

La santé à l'horizon 2030

L'augmentation de la longévité, la pression pour l'efficacité des systèmes de santé, la très forte croissance des maladies chroniques incitent à se poser la question de ce que sera la santé de demain. Quel sera le rôle de l'État? Comment organiser l'expertise? Quels choix d'innovations privilégier?

Prospective « Santé 2030 – Prévention 2010 »

Philippe Guilbert

Directeur des programmes, Inpes

Arnaud Fouchard

Interne de santé publique

Remerciements :

Jocelyne Boudot

(Inpes), René

Demeulemeester

(Fnes) pour leurs

relecture et conseils.

Le principe de la prospective est d'essayer de comprendre le passé récent et sa dynamique pour en dégager des trajectoires et des futurs possibles. L'intérêt est de pouvoir construire un cadre d'analyse qui sera utile au pilotage des politiques. Il ne s'agit pas de prévoir le futur, mais bien d'imaginer des futurs probables compte tenu des informations disponibles, aussi bien quantitatives que qualitatives comme la connaissance de la dynamique des acteurs influents et les intérêts qu'ils poursuivent.

À partir des déterminants pris en compte, il faut comprendre les tendances et envisager au plus juste les ruptures possibles. Des scénarios de futurs sont construits et des recommandations pour anticiper les évolutions peuvent être proposées. Les recommandations les plus faciles à mettre en œuvre ou les plus consensuelles, c'est-à-dire celles qui heurtent le moins d'intérêts, sont en principe les premières mises en œuvre. À l'opposé, d'autres mesures plus ambitieuses restent souvent au mieux à l'état de proposition. Il en est ainsi de certains sommets internationaux dédiés aux changements climatiques d'où sont parfois ressorties des mesures peu ambitieuses comme l'achat du droit à polluer.

Un exercice régulièrement mis à l'honneur

S'ils sont moins fréquents que dans d'autres domaines, les exercices de prospective autour de la santé reviennent

toutefois avec une régularité surprenante. Citons notamment les prospectives *Santé 2010* [26], « Quel système de santé à l'horizon 2020? » [18] ou encore « Santé 2030 – Prévention 2010 » [38]. Cette dernière a été conduite pour envisager l'évolution des déterminants de la santé et la refonte des orientations stratégiques des programmes de l'Inpes. À défaut de pouvoir présenter tous les résultats, nous avons sélectionné trois domaines, l'économie, l'État et les régions, pour illustrer leur importance dans le futur et la façon dont leurs évolutions pourraient affecter l'état de santé et ses déterminants.

L'économie : un déterminant majeur de santé sans modèle de rupture envisagée

L'étude prospective de l'Inpes a donné, comme les autres exercices, une place importante à la macro-économie en tant que déterminants de santé. Le rapport entre l'état de santé et l'économie est une évidence dès que l'on aborde les enjeux liés à la protection sociale. Il renvoie notamment aux arbitrages sur l'âge de départ et le financement des retraites, le financement de la dépendance (en 2030, les plus de 60 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans¹), à l'accès financier aux soins (dépassements d'honoraires, qualité de la

1. Selon le scénario central 2030 de l'Insee.

couverture de l'Assurance maladie), mais aussi à l'accès territorial aux soins et à la prévention.

En outre, l'économie a un impact sur la santé de façon plus globale à travers l'ensemble des politiques publiques : lutte contre le chômage, urbanisme, logement, transport, etc. De manière générale, les exercices de prospective qui prennent en compte les facteurs macro-économiques n'envisagent pas de rupture possible quant au modèle économique dominant². Rappelons de façon très simplifiée que l'une des tendances lourdes de ces dernières décennies en matière d'économie politique au niveau international est une diminution du rôle des pouvoirs publics en tant que régulateurs de l'économie, en particulier financière, au profit d'une régulation par le marché. Le contexte que nous connaissons depuis 2007³, qui fait lui-même suite à une succession de crises financières ainsi que les échecs ou difficultés en matière de lutte contre le chômage, d'accès au logement et, depuis quelque temps, d'accès aux soins pour certaines populations⁴ pourraient légitimement se traduire dans un exercice de prospective par un scénario en rupture ou d'alternative avec ce modèle (néolibéral avec des variantes selon les pays). Un tel scénario aborderait les questions autour de « *qui régule quoi* » dans notre économie, autrement dit, qu'est-ce qui serait du ressort d'une intervention de l'État (avec quels moyens : fiscalité ou emprunt ?) et quelles conséquences sur la santé et ses déterminants ?⁵

