avec les travaux du CNSM qui ont vocation à fixer des orientations pour le pilotage d'une politique pérenne de santé mentale. Santé publique France contribuera à nourrir les orientations du CNSM par ses travaux d'expertise et à mettre en œuvre les politiques de prévention dans ses domaines d'intervention (communication et information, expérimentations, soutien au déploiement et partenariat).

2.4.4 Principes d'action

D'après l'OMS [20], trois principes d'action sont nécessaires pour prendre en compte les déterminants sociaux de la santé mentale :

- Il est nécessaire d'avoir une approche vie-entière, et donc d'avoir des actions aux différents âges de la vie et dans les différents lieux de vie (voir schéma ci-dessous).

[15] source Cnamts 2015

- Il est très important d'investir dès la phase prénatale et les premières années (réduire la dépression maternelle, améliorer l'attachement entre mère et enfant, etc.) [21].
- Il est nécessaire d'avoir une approche d'universalisme proportionnée, c'est-à-dire pour toute la population mais dont l'intensité et la qualité est adaptée aux spécificités et besoins des différentes populations.

2.4.5 Propositions

❖ *Informer le grand public et les professionnels sur la santé mentale*

Le Plan Psychiatrie et santé mentale (2011-2015) insistait sur la nécessité d'augmenter la culture générale sur la santé mentale et les dispositifs de prise en charge et de « lutter contre les images négatives véhiculées sur (et par) la psychiatrie". Cette priorité a été réaffirmée dans le cadre du plan "Bien-être et santé des jeunes" (2016) [22] et du rapport Laforcade [23] dans une logique de renforcement des capacités d'agir et de lutte contre la stigmatisation des maladies mentales. Elle s'inscrit également dans les travaux du Conseil national de santé mentale, dont la lutte contre la stigmatisation et l'information des populations figure parmi les axes de travail prioritaires. Enfin, l'information du grand public est l'une des priorités inscrite au Décret n° XXX (en cours de relecture par le cabinet de la ministre), fixant les priorités du projet territorial de santé mentale visé à l'article L. 3221-2. -I du code de la santé publique.

❖ *Expérimenter et développer des programmes de prévention et de promotion de la santé mentale dès la petite enfance, pour les jeunes et leurs parents*

Un consensus existe sur l'implication de facteurs qui interviennent très tôt dans le parcours de vie et favorisent le développement futur de troubles psychiques [24]. Près de la moitié des troubles mentaux qui perdurent se manifesteraient avant l'âge de 14 ans [25], et 70 % se déclareraient avant l'âge de 25 ans [26]. Pour les politiques de santé publique, la petite enfance, l'enfance et l'adolescence se présentent donc comme des moments privilégiés de la trajectoire de vie pour intervenir, dans une logique préventive, avant que des pathologies qui s'avéreront le plus souvent complexes, chroniques et difficiles à traiter ne se soient installées [27] [28].

❖ *Prévenir les passages à l'acte suicidaires*

Il s'agira de réduire de façon significative les tentatives de suicide et les décès par suicide. Dans cette optique la priorité portera sur les personnes à haut risque suicidaire (personnes en processus de crise suicidaire et/ou ayant récemment effectué une tentative de suicide suivie d'une hospitalisation). Dans cette perspectives, trois axes doivent être développés : 1/ le déploiement et l'évaluation des dispositifs de veille et de recontacte des suicidants à la sortie de l'hôpital, 2/ le développement des pratiques d'évaluation du risque suicidaire dans les dispositifs d'aide à distance (ligne d'appel) et 3/ l'amélioration des dispositifs de surveillance des tentatives de suicide comme outils d'évaluation et de pilotage des politiques et des dispositifs de prévention du suicide.

❖ *Intégrer les questions de santé mentale dans l'élaboration des programmes populationnels et des programmes portant sur les habitudes de vie*

L'adage selon lequel, « il n'y a pas de santé sans santé mentale » [29] est fondé sur les données épidémiologiques. Cela implique d'une part que l'état de santé des populations doit être apprécié et améliorer au regard d'indicateurs de santé physique et mentale (bien-être-mal être, troubles).

Un enjeu à 5 ans serait de pouvoir disposer de systèmes de surveillance et d'enquête fiables et pérennes pour l'ensemble des populations visés par nos programmes de prévention.

2.5 MALADIES RARES

Plus de 7000 maladies rares ont été répertoriées à ce jour, 3 millions de malades seraient concernés en France, soit près de 4,5% de la population[16]. Malgré les progrès accomplis dans le sillage des 2 Plans nationaux maladies rares, l'errance diagnostique reste une réalité fréquente: l'enquête de 2014 réalisée par l'Alliance Maladies rares a montré que plus de 50% des malades attendaient plus de 18 mois pour obtenir un diagnostic et démarrer un traitement[17]. Les maladies rares seraient impliquées dans 20 à 35% des handicaps de l'enfant[18].

❖ *Coût du problème*

Il n'y a pas de données véritablement disponibles sur le coût des maladies rares. Les coûts pour l'assurance maladie ne sont pas facilement individualisables, compte tenu de la faible prévalence de chaque type de maladie (elles n'apparaissent pas dans la cartographie médicalisée des dépenses de santé). En revanche, à l'échelle individuelle, le reste à charge pour les malades et leurs familles peut s'avérer élevé. Certains soins sont mal ou non remboursés, car il est fréquent que la situation individuelle ou la pathologie elle-même soient considérées comme hors « du droit commun », pour des raisons administratives.

Ces maladies relèvent essentiellement d'une stratégie de prévention secondaire : dépistage néonatal (inscrit au code de la santé publique), conseil génétique et diagnostic pré-implantatoire. Actuellement, le programme de dépistage néonatal mis en place en France depuis 1972 par l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE) concerne 5 maladies rares : pour l'ensemble des nouveau-nés, la phénylcétonurie, l'hyperplasie congénitale des surrénales, l'hypothyroïdie, et la mucoviscidose et chez les nouveau-nés à risque la drépanocytose. Son taux de couverture est excellent (estimé à 99,98% en 2013 [30]). Cependant sa pérénisation et son extension à d'autres maladies génétiques (en particulier le dépistage du déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras, recommandé par la HAS) nécessitent une réorganisation globale et une remise à plat des modes de financement (ce dossier devrait être en cours à la DGS).

[16] Ministère des Affaires sociales et de la santé. Les maladies rares. 2016. http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/maladies-rares/article/les-filieres-de-sante-maladies-rares.

[17] Alliance maladies rares. Erradiag l'errance diagnostique dans les maladies rares,. 2016. http://www.alliance-maladies-rares.org/erradiag-enquete-sur-lerrance-diagnostique-dans-les-maladies-rares/.

[18] Inserm (dir.). Déficiences et handicaps d'origine périnatale : Dépistage et prise en charge. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2004, XII- 376 p. -(Expertise collective). - http://hdl.handle.net/10608/143

❖ *Les difficultés suivantes ont été relevées dans les travaux d'évaluation des 2 PNMR du HCSP[19], [20] :*

- **Accès à l'expertise** : Son organisation est indispensable pour réduire les situations d'errance diagnostique. Il a été progressivement structuré par les pouvoirs publics, dans le cadre des 2 Plans Nationaux Maladies Rares. 131 centres de référence ont été labellisés entre 2004 et 2007 par le ministère chargé de la santé, 501 centres de compétences maladies rares désignés en 2008 par les agences régionales d'Hospitalisation et 23 filières de santé maladies rares identifiées en 2014, regroupant 117 Centres de Référence. Cependant ce dispositif s'avère complexe, avec un besoin de clarification des missions respectives des filières, centres de référence coordonnateurs, sites constitutifs, centres de compétences, de façon à établir un schéma cohérent et gradué par grands groupes de maladies rares. La nouvelle procédure attendue de labellisation garantissant l'expertise et la qualité des soins et prenant en compte les besoins en matière d'accessibilité et de couverture du territoire reste à effectuer (dossier porté par la DGOS). Il faut également veiller à mettre en cohérence la politique nationale avec les recommandations européennes, notamment pour l'organisation des filières et dans le domaine du médicament.
- **Une amélioration des dispositifs d'information-formation des professionnels de santé** de 1° ligne (médecine générale) est indispensable et pourrait relever des missions des filières et/ou des centres de références maladies rares.
- **Amélioration du remboursement des soins et de certaines prestations spécifiques :** qui nécessite la mise en place d'un fonds dédié de la CNAMTS pour permettre un financement dérogatoire par rapport au « droit commun ».

NB : Certains enjeux organisationnels sont partagés avec d'autres maladies chroniques, non considérées comme « rares », et en particulier :

- **L'accès à l'innovation** : accès aux plateformes de diagnostic approfondi et au séquençage haut débit, qui s'inscrit dans le plan « France Médecine Génomique 2025 » porté par AVIESAN, pour le séquençage du génome et la mise en œuvre de prise en charge diagnostique et thérapeutique plus « personnalisée ».
- **L'amélioration de l'articulation avec le secteur médico-social, le social et le secteur éducatif pour les enfants**.
- **Inégalités sociales et territoriales :** Elles sont encore mal documentées mais elles doivent impérativement être prises en compte et compensées dans les évolutions de l'organisation des dispositifs : dépistage néonatal, offre de soins spécialisée et accès à l'innovation diagnostique et thérapeutique.
- **Perception sociale et possible rôle actif du sujet/patient dans l'action/la prise en charge :** Il s'agit d'une thématique qui est fortement portée par un très riche réseau associatif, disposant de puissants relais médiatiques et bien connus du grand public (cf AFM-Téléthon, Vaincre la mucoviscidose etc..).

