

La santé en France

Préparation du rapport

Le décret du 3 décembre 1991 portant création du Haut Comité de la santé publique charge celui-ci, dans le cadre de sa mission générale qui est de contribuer à la définition des objectifs de la santé publique, de développer l'observation de l'état de santé de la population et d'établir dans ce but « un rapport annuel rendu public comportant des indicateurs comparatifs et régulièrement suivis, de même que des analyses globales et prospectives sur les problèmes de santé publique. »

Au cours de ses réunions plénières du 15 juin et du 21 septembre 1993, le Haut Comité a arrêté les objectifs, la structure et le mode d'élaboration de ce rapport.

Objectifs

Ce rapport doit s'inscrire pleinement dans la vocation du Haut Comité d'être un *éducateur national* en santé publique et de structurer le débat public sur les choix de santé dans une vision à long terme de la santé publique. Il doit permettre de répondre à quelques grandes questions du type :

Quelle est la représentation sociale, dans la France de 1993, de la santé et de la maladie ? Comment se porte la population résidant en France ? Quels sont les principaux troubles qui affectent sa santé ? Dans quelle mesure les gains en espérance de vie se sont-ils traduits en gains de santé ? Quels sont les grands problèmes ? Quelles sont les inégalités constatées à l'intérieur de la France et les prin-

cipaux écarts avec des pays comparables ? Que peut-on dire des tendances prévisibles ? Dans quels domaines et sur quels déterminants faut-il porter les efforts ? Quels sont les grands enjeux sociaux et économiques de la santé aujourd'hui ? Quels objectifs prioritaires doit se donner une politique de santé publique ?

Ce rapport s'inscrira dans la démarche présentée par le Haut Comité dans son rapport « stratégie pour une politique de santé ». Cela signifie que son objet sera *la santé dans son acception la plus large*, c'est-à-dire « débordant la seule absence de la maladie pour y ajouter les dimensions psychologiques et sociales, prendre en compte les interrelations avec l'environnement (physique et social), en saisissant l'objet positif (bien-être). » Cela signifie aussi que le système de soin et son coût ne seront abordés ici que sous l'angle de leur rôle en tant que déterminants.

Cette conception positive et moderne de la santé implique que l'on s'attachera au concept de *santé perçue* et que dans une optique opérationnelle, *suite page 36*

1 La représentation sociale de la santé et de la maladie dans la France d'aujourd'hui

Qu'entendons-nous lorsque nous parlons de santé publique ou de santé perçue ? Les « déterminants » de la santé tels que nous les percevons aujourd'hui sont-ils ceux d'hier, de demain ? Comment a évolué le statut du malade et de la maladie ? Quel sens donne-t-on aujourd'hui à la maladie et à l'incapacité ? Quels sont aujourd'hui les enjeux socio-culturels de la santé publique ?

Président J. Pierret

Rapporteur F. Bouchayer (MIRE)

Composition CNRS, MIRE, CREDOC, CREDES, SESI

2 L'information sur la santé en France

Sa mission consistera à faire l'analyse critique du système d'information disponible en France sur :

- la mortalité,
- la morbidité,
- la santé perçue,
- les déterminants de la santé, facteurs de risque,
- les comptes de la santé

Présidents B. Garros et Pr F. Grémy

Rapporteur L. Cherrié-Chaline (DGS)

Composition INSEE, CNAM, CREDOC, CREDES, INED, registres de pathologies, réseaux épidémiologiques de surveillance

3 Durée de la vie

Ce groupe a pour mission de présenter la situation française en matière d'espérance de vie, en introduisant les notions plus fines de mortalité évitable et d'années potentielles de vie perdue (APVP).

Président Pr A. Hirsch

Rapporteur E. Jouglà (INSERM)

4 La qualité de la santé

Dans ce domaine complexe, et mal connu, il est nécessaire d'apporter une vision claire, sans se laisser dominer par le caractère partiel des concepts et des sources, en essayant de hiérarchiser la morbidité et l'incapacité par degré de sévérité et en s'intéressant à la santé positive telle qu'elle peut être perçue par les individus (liberté d'agir et plaisir de vivre). Le groupe devra exploiter la notion d'espérance de vie sans incapacité, si imparfaite soit elle, en raison de son caractère synthétique et des comparaisons internationales et éventuellement intra-nationales qu'elle permet. Il serait intéressant aussi de faire progresser le concept d'espérance de vie en bonne santé et de réfléchir à la notion d'amélioration de la santé.