Le rôle de l'État : sa capacité à protéger l'intérêt général

Dans la prospective 2030, la volonté des pouvoirs publics est souvent rappelée comme déterminant pivot de la santé. L'État, plutôt que le marché, est plébiscité comme garant de l'intérêt général et comme acteur clé dans les débats sur l'organisation des soins et le financement des dépenses de santé : comment en effet trouver un équilibre entre liberté des acteurs (professionnels de la santé, patients), qualité des soins, égalité d'accès aux soins et viabilité financière [51] ? Ce recours à l'État est primordial pour défendre l'intérêt général, mais ne doit pas faire oublier que sa légitimité à trouver des équilibres peut se faire aussi au détriment de certains groupes de population pouvant parfois représenter une

majorité⁶, d'où le rappel dans l'étude prospective 2030 de l'importance de la mobilisation sociale en matière de leviers d'intervention en prévention et promotion de la santé pour les années à venir. Ces questions d'équilibre ou d'arbitrage entre intérêts divergents demandés à la puissance publique concernent des domaines comme la prise en charge financière de la dépendance ou encore l'accès aux soins (démographie des professionnels de la santé, tarification des actes). L'enjeu sera donc aujourd'hui encore de trouver les bonnes modalités d'un équilibre entre liberté et égalité⁷. En matière de prévention et promotion de la santé, il s'agira, dans un contexte de moyens fortement contraints, de maintenir une politique de prévention nationale et régionale à l'abri des intérêts économiques, qu'ils soient commerciaux ou assurantiels, sans pour autant nier la place prise aujourd'hui par ces acteurs dans la diffusion de la prévention au sein de la population et des territoires de vie.

Sur ces questions, il conviendra donc de suivre l'évolution du rôle joué par l'État et de la vision qu'il a de son rôle, aussi bien dans ses politiques de santé que dans ses autres politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Les régions et territoires de santé : vers davantage de proximité

La prospective 2010 appelait de ses vœux la création des agences régionales de santé comme échelon pertinent pour le pilotage des politiques de santé⁸. Aujourd'hui, plusieurs enjeux semblent s'établir autour des questions de mise en cohérence des politiques régionales et locales, autour des questions de démocratie sanitaire et autour d'une offre de soins et de prévention de proximité. La question du positionnement de l'Inpes et de son soutien aux politiques nationales et régionales dans le cadre de cette nouvelle politique apparaît primordiale.

Il conviendra pour l'Inpes, en lien étroit avec les pôles de compétences, d'affirmer son rôle de référent en éducation et promotion de la santé à travers la production de référentiels de formation, de méthodologie

6. Selon certains auteurs, c'est même le contraire qui peut se produire : « *Les mesures [politiques] qui ont profondément affecté l'ordre social en déplaçant d'importants avantages sociaux d'un groupe à un autre, [...] ont été dues à la pression exercée par des groupes intéressés sur les électeurs et les politiciens* », Lippmann W. *La cité libre*. Les Belles lettres, 2011.

7. « *Dans une préoccupation d'équité à l'accessibilité aux soins le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), constatant l'échec des aides incitatives et face à la répartition régionale inégale des médecins, préconise des mesures de régulation de l'exercice pour améliorer l'adéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population* ». Extrait des recommandations du Cnom du 29 mai 2012 au sujet de l'accès aux soins.

8. La loi de décentralisation du 22 juillet 1983 confiait déjà aux départements une compétence de droit commun en matière d'aide sociale légale et en matière de prévention sanitaire. Le département était ainsi responsable : de l'aide sociale à l'enfance, de l'aide aux personnes handicapées adultes (aide à domicile, allocation compensatrice pour tierce personne), de l'aide aux personnes âgées, de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance, de la lutte contre les fléaux sociaux.

2. Le rôle de l'État varie sensiblement selon les écoles de pensée économiques, dont la prédominance est relativement cyclique au cours du temps (monétaristes, nouvelle économie classique, nouvelle économie keynésienne...).

3. Les États après le sauvetage de leurs banques en difficulté se retrouvent avec des déficits publics très élevés. Pour la France, les indicateurs clés de l'Insee donnent au 30 mai 2012 : 0 % de croissance au 1^{er} trimestre 2012, inflation 0,1 % en avril 2012, chômage 9,8 % au 4^e trimestre 2011, consommation des ménages -2,9 % mars 2012, dette publique 1 717 milliards d'euros, soit 85,5 % du PIB.

4. En 2008, 15,4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois – Irdes 2011.

5. Une rupture plus grande encore serait de considérer une évolution sociétale où la croissance économique ne serait plus envisagée comme solution aux problèmes économiques et écologiques.

d'intervention et de production d'informations, d'outils et de supports adaptés aux besoins des acteurs de terrain. Ce positionnement passe par la mise en place d'une collaboration forte et structurée avec le secrétariat général placé auprès des ministres chargés des Affaires sociales et la Direction générale de la santé afin de soutenir la déclinaison régionale de la politique nationale de santé par la définition et la mise en œuvre d'une offre de services destinée aux acteurs locaux. Cet enjeu se décline concrètement dans le cadre du contrat d'objectifs et de performances 2012-2014 de l'Inpes.