19 https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiLqfKwpMrVAhWJ2hoKHdqBAZUQFggsMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.hcsp.fr%2Fexplore.cgi%2Fhcspr20090317_maladiesRares.pdf&usg=AFQjCNHVoZXKqCmntOPQpFpZFosYp0G1Bg

20 http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=558

3 ANNEXE 3 : L'EXPOSITION AUX RISQUES INFECTIEUX

Plusieurs axes forts se dégagent en matière de priorité pour les maladies infectieuses.

3.1 LUTTE CONTRE L'ANTIBIORESISTANCE :

La consommation toujours trop élevée d'antibiotiques en France, l'augmentation inquiétante de l'incidence nationale, parmi les bactéries multirésistantes (BMR), des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE), l'émergence de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques (BHRe : ERV, EPC), à l'origine d'impasses thérapeutiques, et l'incidence croissante des infections à Clostridium difficile dans tous les secteurs de l'offre de soins, font de l'antibiorésistance et de la réduction de l'exposition aux antibiotiques des enjeux majeurs de santé publique [31]. Le taux de SARM reste en France un des plus élevés d'Europe. L'antibiorésistance rend la prise en charge de certaines IAS (dues à BMR, BHRe, Clostridium….) plus complexe [32], [33].

3.1.1 Une consommation antibiotique inquiétante et non maîtrisée

La France a une consommation antibiotique record (29,9 DDJ/1000 hab/j), supérieure de 30% à la moyenne européenne [34]. 70% des antibiotiques consommées en ambulatoire sont des béta-lactamines.

En 2013, 97,6 millions de boites d'antibiotiques ont été remboursées par l'Assurance maladie (+0,2% par rapport à 2012). Cependant, entre 30 % et 50 % des antibiothérapies sont prescrites inutilement en France, que ce soit en ville, en EHPAD, et à l'hôpital, notamment pour le traitement d'infections des voies aériennes principalement d'origine virale (rhinopharyngites, angines, sinusites, otites, bronchites). Pourtant, il existe pour certaines pathologies des tests de diagnostic rapide, mais ceux-ci sont trop peu utilisés, avec seulement 30% des médecins généralistes déclarant utiliser les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans l'angine. De ce fait, en 2013, 28,3% des patients français ont été traités par antibiotique. Ces traitements sont par ailleurs souvent prolongés, sans être réévalués. Certains lieux de vie, particulièrement dans les EHPAD, sont propices à la prescription d'antibiotiques inutiles pour des colonisations urinaires sans signes cliniques et des bronchites.

Après s'être stabilisée entre 2005 et 2010, la consommation française d'antibiotiques augmente à nouveau de quelques % par an, aussi bien en ville qu'à l'hôpital. En médecine ambulatoire, la consommation moyenne au sein de l'Union Européenne était de 21,5 Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 habitants et par jour en 2012, contre 29,7 DDJ pour la France. En 2013, la France est en deuxième position au niveau européen (30,14 DDJ), juste derrière la Grèce (32,24 DDJ). A l'hôpital, la France se situe au 7ème rang, avec une consommation de 2,17 DDJ pour 1 000 habitants et par jour en 2013.

3.1.2 Une émergence des résistances bactériennes inquiétante

En pédiatrie communautaire, l'antibiorésistance concerne essentiellement les entérobactéries productrices de béta-lactamases à spectre étendu (BLSE) dans le cadre des infections urinaires, et les pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) dans les infections ORL, respiratoires et neurologiques.

Le taux d'entérobactéries BLSE dans les infections urinaires de l'enfant atteint 14% [IC95% : 8-21] dans une méta-analyse mondiale récente [35]. Il existe des disparités régionales : le taux est de 12% en Europe. En France, entre 2010 et 2014, le taux de BLSE dans les PNA de l'enfant variait de 2,2% (Lille 2010) à 4,6% (Caen 2014) [36].

Le pneumocoque est responsable chez le nourrisson de bactériémies et de méningites, mais aussi, quel que soit l'âge de l'enfant, d'infections respiratoires hautes ou basses. La vaccination universelle pneumococcique conjuguée 7 (introduite en 2003) puis 13-valences (en 2010) a permis de faire reculer le nombre d'infections invasives à pneumocoque de 41%, de méningites de 37%, de bactériémie de 41%, entre 2010 et 2014 [37]. De même, le pourcentage de PSDP qui atteignait près de 50% des souches étudiées en 1997, a chuté à 21% en 2014. En particulier, l'introduction du vaccin 13-valences, associé rapidement à une bonne couverture vaccinale (93% pour 2 doses à âge de 9 mois, et 93% pour 3 doses à âge de 2 ans, d'après la DREES) a permis de faire reculer l'incidence des infections invasives causées par les sérotypes associées à une résistance, c'est-à-dire ceux qui sont le plus fréquemment portées et sur une longue période, comme les sérotypes 6B, 9V, 14, 19A et F, 23F. De même un impact sur les pneumopathies identifiées (-63%) ou supposées causées (-42%) par le pneumocoque a été observé [38]. Le risque est celui d'un remplacement des sérotypes de portage par d'autres sérotypes non vaccinaux. Des règles de bon usage des antibiotiques, une couverture vaccinale élevée, ainsi qu'une surveillance des souches circulantes, sont essentiels pour le maintien de cette tendance.

Les entérobactéries sont les causes les plus fréquentes d'infections communautaires et nosocomiales.

Depuis l'an 2000, il est observé une augmentation inquiétante de la résistance des entérobactéries, alors que d'autres résistances diminuent. En effet, le pourcentage de souches résistantes aux C3G parmi *E.Coli* isolées d'infections invasives est passé de 1% à 11% entre 2005 et 2015 et parmi les *Klebsiella pneumoniae* également isolées d'infections invasives, de 15 à 30% entre 2008 et 2015 [CNR, EARS-net]. Entre 2010 et 2014, le taux de BLSE dans les pyélonéphrites de l'enfant pouvait atteindre 4,6% [Caen 2014] [39]. Entre 2011 et 2015, la densité d'incidence des entérobactéries résistantes aux C3G par production de bétalactamase à spectre étendu (EBLSE), pour tout prélèvement clinique à visée diagnostique, a significativement augmenté de 0,48 à 0,71 pour 1000 journées d'hospitalisation [données BMR-Raisin sur une cohorte de 698 établissements]. Les bactériémies à EBLSE ont elles aussi augmenté entre 2011 et 2015 passant de 0,041 à 0,063/1 000 journées d'hospitalisation [40]. Les données détaillées par espèce montrent que la densité d'incidence des bactériémies augmente entre 2012 et 2016 pour les trois principales espèces d'EBLSE : *E. coli* (0,026 à 0,034 / 1 000 JH, +33 %), *K. pneumoniae* (0,011 à 0,019 / 1 000 JH, +76 %) et *E. cloacae* (0,006 à 0,007 / 1 000 JH, +13 %) [41]. L'objectif du Propias de diminution de 20% de la densité d'incidence des bactériémies nosocomiales à *K.pneumoniae* ou *E.cloacae* BLSE d'ici 2020 semble difficile à atteindre [42].

L'étude Burden réalisée par Santé Publique France a estimé l'incidence en 2012 des infections à bactéries multirésistante (BMR) à 158000 cas dont 16000 infections invasives (bactériémies et méningites) et la mortalité liée aux BMR à 12500 cas en 2012 dont 2700 pour les infections invasives. Ces chiffres sont probablement sous-estimés puisqu'ils excluaient les infections diagnostiquées en ville, et se basaient sur une sélection de certaines infections à BMR [43].

❖ *Résistance à la colistine :*

L'utilisation croissante de la colistine contribue à l'émergence de bactéries résistantes et à une augmentation de la fréquence des infections causées par des entérobactéries naturellement résistantes comme les *Proteus*, *Providencia, Morganella et Serratia*. Dans certaines zones géographiques proches de la France métropolitaine, la résistance à la colistine atteint des proportions inquiétantes : chez *Klebsiella pneumoniae*, 18,6 % des souches productrices de carbapénémase de type KPC dans un hôpital en Grèce entre 2007 et 2010, et 22,4 % des isolats en Italie lors d'une enquête nationale réalisée en 2011.

L'importance de préserver la colistine, antibiotique de dernière ligne pour le traitement d'infections impliquant des EPC et la nécessité de renseigner le clinicien sur la possibilité de l'utiliser en documentant le profil de résistance de ces EPC aux antibiotiques [44].

3.1.3 Conséquences de l'antibioresistance

En France, 158 000 infections dont 12500 décès sont liés annuellement à une Bactérie Multi Résistante, entre 71 et 441 millions d'euro de surconsommation d'antibiotiques en France, une recherche et des financements pour la lutte contre l'antibioresistance peu coordonnées, aucun nouvel antibiotique avec un nouveau mécanisme d'action n'a été développé depuis 20 ans [45].

Les dépenses annuelles liées à une surconsommation d'antibiotiques en France en médecine de ville seraient estimées à 71, 178 ou 442 millions d'euros selon 3 scénarios différents (Rapport du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques)[21]. Cependant, ces coûts ne comprennent que les coûts directs (coût des antibiotiques) et non les couts indirects (arrêts de travail), et ne comprennent pas la partie hospitalière la plus coûteuse à la fois en termes d'antibiothérapie unitaire et journées d'hospitalisation évitables. Une étude européenne a tenté d'en donner une approximation à 1,5 milliard d'euros annuel, 910 millions liés à la prise en charge et 600 millions à la perte de productivité des patients infectés [46].

3.2 AMELIORATION DE LA COUVERTURE VACCINALE DANS LA POPULATION GENERALE ET LES PERSONNELS DE SANTE

3.2.1 Le fardeau des maladies à prévention vaccinale reste important :

❖ *Pneumocoque*

Le pneumocoque est la première cause de pneumonie bactérienne communautaire. En France, le nombre de pneumonies à pneumocoque a été estimé à plus de 130 000 /an soit une incidence de plus de 220 cas/100 000 habitants et, en Europe, il est admis que l'incidence des pneumonies à pneumocoque est de l'ordre de 100 cas/100 000 habitants.