Président E. Caniard

Rapporteur G. Badeyan (SESI)

5 Quelques grandes pathologies ou troubles (approche thématique)

Les groupes 2 et 3 ayant brossé un tableau général des grandes causes de mortalité, d'incapacité de morbidité et de malaise, il sera demandé à ce groupe de développer une approche par grands thèmes.

Il est proposé de s'intéresser ici à sept domaines choisis en raison de l'importance en terme de retentissement sur la santé : ➤ maladies cardio-vasculaires transmissibles, ➤ cancers, ➤ accidents (domestiques, du travail, de la route, suicides), ➤ santé mentale, ➤ maladies infectieuses (dont sida), ➤ maladies chroniques (insuffisance rénale, rachialgies, bronchite chronique), ➤ prise en charge de la ménopause.

Il est proposé à ce groupe de présenter la situation épidémiologique (photographie et évolution de l'incidence, de la prévalence, de la perception du trouble, de son retentissement, de ses composantes, des catégories de personnes touchées) mais aussi de la mettre en relation avec les facteurs de risque et le système de prévention et de soins, d'en apprécier les tendances et l'évolution future.

Président Pr J.-F. Lacronique

Rapporteur Dr A. Tallec (ORS Pays de la Loire)

Composition DGS, ORS, unités spécialisées de l'INSERM, grandes associations nationales (ligue contre le cancer...), organismes professionnels, sociétés savantes.

6 La santé de populations spécifiques (approche par population et par lieux)

En choisissant des types de populations caractérisées par des spécificités marquées dans des domaines du retentissement (périnatalité), des types de troubles (jeunes), de l'importance en termes de prospective (le grand âge), de l'intérêt en terme de politique sociale (santé dans les quartiers défavorisés, santé de l'homme au travail, l'on veillera à caractériser chaque groupe du point de vue de l'épidémiologie, des facteurs de risque, du rôle du système de soin, des grandes tendances et des problèmes rencontrés).

Président J.-D. Rainhorn

Rapporteur D^r F. Baudier (CFES)

Composition DGS, SESI, INSERM, CFES, ENSP, DIV, CNAM, quelques grandes associations nationales, mutuelle étudiants, médecine du travail, etc.

7 Déterminants de la santé

Les déterminants à étudier sont les déterminants de base :

- liés à l'individu,
- liés à la société,
- liés à l'environnement.

Est à prendre également en compte le rôle positif et négatif (ex. maladies iatrogènes) joué par le système de soin au sens large (prévention, dépistage, vaccination, éducation à la santé, soin et réadaptation), dans ses composantes et aussi dans son organisation générale (existence ou non de filières de soins, place du dispositif de prévention, etc.). Le travail de ce groupe sera facilité par celui de l'atelier créé dans le cadre du plan sur la « santé en l'an 2010 » (« les déterminants des états de santé », président C. Rollet, rapporteur M.-L. Lagardère). Dans l'optique de ce rapport les questions suivantes devront être posées : Quel est la relation de ces déterminants avec l'état de la santé ? Quel est le poids respectif de ces variables dans l'état de la santé ? Quel est l'apport spécifique du système de soin et au sein de celui-ci la part respective de la prévention et du soin ?

Président P^r J.-Cl. Henrard

Rapporteur A. Jourdain (ENSP)

Composition IGAS, PLAN, DGS, INSERM, CREDOC, CREDES, CFES, SESI, CNAM.

8 Aspect économiques de la santé publique

Ce groupe traitera des enjeux et du coût de la santé publique. Il veillera à dépasser la notion de la maladie et analysera le coût de la santé y compris dans ses aspects positifs pour la collectivité (place du secteur santé dans l'économie).

Président J.-C. Sailly

Rapporteur D^r P. Gardeur (DGS)

Composition DGS, SESI, DRI, CREDES, CNAM

9 Objectifs et priorités

Sur la base des grandes tendances et des problèmes tels que les dessineront les 8 groupes de travail, mais aussi d'une réflexion propre menée en collaboration avec la DGS sur la base de consultations d'experts (dont feront partie tous les membres du HCSP) et de représentants des professionnels et de la population, ce groupe devra dégager :

- des critères de choix des grands objectifs d'une politique de santé (ex : l'importance du problème en terme d'effets sur la mortalité et sur la qualité de la vie, sa tendance prospective, sa sensibilité à des programmes de prévention et/ou de soin, le coût des programmes),
- en fonction de ces critères, les grandes priorités,
- les grandes lignes des programmes de santé que leur réalisation implique,
- les moyens de suivre ces programmes et des les évaluer.