Des orientations structurantes pour l'Inpes

Cette étude aura contribué à redéfinir les orientations stratégiques de l'Inpes pour 2012-2014 et offre un cadre de réflexion élargi pour les années à venir. Elle aura permis de prioriser certains leviers d'interventions en prévention et promotion de la santé :

- agir au niveau de l'offre de prestations de prévention et de promotion de la santé pour réduire les inégalités de santé et optimiser le potentiel de prévention aux différents âges de la vie,

- améliorer les connaissances des principaux déterminants de la santé, leurs poids respectifs ainsi que leur évolution,

- intervenir au moyen de mesures politiques et organisationnelles comme la définition de critères d'évaluation et d'éligibilité au financement public, l'articulation des politiques de façon intersectorielle auprès des autres politiques publiques,

- amplifier les interventions favorisant la mobilisation sociale, que ce soit la démocratie sanitaire ou le développement des politiques de prévention en entreprise et en milieu éducatif, ou bien l'intégration dans les décisions des populations socialement exclues,

- développer les compétences individuelles en mettant notamment l'accent sur le concept de « santé globale » et de bien-être « tout au long de la vie ».

Ces éléments constituent une base de travail pour l'Inpes, tant comme acteur institutionnel que comme centre d'expertise en prévention et promotion de la santé. Il faudra rester vigilant quant aux évolutions du contexte qui, les scénarios l'ont montré, pourraient avoir une influence capitale sur les mesures prioritaires à mettre en œuvre. ?

Santé 2025 : un monde d'innovations

Isabelle Delattre

Responsable éditoriale au Leem

Didier Hoch

Chairman, Biovision

Philippe Lamoureux

Directeur général du Leem

La place de notre pays dans l'économie mondiale, les prix Nobel d'aujourd'hui, la dynamique actuelle d'innovation sont essentiellement le fruit d'orientations et de décisions prises il y a vingt ou trente ans. À leur tour, les orientations et décisions prises dans les prochaines années porteront ou ne porteront pas leurs fruits dans vingt ou trente ans. Nos choix d'aujourd'hui dans le champ des sciences de la vie et de la santé et notre capacité à les mettre en œuvre détermineront l'attractivité de la France et l'amélioration de la santé de ses citoyens à l'horizon 2025/2030.

L'accroissement de la population mondiale, l'augmentation de la longévité, la transformation des processus de recherche, la mutation des modèles industriels nous obligent à regarder le nouveau monde tel qu'il apparaît, avec l'exacerbation de la compétition autour de la connaissance, la pression pour l'efficacité des systèmes de santé, la croissance quasi exponentielle des maladies chroniques et l'émergence de cyber-patients en demande de progrès.

La démarche de prospective « santé 2025 », menée par Les entreprises du médicament (Leem) en 2010/2011, voulait renouveler le regard des industriels du médicament et de leurs partenaires¹ sur les futurs possibles de l'innovation dans le champ de la santé à l'horizon 2025 et éclairer leurs choix.

2025, un monde nouveau ?

Les sciences de la vie et de la santé représentent une opportunité de développement considérable et un enjeu politique majeur. Aujourd'hui, le seul secteur de la santé humaine représente déjà 12 % du PIB américain.

