



# Éléments pour une stratégie nationale de santé et pour une nouvelle loi de santé publique

Dans le cadre de l'élaboration de la stratégie nationale de santé, le HCSP a formalisé des propositions.

La politique de santé publique est le principal instrument dont se dote la nation afin d'orienter et d'organiser son effort pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population, ou de groupes ayant des traits communs, en s'attachant à corriger les inégalités.

Cette stratégie s'appuie sur des principes, met en œuvre des méthodes, et doit spécifiquement répondre à certains thèmes.

## Reconnaissance des principes

Aujourd'hui, aussi bien la stratégie nationale de santé qui sera définie en 2013 que la loi de santé publique prévue en 2014 s'appuieront sur des principes généraux qui font consensus, qu'il convient néanmoins de rappeler.

**Une santé équitable, rendue possible par des actions** qui luttent contre les inégalités sociales et territoriales de santé et parvient à les réduire. Chaque action envisagée en matière de santé doit être testée sur sa capacité à retentir sur les inégalités de santé.

**La prise en compte de la santé dans toutes les politiques.** La santé dans sa dimension globale met en jeu, au-delà du ministère chargé de la Santé, les décisions de nombreux autres secteurs tels qu'environnement, travail, agriculture, éducation, urbanisme... Le caractère interministériel des politiques sanitaires est un gage de leur réussite.

**La nécessité d'articuler le niveau national et le niveau régional des décisions et des actions.** La mise en place des ARS, dont l'autonomie

est forte et le champ d'action large, a renforcé la nécessité de bien décliner les politiques sanitaires au niveau des régions, tout en prenant en compte leurs spécificités.

Deux autres principes apparus plus récemment doivent faire l'objet d'une attention particulière.

**Le principe de prévention :** il s'applique dès qu'un danger pour la santé est avéré, quelle que soit sa probabilité de survenue. Ce principe vise à éviter le risque et/ou à déceler au plus tôt des affections pour lesquelles la précocité de la prise en charge améliore le pronostic et/ou à réduire les complications des pathologies installées qu'on ne sait pas guérir.

Ce principe de prévention doit être distingué du **principe de précaution** qui concerne des risques possibles mais non avérés. Ce principe implique de bien peser les avantages des actions envisagées par rapport à leur coût au sens large et pas seulement financier.

**La participation des citoyens et des autres parties prenantes :** à côté de l'expertise scientifique (sciences biomédicales et sciences humaines et sociales), l'avis des citoyens et des autres parties prenantes doit être recueilli et pris en compte. Les structures d'expression de la démocratie sanitaire doivent être renforcées : conférence nationale de santé, conférences régionales de santé et de l'autonomie, représentation active et effective des usagers dans les établissements et structures du domaine de la santé. De plus, un cadre d'intervention aux lanceurs d'alerte doit être défini dans le système de sécurité sanitaire, pour l'expression et la validation de leurs messages.

## Recommandations méthodologiques du HCSP pour la conception et la mise en œuvre des politiques de santé

Une politique de santé doit être fondée sur une analyse éclairée des besoins de la population ; pour l'action, elle doit s'appuyer sur des données probantes et être capable de suivre et d'évaluer les actions réalisées.

Dans ce souci d'ordre méthodologique, le HCSP, dont c'est le domaine privilégié d'expertise, a des propositions à exprimer dans plusieurs directions.

### Une politique de santé mieux éclairée

La connaissance de l'état de santé de la population est un préalable à toute action publique. En France, les statistiques de mortalité produites par le CépiDC permettent l'analyse des causes de décès, en particulier celles responsables de décès prématurés ou évitables.

D'autres sources, notamment les bases de données médico-administratives (PMSI, SNIIR-AM...) permettent d'approcher la morbidité au travers de la consommation de soins. L'appariement des bases de données sur lequel le HCSP s'est prononcé progresse et permet une description plus fine. Les registres de morbidité contribuent sensiblement à éclairer les décisions publiques dans certains domaines (cancers). Un dispositif diversifié relatif aux maladies transmissibles (InVS) permet une surveillance opérationnelle.