D'après les données du réseau Epibac, en France, le nombre moyen de cas d'infections invasives à pneumocoque (IIP) en 2012 est de 4406, soit une incidence annuelle de 9,1 cas/100 000 habitants en 2012. Chez les nourrissons âgés de moins de 1 an, l'incidence est de 201 cas/100 000 en 2012,

[21] http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf

soit une incidence de 17,2 cas/100 000. Chez les adultes âgés de 50 ans et plus, l'incidence est de 26,5 cas/100 000[22].

Le risque d'IIP est multiplié par 3 chez les adultes âgés de 50 à 59 ans, par 5 entre 70 à 79 ans et par 10 après 80 ans, par rapport au risque observé chez les adultes âgés de 16 à 49 ans ; 70 % des IIP surviennent chez des adultes après 50 ans. Les méningites représentent 10 % des IIP après 50 ans, proportion beaucoup plus faible que chez les enfants (24 % des IIP). Le taux de mortalité hospitalière des IIP varie de 10 % à 30 % et augmente avec l'âge et la présence de co-morbidités.

Le risque de survenue d'une IIP est multiplié par 4 en présence d'une pathologie chronique sous-jacente telle, et par 23 à 48 chez les patients immunodéprimés [47].

❖ *VHB*

La prévalence de l'infection chronique par le VHB (antigène HBs positif) en France métropolitaine a été estimée en 2004 à 0,65 % (IC95 % : 0,45-0,93), soit quelque 280 821 personnes (IC95 % : 179 730-381 913), dont plus de la moitié (55 %) ignorait leur statut [48].

❖ *Infections invasives à méningocoque C*

Entre 2010 et 2015, le nombre annuel de cas d'IIM déclarés a varié entre 426 cas et 583 cas. Le taux annuel d'incidence moyen était de 0,80/100 000 habitants (après correction pour la sous-notification). Les sérogroupes les plus fréquents étaient le sérogroupe B (64 % des cas de sérogroupe connu), C (22 %), Y (9 %) et W (5 %).

Le nombre annuel de cas d'IIM C déclarés a varié entre 82 cas et 145 cas. Le taux d'incidence, corrigé pour la sous-notification, a augmenté entre 2010 et 2013 (de 0,14 à 0,24/100 000 habitants) et a diminué ensuite pour atteindre 0,19/100 000 habitants en 2015.

L'incidence des IIM C reste élevée en France, en particulier dans la tranche d'âge des nourrissons âgés de moins de 1 an, témoignant de l'absence de mise en place d'une immunité de groupe suffisante. Si une légère baisse d'incidence a été observée en 2015, on dénombre tout de même pendant ces six années de surveillance 77 cas d'IIM C chez le nourrisson de moins de 1 an, dont 28 (36 %) cas de purpura fulminans et 8 (10,4 %) cas de décès. Les deux objectifs d'extension transitoire de la vaccination (rattrapage) aux autres groupes d'âge (2 ans jusqu'à 24 ans) et d'obtention rapide d'une couverture vaccinale élevée qui étaient les éléments indispensables à l'obtention rapide d'une immunité de groupe n'ont pas été atteints en France. Des taux aussi insuffisants de CV chez l'adolescent et l'adulte jeune ne permettent pas de compter sur une immunité de groupe suffisante pour protéger indirectement les jeunes nourrissons âgés de moins de 1 an qui ne sont actuellement pas inclus dans la stratégie vaccinale choisie.

La CV chez les nourrissons âgés de 12 mois à 24 mois et les tranches d'âge plus âgées, pleinement concernées par la stratégie demeure très insuffisante. Les données de suivi des consommations de l'assurance maladie montrent également que les activités de vaccination en rattrapage, notamment chez les adolescents et les adultes jeunes restent très faibles sur les dernières années [49].

---

[22] Lepoutre A Impact of the pneumococcal conjugate vaccines on invasivepneumococcal disease in France, 2001–2012. Vaccine 2015 ;33 :359-366 https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.11.011

❖ *HPV :*

Plus de 1000 femmes décèdent encore chaque année d'un cancer invasif du col de l'utérus et la baisse de la mortalité connait un ralentissement depuis 2000 (-2,0 % par an entre 2005 et 2012). De plus, le cancer invasif du col représente l'un des seuls cancers pour lequel la survie à cinq ans après le diagnostic est en diminution en France (68 % en 1989/91 à 64 % en 2001/04) [50].

Le cancer du col de l'utérus reste en France pour l'année 2005 le 10ème cancer chez la femme par sa fréquence, avec 3 068 cas estimés [IC 95 % : 2739-3399], et le 9ème lorsque l'on considère le taux d'incidence standardisé (monde) qui est, pour l'année 2005, estimé à 7,1 pour 100 000 femmes. Il est le 15ème cancer le plus meurtrier chez la femme avec 1 067 décès estimés et au douzième rang si l'on considère le taux de mortalité standardisé (monde) qui est estimé à 1,9 pour 100 000 femmes. Des projections pour 2011 conduisent à un nombre de cas de 2 810 et un nombre de décès de 9981 [51].

Le cancer du col de l'utérus touche chaque année environ 3 000 femmes et est responsable de 1 100 décès. Il est attribuable dans près de 100 % des cas à une infection par un papillomavirus humain (HPV), transmise sexuellement. Ce cancer est aujourd'hui largement évitable. Le cancer du col de l'utérus représente en France, chez la femme, la 11ème cause de cancer et la 12ème cause de décès par cancer [52].

❖ *HPV chez les hommes*

La prévalence mondiale des HPV génitaux est de 16 % chez les hommes âgés de moins de 30 ans, de 15 % chez ceux entre 40 et 49 ans et de 19 % chez ceux âgés de plus de 50 ans, le risque augmentant avec le nombre de partenaires. Ce risque est plus important pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH).

La prévalence de l'HPV anal est évaluée à 24,8 % chez les hommes hétérosexuels (États-Unis) dont un tiers dû à des HPV oncogènes. Elle est plus élevée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et encore plus élevée pour les HSH infectés par le VIH. La prévalence des HPV a été évaluée à 93 % chez les hommes infectés par le VIH et à 64 % chez les hommes non infectés.

Les HSH sont à risque d'infection dès les premières relations sexuelles et la prévalence de l'infection anale des HPV chez les HSH s'accroit rapidement avec l'augmentation du nombre de partenaires. Chez des HSH âgés de 16 à 20 ans, elle passe de 10 % chez ceux qui ne rapportent aucune relation sexuelle anale réceptive à 47 % chez les hommes qui déclarent des relations sexuelles réceptives avec quatre partenaires ou plus.

Ceci est en faveur d'une transmission précoce et importante des HPV dès les premières expériences sexuelles chez les HSH.

Cancer anal : Le risque de cancer anal est 20 fois plus élevé chez les HSH que chez les hétérosexuels, les HSH infectés par le VIH étant la population la plus à risque. L'incidence du cancer anal a été évaluée à 5 pour 100 000 par an chez les HSH non infectés par le VIH et à 46 pour 100 000 par an chez les HSH infectés par le VIH. Bien que l'histoire naturelle du cancer anal soit encore mal connue, il est admis que l'infection par les HPV est nécessaire au développement des néoplasies anales intraépithéliales (AIN). Le lien entre l'infection HPV 16 et le cancer anal est considéré comme causal par le centre de recherche sur le cancer.

En conclusion, en France, le cancer du canal anal est en progression mais reste un cancer rare en population générale. L'infection anale par les HPV et ses manifestations cliniques (condylomes, lésions précancéreuses et cancers) sont plus fréquentes chez les HSH et en particulier ceux infectés par le VIH. Chez les HSH, les données sont en faveur d'une transmission précoce et importante des HPV dès les premières expériences sexuelles [53].

Les verrues génitales souvent récidivantes, sont fréquentes chez les hommes et peuvent altérer temporairement la qualité de vie

- *Grippe*

Les épidémies de grippe saisonnière surviennent chaque année au cours de l'automne et de l'hiver dans les régions tempérées. La grippe est responsable d'hospitalisations et de décès, principalement parmi les groupes à haut risque (très jeunes enfants, personnes âgées ou personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques) mais également parmi les personnes sans facteur de risque de complications de la grippe.

En France métropolitaine, sur la base des données historiques des épidémies grippales depuis 1984, le réseau Sentinelles estime, qu'entre 788 000 et 4,6 millions de personnes consultent pour un syndrome grippal lors d'une épidémie de grippe. En moyenne, 2,5 millions de personnes seraient concernées chaque année. Entre 25 % et 50 % des consultations concernent des jeunes âgés de moins de 15 ans.

L'impact sur l'hôpital est également conséquent avec, par exemple en 2014-2015 près de 30 000 passages pour grippe enregistrés dans le réseau Oscour® (88 % des services d'urgences), dont 11 % ont été hospitalisés et près de 1 600 cas admis en réanimation signalés à l'Institut de veille sanitaire (InVS).

La mortalité imputable à la grippe saisonnière concerne essentiellement les sujets âgés : plus de 90 % des certificats de décès mentionnant la grippe dans les causes du décès concernent des personnes âgées de 65 ans et plus. L'InVS estime qu'en moyenne 9 000 décès chez les personnes âgées de 65 ans et plus sont attribuables à la grippe chaque hiver.

Face à ces épidémies de grippe, on constate en France, une baisse régulière de la couverture vaccinale des populations à risque, qui est passée de 60 % en 2009-2010 à 47 % en 2014-2015 [54].