Président P^r J.-F. Girard

Rapporteur D^r R. Demeleumeester

Composition HCSP, DGS, experts

Thèmes de réflexion et groupes de travail

pour l'élaboration du rapport
la santé des Français

suite de la page 33 soient exploitées aussi loin que possible les notions :

► de *mortalité évitable* mise au point par l'américain Ruthstein et dans la définition qui lui a été donnée dans une action concertée européenne (travaux d'E. Jouglu, INSERM SC8) ;

► d'*espérance de vie sans incapacité* et d'*espérance de vie en santé*, telles qu'elles sont définies selon les critères de l'OMS (travaux de J.-M. Robine, INSERM CSS 10).

Dans le même esprit, la notion de *déterminants de la santé* est à entendre au sens le plus large. Ainsi les dépenses de santé dépassent-elles largement celles qui sont incluses dans les comptes de la santé.

Autre orientation fondamentale du rapport « stratégie » : *la lutte contre les inégalités*. Le rapport du Haut Comité se penchera sur les écarts inter et intra-nationaux pour plusieurs raisons :

► le fait qu'ils existent témoigne du caractère évitable de certaines causes de morbidité ou de mortalité et l'indicateur le plus favorable devrait constituer un objectif pour tous ;

► la solidarité et la lutte contre les inégalités sont, avec le respect de la liberté individuelle, les principales valeurs de référence de notre politique de santé.

Structure et mode d'élaboration

Sans préjuger du plan définitif du rapport, il a semblé que le rapport devrait se

structurer autour de neuf thèmes de réflexion (voir pages précédentes) qui seront placés sous la responsabilité d'autant de groupes de travail présidés par des membres du Haut Comité.

L'ensemble du dispositif de travail est placé sous la responsabilité d'un comité de pilotage présidé par le P^r Nicolas et réunissant les 18 présidents et rapporteurs. Le rapporteur général est B. Roussille, inspecteur général à l'IGAS, ainsi que A. Pinteaux, médecin inspecteur en chef de la santé (SESI).

Les groupes de travail devront déposer leur rapport au début du mois de mars 1994. Ceux-ci seront ensuite discutés par le Haut Comité. Le groupe sur la prospective et les priorités poursuivra ses travaux jusqu'au mois de mai 94.

Public et diffusion

Le rapport devra être publié à *La documentation française* en septembre 1994.

Il s'adressera à un public large allant des professionnels (auxquels il fournira des références, des orientations, un moyen de se positionner), au grand public averti (pour lequel ce rapport sera une sorte de renvoi d'image périodique).

Plus précisément il sera destiné :

► aux décideurs : Parlement, cabinet du ministre, services centraux et déconcentrés du ministère, élus locaux et services décentralisés (régions et départements) ;

► aux financeurs : CNAM, CRAM, CPAM, CANAM, MSA, régimes complémentaires ;

► aux structures de santé publique : ENSP, RNSP, ORS, CFES, CRES, CDES, ANDEM, etc. ;

► aux établissements de santé ainsi qu'aux établissements et services médico-sociaux et sociaux ;

► aux professionnels de la santé publique (entendue au sens large incluant une dimension sociale et environnementale) ;

► aux enseignants et aux étudiants : ENSP, université, formation permanente ;

► aux chercheurs (INSERM, CHU, université, CNRS), associations, sociétés intervenant dans le domaine de la santé publique ;

► aux médias ;

► au grand public averti et intéressé par la santé publique. ■

Bernadette Roussille,

Inspecteur général des affaires sociales, chargée d'une mission d'appui pour le rapport annuel

Sécurité anesthésique

Le Haut Comité a remis, le 26 novembre 1993, à madame le ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville et à monsieur le ministre

délégué à la Santé un rapport sur la sécurité anesthésique en France. Ce rapport va être édité et fera l'objet d'un article dans *Actualité et dossier en santé publique* n° 6.

Nomination

M. Gérard Rameix, conseiller référendaire à la Cour des comptes, a été nommé directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie de tra-

vailleurs salariés et devient membre de droit du Haut Comité de la santé publique (Décret du 11 octobre 1993, JO du 12 octobre 1993)