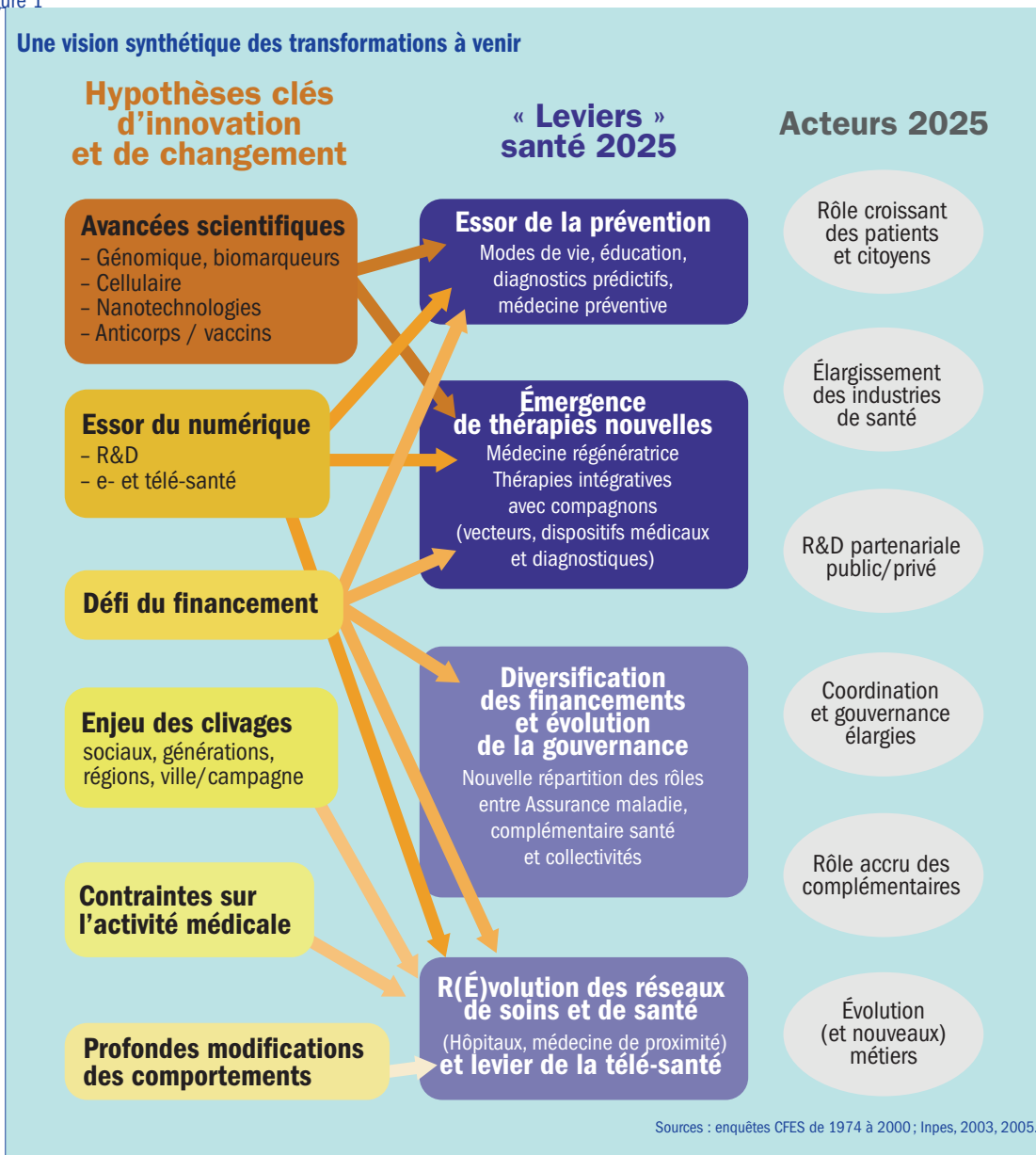
La France, avec ses atouts stratégiques et compétitifs en recherche, avec son tissu industriel biotechnologique et pharmaceutique, peut se positionner dans la course au leadership en santé. Face à ce défi à relever, le travail de prospective était essentiel pour sauter, selon la formule de Peter Sloterdijk, « *du tapis roulant qui nous conduit vers l'imprévisible*² », mettre à plat les hypothèses clés d'innovation, les leviers et les acteurs des changements à venir dans le champ de la santé et construire les choix stratégiques y répondant.

Ainsi que le montre la figure 1, les voies d'émergence des innovations scientifiques en santé en 2025 seront très profondément transformées par les champs de connaissances élargis qu'elles mobiliseront (thérapies intégrant biomarqueurs, analyse génomique, diagnostic prédictif...), par les processus de développement, de financement et de diffusion des innovations (partenariats public-privé, télémédecine, réseau de soins), ainsi que par l'évolution de l'environnement juridique et réglementaire.

1. Chercheurs, associations de patients, médecins, mutuelles santé, chaire santé de Sciences-Po, sociétés de biotechnologies...

2. Peter Sloterdijk. *La mobilisation infinie*. Christian Bourgois éditeur. Collection Points. Essais. 2003. P. 270.

figure 1



À partir de ces constats, les parties prenantes de la démarche ont identifié quatre voies stratégiques majeures à emprunter.

Premier choix stratégique : favoriser la structuration d'un écosystème de l'innovation

La France reste en retrait de l'innovation mondiale : si la part mondiale française dans la production scientifique en biologie fondamentale et en recherche médicale reste à un niveau important, elle a cependant décliné plus significativement que celle de ses concurrentes (Allemagne, Royaume-Uni, États-Unis) et son indice d'impact, s'il a progressé, reste faible. Ces résultats

ne permettent pas de lever les interrogations sur les domaines de leadership accessibles pour la France, sur lesquels elle dispose d'atouts et qui font l'objet d'une forte attractivité au niveau international. Il n'y a pas de fatalité au déclin de la France dans le domaine stratégique des sciences de la vie. Les solutions sont connues et éprouvées : générer et organiser le plus grand nombre de processus innovants et de synergies pour que, de cet ensemble, naisse le plus grand nombre possible de changements, en d'autres termes structurer un véritable écosystème de l'innovation.