3.2.2 Une couverture vaccinale insuffisante en France au-delà de l'âge de un an

La couverture à 2 ans contre le méningocoque C est actuellement de 70 % et diminue avec l'âge (32 % chez les 10-14 ans et 7 % chez les 20-24 ans) et celle de la seconde dose de vaccination rougeole-rubéole-oreillons est de 77 %. Les couvertures des rappels à l'âge de 15 ans contre DTP, coqueluche et hépatite B sont estimées respectivement à 84 %, 70 % et 43 %. Moins d'un adulte sur 2 (44 %) âgé de 65 ans et plus était en 2011 à jour de son rappel DTP décennal. De plus on observe ces dernières années une diminution du taux de couverture vaccinale des jeunes filles contre HPV (14 % pour les 3 doses à l'âge de 16 ans en 2015 contre 28 % en 2010) et de la population à risque contre la grippe saisonnière (48 % en 2015-2016 contre 60 % en 2009-2010). S'y ajoute la très insuffisante couverture contre le pneumocoque des personnes vulnérables (immunodéprimées ou atteintes d'une pathologie chronique). Les études menées montrent des

résultats variables, en particulier en fonction des pathologies concernées, mais la couverture vaccinale moyenne peut être estimée autour de 30 % [55].

La lutte contre le fardeau de la grippe saisonnière repose chaque année par une campagne de vaccination. Malheureusement les taux de couverture vaccinale restent bas, en particulier chez les personnes à risques ciblées pas la vaccination et chez les soignants, chez qui elle reste inférieure à 30%[23]. L'efficacité sur le terrain des vaccins disponibles s'avère très faible, en particulier chez les personnes âgées [56]. D'autres stratégies de lutte contre cette maladie doivent donc être envisagées ainsi que la recherche sur d'autres vaccins plus efficaces.

3.2.3 Une défiance à l'égard des vaccins

La France est un des pays industrialisés où la sécurité des vaccins est la plus remise en cause [57]. De nombreuses études montrent que les Français suivent les recommandations de leur médecin traitant concernant leur vaccination et celles de leurs enfants[24] [58] [59].

Toutefois, selon l'enquête qualitative de l'IFOP commandée par le Pr Fischer dans le cadre de la concertation citoyenne sur la vaccination, la parole des professionnels est interrogée par la recherche d'informations sur les vaccins qui aboutit dans une grande majorité des cas à une forte hésitation vaccinale [60]. Par ailleurs de nombreux éléments contextuels ont érodé la confiance à l'égard des stratégies de vaccination recommandées par les autorités de santé et l'image des laboratoires pharmaceutiques s'est dégradée[25].

3.3 AMELIORATION DE LA CONNAISSANCE, DE LA PREVENTION ET DU CONTROLE DES MALADIES D'IMPORTATION ET DES EMERGENCES

Une maladie infectieuse émergente (MIE) est une maladie infectieuse – ou présumée infectieuse – inattendue (en référence aux propriétés intrinsèques ou à la connaissance que l'on a de la biologie de son agent responsable), touchant l'homme, l'animal ou les deux (HCSP).

Les maladies infectieuses peuvent être importées dans des territoires jusque-là indemne dans des circonstances variées telles que l'introduction d'un réservoir de virus animal ou humain, l'introduction de malades dans des zones où les conditions de transmission sont déjà réunies et notamment pour les arboviroses lorsque le vecteur est déjà présent. Les modifications environnementales favorables à l'extension du vecteur peuvent également jouer un rôle.

Parmi les actions prioritaires retenues par le HCSP en 2009, il est noté la surveillance des populations vectorielles et des hôtes réservoir, des résistances et des adaptations des agents pathogènes, des événements sanitaires potentiellement en lien avec le changement climatique (maladies infectieuses), le développement des recherches expérimentales sur les capacités d'adaptation des agents infectieux et de leurs

[23] http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Hepatite-A/Donnees-epidemiologiques

[24] Fanny Collange et al. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes [Internet]. DREES. Études et resultats; 2015. Available from: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er910.pdf]

[25] Anonyme. Etude qualitative sur la vaccination auprès du grand public et des professionnels de santé [Internet]. IFOP; 2016. Available from: http://concertation-vaccination.fr/wp-content/uploads/2016/11/Etudes-qualitatives.pdf

hôtes au changement climatique, de la recherche sur les effets du changement climatique sur l'exposition aux agents infectieux [61].

Pour le territoire métropolitain et pour des maladies qui ne sont actuellement pas présentes, il est recommandé d'améliorer la préparation aux maladies émergentes par : (i) l'optimisation de la reconnaissance précoce de l'introduction par des voyageurs internationaux d'une maladie infectieuse nouvelle sur le territoire, (ii) l'optimisation du circuit d'accueil et d'orientation d'un patient arrivant dans un SAU avec une possible maladie infectieuse d'importation à haut risque de contagiosité.

Il faut également prévoir les risques de transmission autochtone, liés à la présence de vecteurs compétents et de conditions climatiques favorables, afin d'appliquer les mesures nécessaires prévues dans un plan de prévention.

Enfin, il est urgent de mieux harmoniser et structurer les opérations de lutte anti-vectorielle, qui sont actuellement très disparates non seulement sur le territoire métropolitain, mais aussi dans tous les territoires d'outre-mer.

A titre de priorités, une liste non-exhaustive de maladies qui requièrent la plus grande attention est présentée :

3.3.1 Chikungunya

Virus responsable d'une épidémie majeure en 2006 dans l'océan indien (avec des estimations de plus de 45 000 cas hebdomadaires et une atteinte de 35 % de la population atteinte soit environ 244 000 personnes). En 2014, ce virus a émergé dans les DFA où une épidémie est actuellement en cours. Il pourrait émerger dans les zones où des vecteurs compétents sont présents (le sud de la France). En revanche, le risque est considéré actuellement comme très faible sur le reste du territoire métropolitain [62].

En France, ont été signalés 12 cas autochtones (11 cas confirmés et 1 cas probable) ont été signalés à Montpellier[26] en octobre 2014 et 2 cas importés confirmés du 1er mai au 30 juin 2017. Aucun cas de transmission vectorielle autochtone n'a été rapporté depuis 2014. Le risque de cas groupés de Chikungunya en France métropolitaine reste réel[27].

3.3.2 Dengue

390 millions de cas par an dont 96 millions symptomatiques et 500 000 formes sévères requérant une hospitalisation chaque année, dont 2,5% issues fatales[28].

La dengue est endémo-épidémique dans les Territoires français d'Amérique (TFA), confrontés depuis 2000 à 4 ou 5 épidémies de dengue, dont une de grande ampleur en 2010 en Martinique et Guadeloupe. Les 4 sérotypes du virus de la dengue ont circulé, en particulier les virus DEN 2 et DEN 4 lors des dernières épidémies. Globalement, les épidémies surviennent tous les 2 à 3 ans, durent 6 à 10 mois avec généralement une recrudescence pendant la période pluvieuse. Le taux

[26] http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/13-14/2015_13-14_2.html

[27] SPF http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Chikungunya/Donnees-epidemiologiques/France-metropolitaine/Chikungunya-dengue-et-zika-Donnees-de-la-surveillance-renforcee-en-France-metropolitaine-en-2017

[28] OMS http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/]

d'attaque se situe entre 3 % et 10 % avec un taux d'hospitalisation de 1,3 % lors de la dernière épidémie. Le pourcentage de formes sévères a varié entre 0,06 % (2013-2014) et 1,2 % (2007-2008). Les enfants ont représenté entre 37 et 51 % des cas hospitalisés. La dengue a entraîné lors des épidémies entre 3 (2013-2014) et 18 décès (2010), dont 6 enfants de moins de 15 ans (1 en 2007-2008), 5 en 2010. [HCSP Avis relatif à un accès précoce avant l'AMM du vaccin contre la dengue dans les Territoires français d'Amérique]. La dengue sévit également sur le mode endémo-épidémique dans les territoires français du Pacifique, en Polynésie et en Nouvelle-Calédonie.

3.3.3 Fièvre jaune

Le virus de la fièvre jaune peut être exporté depuis les pays d'endémie amarile vers d'autres parties du monde par :

- des voyageurs virémiques. En France, la transmission autochtone de la fièvre jaune serait possible dans les zones où *Ae. aegypti* et *Ae. albopictus* sont implantés ;
- des moustiques vecteurs infectés par le virus de la fièvre jaune transportés dans des aéronefs.

En Guyane, seul département endémique pour le virus de la fièvre jaune, le risque est actuellement limité du fait d'une couverture vaccinale élevée, la vaccination anti-amarile y étant obligatoire sauf contre-indication médicale, pour toutes les personnes âgées de plus de 1 an et résidant en Guyane ou y séjournant.

Aux Antilles françaises, le risque d'introduction du virus par des voyageurs virémiques en provenance de zones épidémiques, est réel. *Ae. aegypti* étant présent et actif sur ce territoire, une transmission locale serait, par la suite, possible.

À Mayotte, où *Ae. aegypti* et *Ae. albopictus* sont présents en proportions équivalentes et actifs, une transmission locale serait également possible, si le virus était introduit.

À La Réunion, des populations résiduelles d'*Ae. aegypti* sont présentes, mais l'espèce désormais largement dominante est *Ae. albopictus*. Bien que de moindre compétence vectorielle, cette espèce serait néanmoins susceptible elle aussi de jouer un rôle dans la transmission locale du virus amaril.

En France métropolitaine, seul *Ae. albopictus* est présent ; on le trouve actuellement dans 33 départements. Les conditions sont d'ores et déjà favorables durant la saison chaude à la transmission d'autres arbovirus (dengue, chikungunya). Une transmission locale du virus amaril par *Ae. albopictus* serait possible.

Les épisodes épidémiques observés aux XVIIIe et XIXe siècles dans différents ports européens attestent qu'une transmission estivale est possible en zone climatique tempérée.