L'analyse de la santé perçue à partir de grandes enquêtes en population (Insee) ou fondée sur des enquêtes téléphoniques du type Baromètre santé (Inpes) complète cette description. Enfin, la connaissance des expositions de la population à certains déterminants ou facteurs de risque connus contribue à orienter les efforts de prévention. L'appariement des bases de données de santé avec les bases socioprofessionnelles de la Cnav doit permettre de mieux documenter les inégalités sociales de santé.

S'agissant de l'offre de soins et de son fonctionnement, la connaissance des moyens (Drees), des activités (Drees, assurance maladie), de la qualité des soins (HAS) et de la sécurité sanitaire permet de connaître l'utilisation du système de soins par les patients.

Toutefois, ce vaste dispositif présente aujourd'hui plusieurs limites :

- Des lacunes : certains aspects de la santé, comme par exemple la qualité de vie, ne sont pas connus ; des indicateurs supplémentaires sont nécessaires ;
- L'interprétation des données recueillies est parfois complexe ;
- La cohérence du dispositif d'ensemble au niveau national est incertaine ;
- La dimension sociale relative à l'état de santé et à l'utilisation de l'offre de soins est très insuffisamment connue, et rend difficile la recherche de réponses efficaces ;
- La dimension régionale de l'état

de santé et de l'utilisation de l'offre de soins est mal articulée avec le niveau national, gênant la déclinaison régionale des actions ;

- L'environnement européen est peu pris en compte.

### Propositions

- Compléter, interpréter et mettre en cohérence les systèmes d'informations pour les indicateurs choisis, concernant à la fois la santé et les soins, ainsi que la situation sociale.
- Organiser la production tous les cinq ans d'un « panorama de la santé » en France fondé sur un large panel d'indicateurs à définir.
- Décliner au niveau régional un socle commun d'indicateurs qui permettent aux régions de se comparer et de se situer relativement à la moyenne nationale, en analysant systématiquement les inégalités sociales et régionales de santé.
- Produire tous les dix ans un rapport comparant la santé et les soins en France avec les autres pays européens.

### Premières étapes

- Construire en 2014 une maquette de tableau de bord permettant d'analyser et de suivre les inégalités sociales portant sur l'état de santé et le recours au système de soins avec les données disponibles
- Obtenir de la Cnamts et de la Cnav d'introduire la PCS (au moins les 2 premiers chiffres) des sujets dans les enregistrements du Sniir-AM pour 2014.

## Une politique de santé mieux argumentée

Les interventions en santé doivent être choisies, sur la base de données probantes, comme dans le domaine des soins (*evidence based medicine*). En fonction des besoins identifiés par l'interprétation des indicateurs de l'état de santé et de l'offre de prévention et de soins, des interventions pertinentes ciblées sur les populations concernées peuvent être décidées, si elles ont scientifiquement fait la

preuve de leur efficacité et de leur efficience.

Le constat et l'interprétation d'indicateurs d'état de santé et d'offre de soins insatisfaisants peuvent amener les pouvoirs publics à considérer les thèmes concernés comme mal résolus, et justifier des actions complémentaires pour atteindre, dans un délai donné, des objectifs mesurables à ce sujet : c'est ce choix qui définit des priorités dans le domaine de la santé et des soins. Ce choix peut conduire à décider d'élaborer des plans et programmes de santé publique consacrés à ces priorités les plus fortes.

Toutefois, dans de nombreux domaines, dont la prévention, la connaissance des actions démontrées comme efficaces et efficaces est fragmentaire, comme le montre le travail entrepris à ce sujet par l'Inpes ; il en est de même de l'efficacité et de l'efficience de l'organisation sanitaire (soins et prévention). C'est pourquoi la recherche en santé publique doit être développée en particulier dans les domaines où des lacunes sont identifiées. Une organisation de ces travaux est nécessaire ; des études contrôlées et des recherches appliquées doivent être favorisées.