Un écosystème de l'innovation est un ensemble hétérogène d'entreprises, d'individus, d'organisations de

recherche, d'universités, de prestataires de services, d'investisseurs et d'administrations, qui s'appuie sur des dynamiques de fertilisation croisée, d'attractivité croissante pour les acteurs impliqués dans le processus d'innovation. Il ne peut que résulter d'un réseau de relations et de partenariats que ses acteurs constituent au fil du temps.

Dans le champ de la santé, ont été mis en place ces dernières années, des pôles de compétitivité, des IHU³, un crédit impôt recherche, des alliances (Aviesan⁴ et Ariis⁵), la loi sur l'autonomie des universités,

Il faut encore accélérer la constitution de notre environnement santé en le rendant visible, lisible et favorable à l'innovation. C'est une ambition de fond qui doit s'inscrire dans le long terme : la stabilité fiscale, légale, réglementaire est essentielle à la constitution de processus innovants, car les conditions de leur émergence sont dépendantes de partage de connaissances, de réseaux tant formels (simples) qu'informels et de mise en commun d'expériences.

Deuxième choix stratégique : soutenir la constitution de filières de recherche-innovation fortes favorisant la création de valeur ajoutée industrielle et la diffusion des innovations thérapeutiques auprès des malades

D'ici à 2025, l'organisation en France d'une économie de la santé forte et attractive passe par un ancrage industriel sur le territoire national, qui permettra à la fois de développer la valeur ajoutée industrielle et le nombre d'emplois du secteur de la santé. L'ancrage industriel doit donc s'organiser autour de filières et d'infrastructures précompétitives dans des domaines stratégiques et innovants : cellules souches, nanotechnologies, immunothérapies/vaccins, cancer... qui permettent l'implication des acteurs privés et publics. La question d'adopter une approche par domaine ou par technologie doit être dépassée ; dans le cas de l'industrialisation des cellules souches, par exemple, plusieurs types de marchés porteurs sont liés à cette filière : la médecine ciblée et le développement plus rapide de médicaments par les industriels, la médecine régénératrice et la cosmétologie.

L'impulsion décisive au niveau de la structuration d'une filière se situe en amont, avec une vraie anticipation des sujets et la mise en place d'une vision globale sur les domaines pré-compétitifs et pré-filières, sur des technologies de base et les plates-formes d'orchestration à organiser au service des filières.

Troisième choix stratégique : orchestrer l'innovation

Le système de *clusters* ou, dans sa version française, de pôles de compétitivité est un élément important de

toute politique d'innovation, puisque c'est à lui que revient au premier chef le rôle d'orchestrer l'innovation. Les *clusters* clés de l'innovation biomédicale mondiale (Boston, San Diego, Medicon Valley) présentent une très forte concentration des acteurs et facteurs déterminants de l'innovation : excellence de la recherche, entreprises industrielles « leaders », présence du capital-risque, thématiques larges, souplesse des réseaux...

Les pôles santé français ne parviennent pas encore à cet équilibre vertueux entre concentration et diversité des modèles d'innovation : il faut leur donner la visibilité nécessaire et la capacité à gérer la complexité entre acteurs et à générer les convergences. C'est l'excellence qui doit servir de fil conducteur à l'orchestration de l'innovation, ce qui laisse une grande latitude quant au modèle de *cluster* à constituer : *cluster* mondial, porté par une logique d'innovation, et non par une logique d'aménagement du territoire, mais aussi organisation partenariale de coordination pour le développement et la diffusion de l'innovation selon les pathologies (type Institut de la Vision, INCa, Fondation Alzheimer) ou les problématiques porteuses d'enjeux forts (l'obésité, par exemple).

L'objet de ces centres experts, à partir d'anticipations à moyen terme, est de coordonner, d'impulser et d'assurer le « monitoring » des innovations, tout en favorisant la diffusion des réponses thérapeutiques innovantes (protocoles, expérimentations) et les développements industriels associés sur tout le territoire.

Quatrième choix stratégique : assurer la continuité et la fluidité tout au long de la chaîne de valeur de l'innovation

Les pays qui connaissent la plus forte croissance dans le champ de la santé sont ceux dont les chaînes de valeur de l'innovation sont fluides et continues, les différents maillons de la chaîne – recherche, innovation, développement, financement, industrie et applications thérapeutiques – se soutenant mutuellement.