Au cours de l'année 2016, des épidémies de fièvre jaune urbaine ont touché deux pays d'Afrique : l'Angola et la République démocratique du Congo (RDC). D'autres pays ont signalé également des épidémies ou des cas sporadiques de fièvre jaune selvatique, sur le continent africain (Tchad, Ghana, Ouganda) et en Amérique du sud (Brésil, Colombie, Pérou).

En 2017, une épidémie importante de Fièvre jaune a touché 3 Etats du Brésil ne figurant pas jusque là dans la zone d'endémie amarile (Espirito Santo, Nord de l'Etat de Rio de Janeiro, Sud de l'Etat de Bahia).

Aucun cas importé n'a été déclaré en France métropolitaine depuis 1978[29].

3.3.4 Zika virus :

L'infection à Zika virus, transmise par les moustiques et par voie sexuelle (avec persistance prolongée possible du virus dans le sperme) expose au risque de complications neurologiques (syndrome de Guillain et Barré, encéphalite, myélite) et de microcéphalies et anomalies du développement cérébral intra-utérin[30] [63].

Le risque calculé d'embryofoetopathies pour les semaines 48 à 51 de 2016 est, pour la Guadeloupe et la Martinique de 0,7 à 4,2 cas pour 100 000 grossesses sur 28 jours (risque 1,3 à 8,4 cas pour 100 000 grossesses pour les femmes non immunes) et pour la Guyanne de 2,7 à 13,2 cas pour 100 000 grossesses sur 28 jours en général (5,3 à 26,5 cas pour 100 000 grossesses pour les femmes non-immunes). Malgré son caractère réduit, la circulation du virus Zika persiste avec un risque de survenue d'embryofoetopathies pour la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe. [64]. De plus, le problème des anomalies qui pourraient être détectées secondairement chez des enfants de mère infectées pendant la grossesse, mais sans anomalie détectée à la naissance justifie d'un suivi de ces enfants [65].Le virus Zika circule aussi dans les territoires français du Pacifique, en Polynésie et en Nouvelle-Calédonie.

Mesures de contrôle des arboviroses en France

Pour prévenir la transmission d'arboviroses telles que la dengue, le chikungunya, la fièvre jaune et le Zika, par *Ae. albopictus* en métropole, un plan national formalise les différentes actions à mettre en œuvre, notamment autour des cas importés et des éventuels cas autochtones. De la même façon, les Programmes de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies (PSAGE) dans les DFA, et les plans Orsec à la Réunion et à Mayotte définissent les mesures de surveillance et de gestion intégrées de la dengue, du chikungunya et du Zika, infections transmises également par les moustiques du genre *Aedes*. Ces plans peuvent être adaptés à la prévention de la transmission de la fièvre jaune.

L'objectif premier est de contrôler à la source les cas **importés** virémiques, pour éviter qu'ils ne soient à l'origine d'une transmission locale. Si ce premier seuil est franchi (apparition d'un ou plusieurs cas autochtones), l'objectif devient alors de limiter le risque de dissémination en réduisant la transmission, ou en l'étalant dans le temps. La détection des cas, puis les mesures antivectorielles autour de ces cas, restent donc des objectifs majeurs de la stratégie de contrôle. La détection des cas (cas importé suspect ou confirmé, ou bien cas autochtone confirmé) est assurée par les professionnels de santé (médecins généralistes, cliniciens, biologistes) qui les signalent à l'ARS.

Une prospection entomologique est alors mise en œuvre (ou pas, si les informations sont déjà disponibles), afin de déployer le plus rapidement possible les mesures de lutte antivectorielle. Ces mesures consistent en une destruction mécanique des gîtes larvaires et un épandage d'insecticide intra et péri-domiciliaire (lutte antilarvaire et lutte adulticide dans un périmètre rapproché autour du cas) ainsi que des pulvérisations anti-adultes spatiales dans les quartiers concernés.

En cas de signalement d'un cas **autochtone** probable ou confirmé, l'enquête entomologique est réalisée dans un rayon de 200 mètres minimum autour du cas et couplée avec l'enquête épidémiologique en porte-à-porte, destinée à identifier d'autres cas éventuels. Le volet entomologique de l'enquête permet de rechercher la présence des vecteurs autour du cas et à

[29] http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=599
[30] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204421/1/WHO_ZIKV_MOC_16.1_eng.pdf?ua=1

supprimer les gîtes larvaires sur le domaine privé et le domaine public. Dans ce cas de figure, la nature des traitements de lutte antivectorielle est identique à celle mise en œuvre face à un cas importé (lutte contre les gîtes larvaires, traitement péridomiciliaire et traitement spatial), mais leur fréquence est augmentée.

3.3.5 Paludisme

Le paludisme est endémique en Guyane et à Mayotte et malgré la multitude des échanges avec les autres territoires français, le paludisme ne s'est pas étendu dans d'autres zones de la France. Cependant, la France est le pays industrialisé où on note le plus de cas de paludisme d'importation (4750 cas estimés en 2015, source : Mise à jour 2017 des RPC 2007). 95 % ont été contractés en Afrique sub-saharienne. 12 % sont des cas considérés comme graves. 12 à 15 % touchent de sujets de moins de 15 ans. La majeure partie de ces paludismes sont en lien avec une absence de prophylaxie, ou une prophylaxie inadaptée ou mal prise. Le facteur financier joue un rôle dans l'observance des prescriptions de chimioprophylaxie, la plupart n'étant pas remboursées par l'assurance maladie. La réduction du fardeau du paludisme d'importation, nécessiterait une comparaison économique du coût de la prise en charge des paludismes d'importation et du coût de la prophylaxie. De même, l'accès à une information de qualité sur les risques d'un voyage est à développer, en travaillant sur les techniques d'information, les facteurs d'adhésion aux mesures proposées, l'accessibilité aux consultations spécialisées (en CVI par exemple), la formation des médecins de première ligne.

3.3.6 MERS-CoV :

1952 cas confirmés et 693 décès ont été liés au MERS-CoV en septembre 2016, avec une mortalité de 60 % en cas de comorbidité [66]. 27 pays ont rapporté des cas, l'épicentre situé en péninsule Arabique (87 % cas). Plusieurs épidémies hospitalières, ont été décrites, impliquant des personnels de santé, une transmission nosocomiale a été démontrée, la majorité des cas survenant en absence de mesures de contrôle adéquates avant que le diagnostic n'ait été suspecté[31].

La France a rapporté 2 cas confirmés et en 2016, enregistré 158 signalements, dont 45 cas possibles[32].

Le risque de transmission justifie pleinement toutes les mesures préconisées[33].

3.3.7 Maladie à virus Ebola :

L'épidémie de 2014 en Afrique de l'Ouest est à l'origine de 28 616 cas confirmés, probable et suspectés en Guinée, Libéria et Sierra Leone, dont 11 310 décédés, faisant plus de 860 victimes

[31] ECDC : http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx communicable disease threats report WHO: http://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/

[32] SPF http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Infection-a-coronavirus/Infection-a-nouveau-coronavirus-MERS-CoV

[33] http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=506

chez les personnels de santé[34], le risque de transmission le plus élevé étant lié aux contacts lors des soins 47.9 % [95 % CI, 23.3 %–72.6 %] [67].

Les risques de séquelles chez les survivants, de persistance dans le sperme, de résurgence à long terme, est rééel et préoccupant[35].

Ce risque est illustré par la récente épidémie en RDC ; 4 décès, 4 survivants, 5 cas confirmés, 583 contacts suivis[36].

3.3.8 Grippe aviaire

L'homme peut être infecté par des virus grippaux aviaires et d'autres virus grippaux zoonotiques, tels que A(H5N1), A(H7N9) et A(H9N2) et les virus de la grippe porcine des sous-types A(H1N1) et (H3N2). La majorité des cas humains d'infection sont associés à des contacts directs avec des animaux ou des environnements contaminés, mais ils n'entraînent pas de transmission interhumaine efficace de ces virus. Chez l'homme, la grippe aviaire et les autres grippes zoonotiques entraînent des manifestations pouvant aller de la conjonctivite bénigne à la pneumopathie sévère, et elles peuvent parfois entraîner la mort.

En raison de l'énorme réservoir silencieux que représentent les oiseaux aquatiques, les virus grippaux sont impossibles à éradiquer. Des cas d'infection à virus grippaux zoonotiques peuvent continuer à survenir[37].

Des cas de grippe à virus A(H7N9) ont été rapportés pour la première fois chez l'homme, en Chine. Au total, jusqu'à présent, 1533 cas d'infection humaine par le virus de la grippe aviaire A(H7N9) confirmés en laboratoire ont été notifiés en application du RSI depuis le début de 2013[38].

3.3.9 Impact du réchauffement climatique

21 agents pathogènes ou groupes d'agents pathogènes ont été identifiés comme pouvant être impactés par le changement climatique[39] (groupe A : infections véhiculées par des arthropodes chikungunya, dengue, fièvre jaune, paludisme, infection à virus West Nile, fièvre de la vallée du Rift, leishmaniose viscérale et infections transmises par des tiques : fièvre hémorragique Crimée-Congo, borréliose de Lyme, encéphalite à tiques et fièvre Q ; groupe B : fièvre hémorragique avec syndrome rénal (hantavirus) et leptospirose ; groupe C : infections à transmission féco-orale hépatites A et E, norovirus, salmonelloses à *Salmonella typhi* et non *typhi*, infections à vibrions pathogènes et en n diverses infections parasitaires, notamment cryptosporidium et giardia ; groupe D : légionelles, et champignons/moisissures).