### Propositions

- Recenser les actions efficaces concernant les principaux problèmes de santé publique.
- Coordonner les travaux de recherche dans le champ de la santé publique.
- Orienter des appels d'offres de recherche en santé publique sur les questions pour lesquelles les données probantes manquent.

## Une politique de santé mieux pilotée

La politique de santé déclinée de manière opérationnelle impose un suivi au plus près des actions. Cela est réalisé par la mise en place de tableaux de bord comportant des indicateurs spécifiques.

Cela est d'autant plus nécessaire que les plans mis en œuvre font appel

à des secteurs différents – soins, organisation sanitaire, recherche, éducation. Ces plans ne peuvent pas être mis sous contrôle sans la mise en place d'un comité de suivi associant toutes les parties prenantes.

La loi de santé publique de 2004 a mis en valeur l'utilisation des indicateurs de résultats sur la santé pour les décisions publiques. Ce mouvement doit être conforté. En outre, la prise en compte de l'offre de soins dans ces décisions est également nécessaire, en quantité comme en qualité. Les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie vont également dans ce sens. Ce double regard est indispensable à une correction des inégalités sociales et interrégionales.

En fonction des actions choisies, des tableaux de bord spécifiques doivent être construits. Des indicateurs complémentaires correspondant à des résultats intermédiaires et des indicateurs de processus y seront ajoutés. Le renseignement de ces tableaux de bord par les opérateurs implique l'existence de systèmes d'information disponibles au niveau géographique, pertinents, fiables, pérennes et d'un coût supportable.

Ces tableaux sont destinés à piloter les actions (réorientation éventuelle) et à objectiver les progrès obtenus en regard des politiques. Ils seront également transmis aux opérateurs de l'évaluation externe au moment où celle-ci sera décidée. Cette démarche n'est pas limitée aux seuls plans et programmes de santé publique. Elle doit en particulier faire l'objet d'un ajustement au niveau des régions.

### Propositions

- Définir un panel d'indicateurs du système de prévention et de soins.
- Construire, pour chaque plan, programme ou autre action de santé publique, un tableau de bord de suivi des actions (état de santé – offre de prévention et de soins).
- Consolider au niveau national l'ensemble de ces tableaux de bord provenant des niveaux national et régionaux.

● Créer un tableau de bord spécifique pour suivre les efforts et leurs résultats en matière de lutte contre les inégalités de santé à la fois au plan social et interrégional.

- Préparer la production des tableaux de bord par une analyse des systèmes d'information nécessaires.

### Premières étapes

- Construire en 2014 une maquette de tableau de bord permettant, au niveau national et dans chaque région, d'analyser et de suivre les inégalités interrégionales portant sur l'état de santé d'une part, l'offre de soins (activité et qualité) d'autre part.
- Associer à la publication des comptes nationaux de la santé un bilan de la santé de la population française à partir de données ventilées par âge, sexe, niveau d'études, catégorie socio-économique et région de résidence.

## Une politique de santé mieux évaluée

Le pilotage d'une politique de santé sur le moyen-long terme nécessite impérativement une évaluation externe, indépendante et multidisciplinaire, dont la méthodologie, de standard international, est connue de tous les acteurs et acceptée par eux. Cette évaluation n'est pas restreinte aux seuls plans et programmes de santé publique, mais porte sur l'ensemble des décisions publiques concernant la santé et les soins.

Elle doit intervenir au démarrage des actions dans le but d'améliorer la conception du plan ou du programme d'action, et en aval des actions pour analyser l'impact en santé publique et juger des suites à donner. Cette évaluation externe doit être dissociée du suivi des actions réalisé par leurs opérateurs pour les ajuster en cours de mise en œuvre.

La transparence est assurée par une large diffusion des résultats auprès des différentes parties prenantes, y compris le grand public.



En l'état, les plans de santé publique posent souvent des difficultés de pertinence et de cohérence de certaines de leurs actions. Les objectifs et les indicateurs permettant de suivre la progression des actions posent souvent problème. Des progrès sont nécessaires pour améliorer la conception des plans et pour articuler clairement le niveau national avec les niveaux régionaux de mise en œuvre.