Sur la chaîne cancer, pourtant priorité nationale française, notre pays souffre d'un manque de continuité et de fluidité entre ses différents maillons. Malgré une recherche académique de qualité et une recherche clinique reconnue, les signes de déclin dans la compétition internationale sont manifestes : la production de médicaments anticancéreux n'est quasiment pas assurée en France. Si la cancérologie est le secteur le plus porteur pour les biotechnologies – 25 % des entreprises de biotech françaises opèrent dans ce domaine –, ces sociétés connaissent des difficultés pour atteindre une taille critique. En imagerie médicale, champ majeur de la cancérologie et secteur appelé à connaître une forte croissance, l'industrie française est inexistante.

Les nouvelles thérapies nécessiteront d'être « produites » au plus près du patient avec une qualité qui dépendra de la fluidité de la chaîne de valeur de l'innovation. Il est donc essentiel de ne pas adopter une vision morcelée, mais une vision globale de la chaîne

3. Institut hospitalo-universitaire, issu de la mise en place des investissements d'avenir.

4. Aviesan : Alliance pour les sciences de la vie et la santé.

5. Ariis : Alliance pour la recherche et l'innovation des industries de santé.

de valeur de l'innovation, d'identifier et de renforcer ses maillons faibles.

Maintenant ?

Ces quatre voies ne constituent que la partie « émergée » de la réflexion prospective « santé 2025 ». Toute une partie de la démarche s'est concentrée en effet sur l'essor de la prévention et sur l'évolution des métiers et des chaînes de soins.

Elles représentent cependant, dans le contexte actuel

de réflexion autour des leviers de la croissance, des voies éminemment stratégiques car elles constituent le terreau indispensable à la définition d'une politique d'innovation en santé tout à la fois réaliste et ambitieuse.

Réaliste : car elles ne cherchent pas à planifier l'innovation, mais bien plutôt à assurer les conditions de son émergence. Ambitieuse, car elles ne s'apparentent pas à « une stratégie Lego » d'assemblage de mesures défensives, mais préparent à traiter la complexité de la biologie. ?

Du Haut Comité au Haut Conseil : quel avenir pour l'expertise en santé publique ?

De tout temps, les décideurs ont eu leurs conseillers...

En matière de santé, certains grands médecins ou professionnels du domaine ayant une vision large, prospective et humaniste ont pu faire avancer les décisions et ainsi changer le cours de la médecine, de la prise en charge sociale, du regard porté sur une pathologie ou sur l'ensemble des patients qui en étaient affectés.

Au cours du siècle dernier, la science a fait des progrès importants qui sont maintenant diffusés à l'échelle planétaire par des systèmes d'information performants. Les scientifiques échangent et valident leurs observations, ce qui aboutit à une médecine fondée sur les preuves. En matière de santé publique et de prévention, les progrès sont plus récents pour aller vers une santé publique scientifiquement établie.

L'expertise en santé publique a suivi ces évolutions, allant de l'expertise unique d'un conseiller choisi par le décideur, à une expertise plus collégiale, et enfin à une expertise plurielle et fondée sur les preuves, fournie par des experts indépendants du décideur, suivant un processus toujours plus transparent.

Le développement lent mais inéluctable de la démocratie sanitaire conduira à une expertise pour la politique de santé publique qui restera fondée sur les preuves mais sera également complétée après l'apport spécifique de ceux à qui elle est destinée.

Expertise, expertises

L'expertise est définie selon l'Afnor¹ comme « ensemble d'activités ayant pour objet de fournir à un client, en réponse à la question posée, une interprétation, un avis ou une recommandation aussi objectivement fondés que possible, élaborés à partir des connaissances disponibles et de démonstrations accompagnées d'un jugement professionnel », et l'expert est une « personne dont la

compétence, l'indépendance et la probité lui valent d'être formellement reconnue apte à effectuer des travaux d'expertise ».

L'expertise de sécurité sanitaire est définie par l'Igas [2] comme « la synthèse des connaissances élaborées à l'intention des pouvoirs publics dans le but de garantir la sécurité sanitaire ».

L'expertise profane repose d'une part sur l'appropriation par des usagers de connaissances biomédicales ou de santé publique, et d'autre part sur la constitution de connaissances fondées sur l'expérience que font les usagers des dispositifs de santé publique ou de prise en charge médicale.

En santé publique, aujourd'hui, l'expertise est conduite de manière collégiale pour permettre la confrontation des points de vue des spécialistes du domaine, mais elle est aussi pluridisciplinaire pour croiser les regards des sciences biomédicales et des sciences humaines et sociales. Les experts attestent de leur indépendance en déclarant leurs liens financiers et professionnels avec les entreprises entrant dans le champ de l'expertise. Ils déclarent également les liens institutionnels, familiaux ou intellectuels de nature à influencer sur l'expertise. La nature collégiale de la démarche contribue à garantir l'indépendance de l'avis émis. La participation des usagers et autres parties prenantes est très diversement mise en œuvre.