[34] https://www.cdc.gov/vhf/ebola/transmission/index.html

[35] Épidémies Ebola : quels enseignements ? ADSP n°98 mars 2017 http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=414

[36] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255798/1/EbolaDRC-02072017.pdf?ua=1

[37] Grippe aviaire et autres grippes zoonotiques http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/fr/

[38] http://www.who.int/csr/don/28-june-2017-ah7n9-china/fr/

[39] INVS Impacts sanitaires du changement climatique en France. Quels enjeux pour l'InVS ? http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2010/impact_sanitaire_changement_climatique/impact_sanitaire_changement_climatique_rapport.pdf

3.4 AMELIORATION DU CONTROLE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES, DES INFECTIONS A VIH, DES HEPATITES

Le contrôle de ces maladies infectieuses nécessite d'être poursuivi et renforcé en prenant en compte la démographie sociétale de la population française et son évolution (précarité, immigration, hétérogénéité géographique de l'exposition aux risques infectieux), l'émergence de certaines pathologies (hépatite E autochtone, tuberculose MDR/XDR) et les difficultés de l'accès à certains soins (structures de santé, médicaments anti-VHC) et à la prévention (pénuries vaccinales).

3.4.1 Les IST et l'infection à VIH

Depuis 2011, le nombre de diagnostics d'infections à VIH stagne, alors que celui d'autres IST continue d'augmenter en France d'une manière particulièrement importante, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) (syphilis, gonococcie, lymphogranulomatose vénérienne, hépatite A, …) [68], en lien probable avec une augmentation des comportements sexuels à risque dans cette population et une baisse de l'utilisation du préservatif. Les IST bactériennes et notamment les chlamydioses sont également en progression chez les femmes jeunes (15-25 ans) avec leur impact sur l'infécondité. Une meilleure information des adolescents et des adultes jeunes sur les IST doit être mise en œuvre. En parallèle, le dépistage précoce des patients et de leurs partenaires, suivi d'un traitement rapide est indispensable pour interrompre la transmission [69].

Si le nombre de diagnostics d'infection à VIH reste stable au cours des dernières années[40][70], les efforts de dépistage [6] et de traitement doivent être poursuivis afin d'atteindre l'objectif 90-90-90 fixé par ONUSIDA en 2020 : 90 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissant leur statut sérologique, 90 % des personnes dépistées recevant un traitement antirétroviral durable et 90 % des personnes traitées avec une charge virale durablement indétectable ; les données les plus récentes (2013) de la cascade de dépistage et de prise en charge en France montrent que 84 % des PVVIH connaissent leur diagnostic [71], que le pourcentage de personnes diagnostiquées à un stade avancé de l'infection reste stable et élevé depuis 2008 (27 % en 2015) [72], et qu'il s'agit toujours des mêmes groupes de population (hommes hétérosexuels nés en France ou à l'étranger, personnes de 50 ans et plus, personnes domiciliées dans les départements français d'Amérique) [73].

Le suivi de l'impact de la prévention combinée, associant dépistage précoce et prévention comportementale et médicamenteuse par voie orale, locale ou systémique doivent être poursuivies, en parallèle des essais de vaccination prophylactique et thérapeutique.

3.4.2 Les hépatites virales

Bien que les facteurs d'exposition aux virus des hépatites virales A, B/D et C soient clairement identifiés en France, un grand nombre de cas sont dépistés de manière fortuite.

[40] Haute autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Argumentaire scientifique. Mars 2017. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

Malgré le fait que les hépatites A et B soient des maladies à déclaration obligatoire, on constate une faible exhaustivité de ces déclarations, estimée à 23 % pour l'hépatite B aiguë en 2013 et non déterminée pour l'hépatite A[41].

Concernant le dépistage de l'hépatite B, les recommandations qui ciblaient depuis 2001 les personnes exposées au risque d'infection ont été étendues en 2014 aux hommes de 18 à 60 ans et aux femmes enceintes dès la première consultation prénatale [9].

Les efforts concernant la prévention vaccinale de l'hépatite B en population générale (nourrissons et adolescents) et vis-à-vis de personnes à risque d'exposition pour les virus de hépatites A et B dans les populations à risque (HSH, voyageurs, professionnels de santé)[42] doivent être poursuivis de manière à réduire l'incidence des formes graves (hépatites fulminantes, cirrhoses, cancers), qui représentent un fardeau important en termes de santé publique. Les efforts de vaccination contre le virus de l'hépatite B, mais également contre la rougeole, les oreillons, la rubéole ou la coqueluche doivent être renforcés pour les étudiants des professions de santé, qui sont en contact tôt dans leurs études avec des patients et qui partent parfois dans le secteur libéral juste après leurs étude, échappant alors au dispositif de santé au travail.

L'éradication progressive de l'hépatite C grâce aux nouvelles thérapeutiques antivirales doit être également poursuivie avec élargissement des indications et extension de leur accessibilité aux formes mineures ou asymptomatiques de manière à tarir le réservoir épidémiologique.

Une meilleure connaissance de l'épidémiologie de l'hépatite E autochtone - dont l'incidence dépasse dorénavant celle de l'hépatite A en France- mérite d'être promue (déclaration obligatoire à discuter, mise en place d'un dépistage virologique plus homogène sur l'ensemble du territoire), compte tenu notamment du risque d'infections chroniques chez l'immunodéprimé et de transmissions transfusionnelles [74], et renforcement de la surveillance par le CNR.

3.4.3 La tuberculose

L'incidence nationale reste faible mais avec de fortes disparités territoriales (périphérie des grandes villes, notamment 93, certains départements d'outre-mer) et populationnelles (incidence maximale chez les sujets nés à l'étranger et les migrants). Il existe une baisse des taux de déclaration dans tous les groupes d'âges sauf chez les enfants de moins de 5 ans, en lien probable avec une insuffisance de la couverture vaccinale [75].

Le nombre de cas de tuberculose maladie déclaré en France en 2015 était de 4 741, dont 3 422 cas avec une localisation pulmonaire, soit des taux de 7,1 cas pour 105 habitants et de 5,1/105 pour les formes pulmonaires. Les enfants de moins de 5 ans représentaient 2,5 % des cas déclarés (n=121), soit un taux de déclaration de 3,1/105. Les taux de déclaration de la maladie les plus élevés étaient observés dans trois régions (Mayotte : 25,9/105, Guyane : 18,3/105 et Île-de-France : 14,5/105), ainsi que chez certaines populations spécifiques : personnes sans domicile fixe (166,8/105), personnes incarcérées (91,3/105) et personnes nées à l'étranger (35,1/105). Le nombre annuel de cas de tuberculose maladie chez les enfants nés après 2006 diminuait en Île-

[41] Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014 sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatites_2014.pdf

[42] http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf

de-France et augmentait en France métropolitaine hors Île-de-France. Le nombre de cas de tuberculoses sévères chez les enfants nés après 2006 était en moyenne de 2,2 méningites et de 1,3 miliaire par an entre 2007 et 2015[43].

L'augmentation des cas de tuberculose multirésistante (MDR/XDR) aux antibiotiques chez les patients migrants, notamment ceux originaires des pays de l'ex-URSS, mérite une surveillance attentive en raison des difficultés de prise en charge et des risques de dissémination, même si le nombre de cas en valeur absolue reste faible (<3%)[44].

Pour améliorer la politique de dépistage et de prévention de ces différentes infections, il est essentiel que les autorités de santé puissent proposer aux citoyens des réponses face à la faible perception du risque vis-à-vis de ces maladies, à l'hésitation vaccinale, à la gestion des pénuries de vaccins contre l'hépatite A, l'hépatite B et du BCG complexifiant sans précédent ces dernières années l'application des recommandations vaccinales. Les offres de vaccination sont à renforcer en termes d'accès gratuit aux vaccins, aux centres de santé publique (centres de vaccination territoriaux, CeDIGG, structures hospitalières ...). Dans ce sens, les compétences des Centres de vaccinations internationales pourraient être élargies en prenant en compte le fait qu'il s'agit de rendez-vous où la mise à jour du calendrier vaccinal pourrait être effectuée.

3.4.4 Recherche en maladies infectieuses

Les priorités de recherche en maladies infectieuses découlent des priorités définies ci-dessus.

❖ *Résistance aux anti-infectieux, avec la recherche et le développement de nouveaux anti-infectieux*

La recherche concernant la résistance aux anti-infectieux doit cibler les sujets suivants :

- Amélioration d'antibiotiques déjà connus et leur utilisation optimum, la mise au point de nouveaux anti-infectieux (nouveaux antibiotiques, antifungiques, antiparasitaires) et de thérapeutiques alternatives (phagothérapie, vaccins, immunothérapie ciblée).
- Amélioration du diagnostic et développement de nouveaux outils de diagnostic rapide et d'identification de la résistance.
- Amélioration de la compréhension des mécanismes de transmission inter-humaine des agents infectieux et des mécanismes de résistances entre les populations bactériennes et les différents réservoirs (homme, animaux, environnement).
- Evaluation de la contribution de la pollution de l'environnement par des antibiotiques et des bactéries résistantes et leur rôle dans la propagation de la résistance bactérienne.
- Optimisation de la recherche vers et avec les pays du Sud.
- Recherche en économie et sciences humaines et sociales (modélisations économiques pour les innovations biotechnologiques).

❖ *Recherche vaccinale*

[43] Épidémiologie de la tuberculose en France en 2015. Impact de la suspension de l'obligation vaccinale BCG sur la tuberculose de l'enfant, 2007-2015. BEH 7-21 mars 2017. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/7/2017_7_1.html

[44] http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/7/2017_7_2.html

Elle doit s'organiser autour de :

- La recherche fondamentale (immunogénicité des vaccins aux périodes extrêmes de la vie, échappements vaccinaux, nouveaux vaccins en particulier contre le virus de la grippe, mécanisme d'action des adjuvants).
- La recherche clinique par la mise en place d'essais cordonnées par le réseau I-Reivac en collaboration avec l'industrie pharmaceutiques et /ou des entreprises de biotechnologies.
- La recherche en santé publique avec l'évaluation a priori des stratégies vaccinales, étude des déterminants sociaux et psychosociaux des réticences à la vaccination, études d'impact des stratégies vaccinales).