Pour mener de manière sys-

tématique et efficace les travaux d'évaluation dans le domaine de la santé, une structure nationale indépendante doit être identifiée. Elle devra être en lien avec les compétences universitaires, les structures publiques ou privées, avec les administrations concernées pour avoir accès aux données et demander des exploitations. Le HCSP remplit déjà partiellement cette mission, qui peut être renforcée.

## Thèmes-objets de propositions du HCSP

La définition des priorités dans le domaine de la santé et des soins relève exclusivement du politique. Toutefois, le HCSP a vocation à contribuer à préparer ces choix.

Dans ce cadre, le HCSP a conduit ces dernières années des travaux exploratoires ou plus aboutis qui devraient pouvoir contribuer à l'élaboration en cours d'une stratégie nationale de santé, telle que définie par le Premier ministre, et à la loi de santé publique qui devrait la mettre en œuvre.

Cette démarche concerne plus particulièrement les sept thèmes suivants.

### La prévention et promotion de la santé en direction de la jeunesse

L'enfance et l'adolescence sont les périodes durant lesquelles le rapport à la santé se construit et l'engagement dans l'apprentissage est maximal. Il n'existe pas aujourd'hui, en France, de politique de prévention/promotion de la santé affichée en direction de la jeunesse. Il n'y a pas non plus de politique régionale de l'enfance et les responsabilités sont éclatées.

Intégrer un axe promotion de la santé en direction de la jeunesse dans la loi de santé publique est nécessaire pour développer chez les adultes des compétences favorables à la « santé des enfants », pour engager des actions sur les conditions de vie, les situations sociales

et économiques, et les normes sociales favorables à la santé des jeunes, et pour permettre aux jeunes de se saisir de la logique des déterminants et des interventions de santé pour renforcer leurs capacités à agir.

#### Propositions

- Inscrire un axe prévention/promotion de la santé en direction de la jeunesse dans la loi, sous forme d'un programme national et pluriannuel d'actions.
- Porter l'attention sur les milieux et conditions de vie selon une logique vie quotidienne/déterminants de santé plutôt que selon une approche médecine/facteurs de risque de maladies.
- Soutenir la santé à l'école dans ses deux volets, volet sanitaire de prévention et volet éducatif.
- Développer la formation et la recherche universitaire en prévention/promotion de la santé.

#### Premières étapes

- Mettre en place au niveau national et dans chaque région un comité de pilotage pour la promotion de la santé de la jeunesse.
- Réorganiser les bilans de santé scolaires (passage de 4 à 2).
- L'éducation pour la santé s'inscrit dans le cursus scolaire de la maternelle au lycée pour « Apprendre aux jeunes à prendre soin de soi et des autres » : Alimentation, Hygiène, Rythmes de vie, Sexualité, Activité physique, Conduites addictives, Sécurité : domestique, routière, professionnelle,

#### Propositions

- Améliorer la conception des plans de santé publique pour les rendre évaluables.
- Adopter les standards internationaux pour l'évaluation des politiques sanitaires.
- Réaliser des évaluations *a priori* pour améliorer la conception des politiques.
- Mettre les résultats au débat des parties prenantes.

Apprentissage du porter secours, Usage du système de santé, etc.

### Les vaccinations

L'objectif de la politique vaccinale est de réduire fortement le fardeau des maladies à prévention vaccinale et idéalement de les éliminer. Les résultats sont jugés sur l'évolution de l'incidence de ces maladies et non pas exclusivement sur le taux de couverture vaccinale.

#### Propositions

- Définir des cibles d'incidence des différentes maladies à prévention vaccinale à atteindre en cinq ans et mettre en place des tableaux de bord de suivi annuel correspondants.
- Améliorer le suivi de la couverture vaccinale (exhaustivité, délai, données régionales), celle-ci étant un facteur majeur d'explication de la non-atteinte des objectifs fixés.

#### Premières étapes

- Disposer d'une offre gratuite de vaccins pour les vaccinations recommandées, lisible et sur tout le territoire :
  - pris en charge à 100 % par l'assurance maladie ;
  - réalisés dans les PMI, les centres de vaccinations, les SHCS, les centres de médecine préventive universitaires, les centres d'examen de santé de la Sécurité sociale.