Le Haut Comité de la santé publique

Créé par décret du 3 décembre 1991, le Haut Comité de la santé publique a siégé jusqu'en 2002. Placé auprès du ministre chargé de la Santé, sa mission générale est d'apporter des éléments d'aide à la décision en vue d'améliorer la santé publique. Il développe l'observation de l'état de santé de la population et contribue à la définition des objectifs de la politique de santé. Il établit à cet effet un rapport triennal, *La santé en France*, comportant des indicateurs régulièrement suivis ainsi que des analyses prospectives et globales sur des

Renée Pomarède
Médecin de santé publique, secrétaire général du Haut Conseil de la santé

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 83.

1. Norme Afnor NF X 50-110 : Qualité en expertise. Prescriptions générales de compétence pour une expertise. Mai 2003.

problèmes de santé publique. Il établit chaque année un rapport destiné à la Conférence nationale de santé et au Parlement dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Il peut être saisi par le ministre sur des problèmes spécifiques de santé publique ou d'organisation des soins, il élabore des rapports et formule des recommandations qui participent à l'élaboration de mesures législatives et réglementaires.

Placé auprès du ministre de la Santé, qui le préside et qui nomme les vingt membres qui le composent avec les six membres de droit de la haute administration de la santé, le Haut Comité de la santé publique est indépendant dans ses avis et rapports, et formule des propositions pour éclairer de manière réaliste les décisions publiques [48].

Le premier rapport triennal *La santé en France* a ouvert la voie en 1994 à une expertise de santé publique moderne, établissant les points faibles et les points forts du système de santé et dégagant des objectifs de santé publique utiles au pouvoir politique. La notion de mortalité prématurée évitable est sortie du cercle des épidémiologistes initiés pour devenir un axe de travail des politiques. L'accent a été mis, dès cette époque, sur les inégalités sociales et géographiques face à la santé.

Certains rapports thématiques ont été fondateurs de politiques publiques innovantes concernant, par exemple, la santé en milieu carcéral ou la nutrition.

La loi pour une politique de santé publique du 9 août 2004

Les rapports du Haut Comité de la santé publique associés aux travaux de l'OMS ont fait avancer la réflexion pour aboutir, en 2004, à la définition, au niveau législatif, d'une politique de santé publique centrée sur les résultats. Un large groupe d'experts préfigurant le Haut Conseil de la santé publique a élaboré en 2003 un tableau de bord de cent objectifs quantifiés permettant de suivre l'évolution de la santé de la population en fonction des politiques menées et d'en rendre compte tous les cinq ans.

La loi pour une politique de santé publique du 9 août 2004 a ainsi jeté les bases d'un état de santé objectif (annexe des cent objectifs) et a créé le HCSP pour en évaluer les progrès.

Le Haut Conseil de la santé publique

Créé en 2004, il verra le jour en mars 2007. Prenant la suite du Haut Comité de la santé publique mais aussi du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, dans un environnement renouvelé par la présence des agences de sécurité sanitaire, il a la double fonction d'expertise de santé publique et de sécurité sanitaire.

L'article L 1411-4 du CSP décrit ses missions : il contribue à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, il évalue la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et contribue au suivi annuel ; il fournit aux

pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ; il élabore, pour les pouvoirs publics, des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique.

Il peut être consulté par les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes du Parlement et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

Les experts du Haut Conseil sont recrutés par appel à candidatures ouvert, largement diffusé. La sélection par un jury de pairs se fait sur des critères de compétence, jugée sur dossier, et d'indépendance à partir d'une déclaration d'intérêts. Les experts retenus viennent d'horizons et de disciplines variés. Leur nomination par arrêté du ministre de la Santé est suivie de l'élection du président par l'ensemble des membres, garantissant son indépendance vis-à-vis du pouvoir politique. Au service de l'ensemble des ministres concernés, le HCSP est placé auprès du ministre chargé de la Santé.

L'expertise réalisée en vue de la décision suit un certain nombre de règles de bonnes pratiques qui ont amélioré ses qualités intrinsèques. Fondée sur les preuves, les derniers développements scientifiques sur le sujet sont pris en compte ; collégiaux et pluridisciplinaires les débats croisent les points de vue biomédical, économique, sociologique. L'indépendance de l'expertise est assurée par l'indépendance des experts, qui remplissent une déclaration d'intérêts rendue publique et qui se voient exclus des débats et des votes en cas de conflit d'intérêts, mais également par la collégialité et la pluralité disciplinaire des approches. La publication de tous les avis et rapports du HCSP sur son site internet (www.hcsp.fr) garantit la transparence.