❖ *Recherche sur les maladies infectieuses émergentes, incluant les maladies tropicales négligées, la lutte anti-vectorielle, et les maladies infectieuses dans les pays du sud*

Il est nécessaire :

- D'optimiser la réactivité et débuter les recherches dès le début d'une émergence (réseau reacting).
- D'optimiser l'interaction entre recherche et veille épidémiologique.
- De développer la recherche thérapeutique (évaluation de nouveaux médicaments) pour les maladies émergentes à fort potentiel épidémique les plus graves (fièvres virales hémorragiques).
- De concevoir une recherche dans une perspective "One Health", en développant des collaborations avec les institutions de recherche en santé animale, le monde végétal, l'environnement et le climat, par exemple pour mieux anticiper et modéliser les potentiels d'évolution d'une maladie émergente.
- De renforcer la recherche de vaccins pour les viroses émergentes.
- De réévaluer la performance et faire évoluer les stratégies de la lutte anti-vectorielle.
- De renforcer les collaborations de recherche avec les pays du sud.

❖ *Infection par le VIH, les virus des hépatites et les infections sexuellement transmissibles*

Les travaux de recherche doivent s'attacher à :

- Optimiser la prévention des infections à VIH.
- Optimiser les traitements et les stratégies.
- Intensifier la recherche sur la guérison (Cure).
- Relancer la recherche sur la mise au point d'un vaccin anti-VHC.
- Optimiser les vaccins et le calendrier de vaccination contre le VHB.
- Evaluer l'administration d'antiviraux à titre préventif, pour le VHB comme pour le VHC (Prophylaxie de préexposition et de postexposition).
- Optimiser les médicaments antiviraux directs et les schémas thérapeutiques.
- Evaluer les effets bénéfiques du traitement sur la prévention.
- Optimiser la prévention des infections sexuellement transmissibles.
- Optimiser le diagnostic des infections sexuellement transmissibles.
- Optimiser les médicaments et les schémas thérapeutiques dans les IST.

Ces différents projets de recherche doivent s'intégrer dans des coopérations transdisciplinaires et internationales.

Dans la recherche comme dans la surveillance des maladies infectieuses les sciences humaines et sociales (sociologie, anthropologie, histoire, géographie, psychologie, démographie, économie…) permettront d'étudier notamment les connaissances et comportements de la population et des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) mais aussi leurs savoirs, leurs attitudes vis-à-vis des risques, notamment émergents, l'évolution historique des comportements, la répartition spatiale des processus, ...

A titre d'exemple, sur la thématique "maladies infectieuses émergentes", il faut encourager ou poursuivre les coopérations :

- pluridisciplinaires (épidémiologie, médecine vétérinaire, entomologie, recherche vaccinale, sciences sociales, …) sous la coordination de REACTing,
- pour la recherche thérapeutique, entre équipes nord-sud mais aussi nord-nord, avec l'OMS et l'industrie pharmaceutique,
- internationale, en particulier au sein de groupes existants (PREPARE, …).

Et dans le domaine de la recherche contre la résistance aux anti-infectieux, l'initiative de programmation conjointe « Antimicrobial Resistance » coordonne et finance de nombreux projets internationaux tel qu'ABIMMUME qui vise à utiliser des antibiotiques anciens associés à des immunomodulateurs dans les infections respiratoires.

4 ANNEXE 4 : EXPOSITION AUX RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Cancérogénicité de certains pesticides [76]

TABLEAU 1. CANCÉROGÉNICITÉ DE CERTAINS PESTICIDES

Pesticides	Classement du CIRC
Insecticides arsenicaux	cancérogène avéré (groupe 1)
Application professionnelle d'insecticides non arsenicaux	cancérogène probable (groupe 2A)
Captafol et dibromure d'éthylène	cancérogène possible (groupe 2B)
Métabolites : éthylène thiourée ; sodium ortho-phénylphénate	
*Matières actives :*aramite, chlordane, chlordécone, chlorothalonil, DDT, 1,2-dibromo-3-chloropropane, paradichlorobenzène, dichlorvos, heptachlore, hexachlorobenzène, mirex, nitrofène et toxaphène)	
Familles chimiques : phythormones de synthèse (comme le 2,4D), et hexachlorocyclohexanes (comme le lindane)	

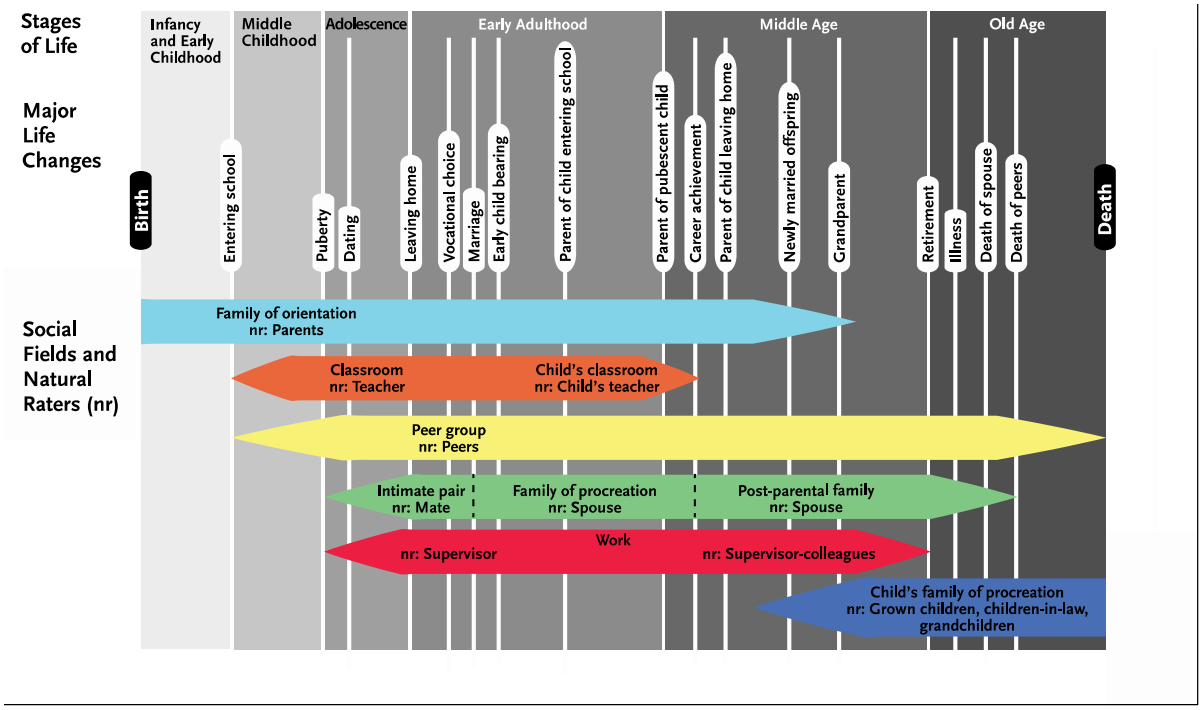
Lien entre pesticides et certaines pathologies [77]

TABLEAU 2. EXPOSITION PROFESSIONNELLE AUX PESTICIDES ET CANCERS CHEZ L'ADULTE, INSERM 2013

Pathologies	Populations concernées par un excès de risque significatif	Présomption d'un lien
Cancer de la prostate	Agriculteurs, applicateurs de pesticides, ouvriers en industrie de production de pesticides	forte
LNH	Agriculteurs, applicateurs de pesticides, ouvriers en industrie de production de pesticides	forte
Myélome multiple	Agriculteurs, applicateurs de pesticides	forte
Leucémies	Agriculteurs, applicateurs de pesticides, ouvriers en industrie de production de pesticides	moyenne
Maladie de Hodgkin	Populations agricoles	faible
Cancer du testicule	Populations agricoles	faible
Tumeurs cérébrales	Populations agricoles	faible
Mélanome cutané	Populations agricoles	faible

5 ANNEXE 5. LES PRINCIPALES ETAPES DE LA VIE PERSONNELLE ET FAMILIALE

Schéma des principales étapes de la vie personnelle et familiale d'après Kellam (2011).



6 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Commission des Communautés Européennes (2007), Le livre blanc « Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013 », Bruxelles, 13 p.

[2] Commission Staff Working Document (2013), Investing in Health (2013), Social Investment Package, accompanying The Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee, and the Comittee of the Regions, Toward Social Investment for Growth and Cohesion including implementing Social European Funds 2014-2020, Brussels, 23 p.

[3] Rechel, B., & McKee, M. (2013). Facets of public health in Europe. Open University Press.

[4] Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances. Boulogne-Billancourt, Ouvrage collectif édité par l'INCa, 2014.256 p. http://www.e-cancer.fr

[5] Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A. S., Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 : Tumeurs solides. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2013, 122 p. http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/

[6] Monnereau A., Remontet L., Maynadié M., Binder-Foucard F., Belot A., Troussard X., Bossard N. Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012. Partie 2 : Hémopathies malignes. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2013, 88 p. http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/

[7] Hill C., Jougla E., Beck F. Le point sur l'épidémie de cancer du poumon due au tabagisme. Bull Epidemiol Hebd, 2010, 19-20, 210-213.

[8] Grosclaude P., Remontet L., Belot A., Danzon A., Rasamimanana Cerf N., Bossard N. Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2007. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. InVS, INCa, 2013, 410 p.

[9] Référence : Lecoffre C, de Peretti C, Gabet A, Grimaud O, Woimant F, Giroud M, et al. L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014. BEH. 2017 février

[10] Fryers, T., D. Melzer, R. Jenkins and T. Brugha (2005). "The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe." Clin Pract Epidemiol Ment Health **1**: 14.

[11] World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation (2014). Social determinants of mental health. Geneva.