### Le cancer

Le cancer est la principale cause de mortalité en France, avec 145 000 décès. Le risque indi-

- Identifier une structure nationale indépendante pour réaliser les évaluations *a posteriori* des politiques de santé afin d'en apprécier les résultats et l'impact.
- Procéder à intervalles réguliers à une évaluation de l'atteinte des objectifs généraux des tableaux de bord et à l'évaluation des politiques spécifiques.

viduel de cancer augmente alors que le risque de décès par cancer diminue. Cependant, on estime à près de 8 000 le nombre de décès évitables qui peuvent faire l'objet de mesures de prévention. Le cancer est la pathologie dans laquelle les inégalités de santé sont les plus marquées par rapport aux autres pathologies et par rapport aux autres pays européens. La réduction des inégalités de mortalité par cancer, par notamment la réduction de la mortalité prématurée, constitue un objectif atteignable dans les dix prochaines années.

#### Propositions

- Repenser la prévention primaire (alcool, tabac, autres expositions) pour réduire la mortalité prématurée par cancer.
- Réduire les inégalités de participation aux dépistages des cancers.
- Améliorer le diagnostic et la prise en charge précoces des cancers des personnes de plus de 75 ans, par information et éducation des professionnels et des personnes.
- Développer la prise en charge globale et coordonnée du patient.

#### Premières étapes

- Identifier les interventions de prévention nationales et internationales ayant montré leur efficacité auprès de publics ciblés les plus à risque et défavorisés.
- Mettre en place des expérimentations évaluées de ces actions,
- Diffuser ces interventions et mettre en place des appels d'offres sur cahier des charges.
- Identifier les zones à faible par-

ticipation aux dépistages organisés des cancers.

- Identifier les interventions nationales et internationales ayant montré leur efficacité auprès de publics ciblés et défavorisés participant le moins aux campagnes de dépistage.
- Mettre en place des expérimentations évaluées de ces actions.
- Diffuser ces interventions et mettre en place des appels d'offres sur cahier des charges.
- Mettre en place une campagne d'information sur le retard au diagnostic de cancers après 75 ans.

## Le vieillissement normal et pathologique

L'avancée en âge doit être abordée à travers le concept de vieillissement réussi qui résulte du parcours de vie et pas uniquement sous l'angle des pathologies de la personne âgée. La prise en charge de ces pathologies nécessite l'optimisation des parcours de santé afin de préserver la qualité de vie et l'autonomie. Le niveau opérationnel de mise en œuvre de cette démarche est la région.

### Propositions

- Optimiser le passage d'une médecine d'organe à une médecine plus globale pour améliorer la prise en charge des personnes âgées. Compte tenu du faible nombre de gériatres, cette mission reposera essentiellement sur les médecins généralistes.
- Développer la recherche médicale et promouvoir les essais cliniques chez les personnes de plus de 75 ans en considérant la dimension poly-pathologique spécifique au grand âge.
- Intégrer les approches sanitaire et sociale au sein des réseaux formels et informels de prise en charge.

### Premières étapes

- Repenser les études médicales.
- Prévoir une rémunération spécifique pour ce type de prise en charge.

## La psychiatrie et la santé mentale

La santé mentale et la psychiatrie figurent parmi les préoccupations majeures des politiques publiques de santé et ont donné lieu à plusieurs rapports au cours des années 2000. Le gouvernement a publié un plan en 2005-2008 dont les résultats sont assez décevants, comme l'a montré l'évaluation réalisée par le HCSP. Il a été suivi d'un second plan en cours aujourd'hui (2011-2015). Il s'agit d'un problème sensible et complexe pour lequel les idéologies et les passions doivent être dépassées. Un effort massif de recherche est nécessaire, notamment pour évaluer les pratiques. De plus, pour réussir, la politique en ce domaine doit impérativement suivre les préceptes actuels de définition du parcours de soins et de santé, de lutte contre les inégalités et de participation des usagers.