Les événements récents en matière de sécurité sanitaire des médicaments (crise du Mediator) amènent à préconiser une transparence absolue en matière d'expertise sanitaire. Les débats seront enregistrés et la traçabilité des débats amenant à la conclusion de l'avis devra être sans faille.

La finalité de l'expertise au sein du HCSP est de deux ordres.

- L'expertise de sécurité sanitaire l'amène à répondre à de multiples saisines majoritairement centrées sur les maladies transmissibles et la vaccination, mais également sur la sécurité du patient et les risques liés à l'environnement. Les réponses faites, souvent en urgence, s'appuient notamment sur les travaux épidémiologiques ou d'évaluation des risques des agences de sécurité sanitaire. L'apport du HCSP tient à la pluralité des regards portés sur les éléments scientifiques qu'il réunit pour en tirer des recommandations d'actions concrètes aux pouvoirs publics.

- L'expertise de santé publique, dans la continuité de celle du Haut Comité de la santé publique, est davantage

collégiale et fait appel aux données scientifiques de différentes disciplines ; elle s'est enrichie d'une dimension d'évaluation des plans et programmes de santé, aboutissant à des recommandations qui contribuent à la conduite des politiques. Cela est un élément majeur de l'évolution de l'expertise en santé publique.

Quel avenir pour l'expertise de santé publique au HCSP ?

Au fil des rapports d'analyse de l'Igas, de la Cour des comptes ou du Parlement, la place du HCSP est parfois remise en cause : « son expertise diffère peu de celle apportée par les agences »... « concurrence avec les autres organismes de sécurité sanitaire » [2] ou avec la Haute Autorité de santé (HAS)... Cependant le HCSP ne cesse pas d'être saisi par le ministère de la Santé et à un moindre degré par celui de l'Écologie, tant dans sa mission d'expertise de sécurité sanitaire que de santé publique et d'évaluation.

Le Haut Conseil de la santé publique a ouvert une nouvelle page en matière d'expertise pour la décision en santé. Le Haut Comité de la santé publique exerçait une expertise de sages (20 personnes nommées). Le Haut Conseil de la santé publique se positionne sur une expertise plus scientifique, collégiale et pluridisciplinaire grâce à l'apport du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, grâce à l'élargissement de ses missions, notamment l'évaluation, et grâce enfin à la modernisation de ses méthodes, qui sont maintenant alignées sur les standards actuels de qualité. De nombreux travaux ont été réalisés [35], dont la qualité et l'utilité sont reconnues par les pouvoirs publics qui les sollicitent. Ce modèle doit être préservé. Cependant il est maintenant utile de réfléchir à la manière dont les résultats produits, les recommandations élaborées pourraient être soumis à ceux à qui ils s'adressent (parties prenantes, usagers, etc.) pour les rendre davantage opérationnels.

Le HCSP a besoin de temps pour affirmer définitivement sa nouvelle place. Il doit centrer son travail sur l'aide à la définition des éléments d'une politique de santé publique. Placé auprès du ministre chargé de la Santé,

c'est lui qui doit promouvoir le caractère interministériel de la santé, en s'ouvrant sur les autres ministères et en s'attachant à la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques.

Dans cette perspective, les travaux d'évaluation sont centraux. Il s'agit tout d'abord de l'évaluation de l'atteinte des 100 objectifs de santé publique. Ce tableau de bord doit demeurer, indépendamment de l'existence d'une nouvelle loi de santé publique. Amélioré et fiabilisé dans le temps, il permettra de pérenniser le suivi que la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) réalise régulièrement et dont le HCSP doit s'emparer pour en faire une analyse au regard des politiques sanitaires mises en œuvre. L'évaluation des plans et programmes de santé publique est le complément indispensable pour rapporter les progrès aux actions entreprises.

De manière prospective, le HCSP doit à l'avenir réaliser les évaluations d'impact en santé avant le choix des politiques dans des champs tels que l'environnement, les transports, l'éducation, le travail ou le logement.

La conduite de l'ensemble de ces travaux doit amener le HCSP à collaborer plus étroitement avec la Cour des comptes, structure de référence pour la mission d'évaluation des politiques publiques.

La connaissance du panorama de la santé en France, au travers des objectifs régulièrement suivis et des différents travaux d'évaluation, doit permettre au collectif des présidents de commissions et du président du HCSP réunis en formation stratégique, de définir les thèmes majeurs à explorer tant en matière de prévention (santé à l'école, politique de dépistage tout au long de la vie) que de système de santé (parcours de soins...) pour aider au choix éclairé des priorités de santé dans les années à venir.

L'explicitation des attendus d'une politique nationale de santé ainsi que l'évaluation de ces résultats sont une approche nouvelle en France en matière de politique publique. Le Haut Conseil de la santé publique est porteur de cette évolution et souhaite faire partager cette culture au plus grand nombre. ?