[12] Campion, J., D. Bhugra, S. Bailey and M. Marmot (2013). "Inequality and mental disorders: opportunities for action." Lancet **382**(9888): 183-184.

[13] Desjardins, N., G. D'Amours, J. Poissant and S. Manseau (2008). Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Montréal, Institut national de santé publique du Québec.

[14] World Health Organization (2001). The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization.

[15] Ferrari, A. J., F. J. Charlson, R. E. Norman, S. B. Patten, G. Freedman, C. J. Murray, T. Vos and H. A. Whiteford (2013). "Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010." PLoS Med **10**(11): e1001547.

[16] Prince, M., V. Patel, S. Saxena, M. Maj, J. Maselko, M. R. Phillips and A. Rahman (2007). "No health without mental health." Lancet **370**(9590): 859-877.

[17] Vinet, M.-A., A. Le Jeanic, T. Lefèvre, C. Quelen and K. Chevreul (2014). "Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France." Revue d'Epidémiologie et de Sante Publique 62S: S47-S63.

[18] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (2013). Stratégie nationale de santé. Feuille de route. Paris, Ministère des Affaires sociales et de la santé**:** 30.

[19] Buzyn, A. (2017). Discours d'ouverture au colloque l'UNAFAM du 9 juin 2017 : prévenir la transition vers la schizophrénie. Paris.
[20] World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014
[21] (Olds, Kitzman et al. 2010)
[22] Moro and Brison 2016
[23] Laforcade, M. (2016). Rapport relatif à la santé mentale. Paris, Ministère de la Santé.
[24] Desjardins, D'Amours et al. 2008
[25] Kessler, Berglund et al. 2005
[26] Kessler, R. C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K. R. Merikangas and E. E. Walters (2005). "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication." Arch Gen Psychiatry **62**(6): 593-602.
[27] Olds, D. L., H. J. Kitzman, R. E. Cole, C. A. Hanks, K. J. Arcoleo, E. A. Anson, D. W. Luckey, M. D. Knudtson, C. R. Henderson, Jr., J. Bondy and A. J. Stevenson (2010). "Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years." Arch Pediatr Adolesc Med **164**(5): 419-424
[28] Moro, M.-R. and J.-L. Brison (2016). Mission bien-être et santé des jeunes. Paris, République française.
[29] (OMS, 2001 ; Prince, Patel et al., 2007)
[30] ROUSSEY M. Plus de 40 ans de dépistage néonatal en France : des données épidémiologiques majeures pour plusieurs maladies rares. BEH 2015, 15-16 :230-8.
[31] Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016
[32] Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) Juin 2015
[33] INSTRUCTION N°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015
[34] rapport santé en France 2017, DREES
[35] J Infect 2016 ;73 :547-57
[36] Arch Pediatr 2017 ; 24 :215-24
[37] données CNR pneumocoque 2015
[38] Hum Vaccine Immunother 2016 ;12 :277-84
[39] Arch Pediatr 2017 ; 24 :215-24
[40] données BMR-Raisin
[41] données BMR-Raisin
[42] INSTRUCTION N°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015]
[43] Antimicrob Resist Infect Control. 2016 Dec 12;5:56
[44] HCSP Avis relatif aux mesures à prendre en lien avec l'émergence d'une résistance plasmidique à la colistine (*mcr-1*) chez les entérobactéries 27 septembre 2016
[45] [Rapport du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques (http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf]
[46] ECDC et EMEA 2009. The bacterial challenge : time to react
[47] HCSP. Recommandations de vaccination anti-pneumococcique des adultes et enfants âgés de plus de 2 ans – 25 avril 2013
[48] HCSP. Prévention de la transmission soignant- soigné des virus hématogènes –VHB, VHC, VIH- juin 2011
[49] HCSP Vaccination antiméningococcique C – 9 décembre 2016
[50] HCSP Vaccination contre les infections à papillomavirus humains. Juillet 2014
[51] HCSP Le vaccin Gardasil® et la stratégie de prévention globale des cancers du col de l'utérus
[52] Dress. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017
[53] HCSP Vaccination des garçons contre les infections à papillomavirus. Février 2016

[54] HCSP Prévention de la grippe et des infections respiratoires virales saisonnières. Rapport 25 septembre 2015
[55] Fisher Rapport sur la vaccination. Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination
[56] Kissling E, Rondy M, I-MOVE/I-MOVE+ study team. Early 2016/17 vaccine effectiveness estimates against influenza A(H3N2): I-MOVE multicentre case control studies at primary care and hospital levels in Europe. Euro Surveill. 2017 Feb 16;22(7).
[57] Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. EBioMedicine. 2016 Oct;12:295–301
[58] Verger P, Flicoteaux R, Schwarzinger M, Sagaon-Teyssier L, Peretti-Watel P, Launay O, et al. Pandemic influenza (A/H1N1) vaccine uptake among French private general practitioners: a cross sectional study in 2010. PLoS ONE. 2012;7(8):e41837
[59] Mergler MJ, Omer SB, Pan WKY, Navar-Boggan AM, Orenstein W, Marcuse EK, et al. Association of vaccine-related attitudes and beliefs between parents and health care providers. Vaccine. 2013 Sep 23;31(41):4591–5.
[60] Anonyme. Etude qualitative sur la vaccination auprès du grand public et des professionnels de santé [Internet]. IFOP; 2016. Available from: http://concertation-vaccination.fr/wp-content/uploads/2016/11/Etudes-qualitatives.pdf]
[61] HCSP. Avis relatif aux risques pour la santé liés aux effets qualitatifs du changement climatique. 27 novembre 2009
[62] SPF http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Chikungunya/Donnees-epidemiologiques
[63] HCSP relatif à l'actualisation de l'avis du HCSP du 28 juillet 2015 relatif à la prise en charge médicale des personnes atteintes par le virus Zika 20 janvier 2016
[64] HCSP. Avis relatif à l'évolution des recommandations sanitaires concernant le virus Zika à l'issue de la phase épidémique dans les territoires français d'Amérique
[65] HCSP actualisation en cours
[66] Assiri A Lancet ID 2013;13:752-761
[67] Dean NE Clin Infect Dis 2016 ;62 :1277-86
[68] Velter A, Saboni L, Sommen C, Bernillon P, Bajos N, Semaille C. Sexual and prevention practices in men who have sex with men in the era of combination HIV prevention: results from the Presse Gays et Lesbiennes survey, France, 2011. Euro Surveill 2015;20, pii21090
[69] Ndeikoundam N, Viriot D, Fournet N et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. Bull Epidémiol Hebd 2016;41-42,738-44
[70] Capsec J, Brand D, Chaillon A et al. Caractéristiques des infections VIH très récentes et réseaux de transmission à partir des données de la déclaration obligatoire, France 2012-2014. Bull Epidémiol Hebd 2016;41-42,755-62
[71] Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2015. Bull Epidemiol Hebd 2016;41-42,745-8
[72] Sarr A, Itodo O, Bouche N, Cate L, Faliu B. Dépistage communautaire par tests rapides (TROD) VIH en France sur une période de trois ans, 2012-2014. Bull Epidemiol Hebd 2015;40-41,772-8
[73] Gourlay A, Noori T, Pharris A, et al. The human immunodeficiency virus continuum of care in European Union countries in 2013: data and challenges. Clin Infect Dis 2017; 64,1644–56
[74] Aspinall EJ, Couturier E, Faber M et al. Hepatitis E virus infection in Europe: surveillance and descriptive epidemiology of confirmed cases, 2005 to 2015. Euro Surveill 2017;22,pii30561
[75] Antoine D, Belghiti F, Guthmann JP, Campese C, Levy-Bruhl D, Che D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2012. Bull Epidémiol Hebd 2014 ;20,352-9
[76] INCA "Pesticides et risques de cancers" Avril 2014
[77] Inserm.Pesticides.Effetssurlasanté.Collectionexpertisecollective,Inserm, 2013

Haut Conseil de la Santé Publique

Stratégie nationale de santé

Contribution du Haut Conseil de la santé publique

Par la saisine du 17 mai 2017, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et la Direction générale de la santé (DGS) ont sollicité l'avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur la Stratégie nationale de santé (SNS) d'ici la fin juillet 2017. Pour répondre à cette saisine, le HCSP a effectué le bilan des éléments disponibles depuis la Loi de santé de 2004, en particulier les avis et réponses aux saisines du HCSP sur la Stratégie nationale de santé et ses indicateurs, et a mis en place un groupe de travail composé de représentants des quatre commissions spécialisées, avec un représentant de SP France.

Le HCSP a identifié quatre grands problèmes de santé à prendre en compte pour une SNS : 1. Les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques, 2. l'augmentation des risques d'exposition de la population aux risques infectieux, 3. l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et ses conséquences, 4. l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux.

Il propose quatre principes d'action : 1. la santé comme objectif dans toutes les politiques, 2. une lutte résolue et active contre les inégalités territoriales et sociales de santé, 3. une approche territorialisée de la SNS, 4. la nécessité d'impliquer les usagers et les citoyens. Cinq axes d'actions sont à privilégier : 1. une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse et soutenue, 2. 5 orientations pour un système de santé adapté aux enjeux, 3. le développement de l'innovation en santé, 4. le développement et le soutien à la formation et à la recherche en santé publique, 5. Une politique spécifique axée sur la santé des enfants et des adolescents.

Pour la future SNS, le HCSP préconise de développer une approche par déterminants de santé, plutôt qu'une approche par pathologie, avec deux objectifs primordiaux, l'intersectorialité portant sur plusieurs domaines d'intervention et la réduction des inégalités de santé. Pour améliorer la gouvernance du système de santé, le HCSP préconise qu'un **plan national de santé publique soit élaboré et mis en œuvre afin de constituer le cadre d'un développement régional à travers les programmes régionaux de santé.**