### Propositions

- Définir un cadre national de la politique en matière de psychiatrie visant à réduire les inégalités de santé et d'accès aux soins par une organisation territoriale où interviennent en complémentarité les différentes parties prenantes (secteur public et libéral - prise en charge des urgences).
- Organiser la continuité de la prise en charge au-delà de la prise en charge sanitaire pour assurer un parcours de vie qui évite les ruptures (hôpital/hors hôpital/secteur social/médico-social ; retour à l'emploi ; prise en charge enfant/adulte).
- Favoriser dès le plus jeune âge la prévention par l'accès au dispositif de la petite enfance (crèche, halte-garderie) et permettre l'intervention précoce en coopération (soin, social, éducation).
- Soutenir la recherche et évaluer les bonnes pratiques, notamment les pratiques innovantes.
- Intégrer la psychiatrie et la santé mentale dans la cité en favorisant l'accès au logement, l'insertion éducative ou professionnelle, en

faisant participer les patients à leur prise en charge et en favorisant une nouvelle image de la maladie et des personnes atteintes.

### Premières étapes

- Prescrire aux régions la définition d'un cadre d'organisation territorial pour l'accès de tous à un dispositif de prévention et de soins en psychiatrie et santé mentale, associant les acteurs de première ligne et les spécialistes.
- Mettre en œuvre l'évaluation des pratiques, notamment les pratiques innovantes pour permettre à chacun de bénéficier d'un accès à des prises en charge de qualité sur tout le territoire.
- Définir un parcours de soins en psychiatrie prenant en compte les besoins d'accompagnement et d'insertion dans la cité.

## Les maladies émergentes et transmissibles

Ce sont des maladies nouvelles, causées par un agent infectieux inconnu jusqu'alors, ou un agent existant qui se modifie. Elles suscitent de nombreuses inquiétudes sanitaires, économiques et sociopolitiques. Pour avancer sur ces sujets, il faut rapprocher les expertises des domaines humain, animal et environnemental, pour identifier les lacunes de connaissances et pour remettre en cause les acquis.

### Propositions

- Mettre en place un groupe permanent d'expertise pluridisciplinaire et de prospective collective sur la question des maladies émergentes.
- Définir un questionnaire à partir des lacunes de nos connaissances.
- Organiser un partage d'informations et d'expériences entre décideurs, relais de confiance et citoyens.

## La sécurité des patients

Au vu des événements indésirables graves associés aux soins, et de leur

évolution, connus par les enquêtes Eneis 2004-2009, le HCSP a plaidé dans son rapport de 2011 pour une politique publique globale, cohérente et continue pour éviter ces événements ou limiter leur gravité ; l'importance de cette politique est partagée, comme l'atteste le lancement du Programme national pour la sécurité des patients début 2013 ; la stratégie nationale de santé pourrait à cet égard intégrer les six objectifs qui suivent.

### Propositions

- Renforcer une organisation nationale intégrée couvrant l'ensemble des risques associés aux soins, en lien avec le Programme national pour la sécurité des patients.
- Renforcer le niveau régional de l'organisation de la gestion des risques associés aux soins, sous le contrôle des ARS.
- Favoriser une réponse graduée de la gestion des risques associés aux soins sur le terrain, selon un principe de subsidiarité entre les échelons locaux, régionaux et nationaux.
- Intégrer la sécurité des patients dans les plans et programmes de santé publique concernés, et dans l'organisation du système de soins.
- Définir les conditions et les modalités d'un engagement des professionnels de santé et des patients pour une meilleure sécurité des soins qui les concerne.
- Développer la recherche et la formation consacrée à la sécurité des patients.

### Premières étapes

- Organiser un débat par la puissance publique sur la sécurité des patients, fin 2013, un an après le lancement du Programme national sur la sécurité des patients afin de s'assurer de la dynamique de sa mise en œuvre
- Rendre opérationnelle la déclaration des événements indésirables aux niveaux régional et national, ce qui devrait être structurant pour le développement de la gestion des risques au-delà des établissements de santé. ■