



a travaillé en lien avec les représentants de la HAS, de Santé publique France et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Ses principales recommandations s'appuient sur l'organisation du CTV qui existait au sein du HCSP :

- une structure permanente et bien identifiée au sein dorénavant de la HAS, avec des missions spécifiques dans le prolongement de ses missions antérieures;
- une composition pluridisciplinaire afin de prendre en compte l'ensemble des dimensions nécessaires, qui impliquent d'autres institutions : le HCSP, l'ANSM et Santé publique France;
- une organisation permettant de répondre aux saisines en urgence;
- une articulation avec les autres structures de la HAS concernées par l'évaluation des vaccins : la Commission transparence (CT) et la Commission évaluation économique et de santé publique (CEESP);

- le maintien de la possibilité d'autosaisine afin d'anticiper et de répondre aux questions de santé publique éventuelles;
- l'amélioration de la qualité de l'expertise;
- la transparence des travaux et des liens avec les firmes pharmaceutiques;
- la structuration de procédures permettant la réalisation d'études médico-économiques.

1<sup>ER</sup> DÉCEMBRE 2016

● **Proposition d'objectifs et d'indicateurs de résultats pour les actions du PNSE3**

Les 107 actions du troisième Plan national santé environnement (PNSE3, 2015-2019) visent à réduire les risques pour la santé qui pèsent sur la population générale et plus particulièrement sur les personnes les plus vulnérables ou

exposées, et à diminuer les inégalités de santé qui sont liées aux déterminants environnementaux.

Exprimées principalement en termes de moyens mobilisés et de processus mis en œuvre, les actions du PNSE3 peuvent difficilement, en l'état, faire l'objet d'une évaluation au terme du plan. Le HCSP a été saisi par les ministères en charge de la Santé et de l'Environnement pour formuler des propositions en vue de faciliter cette future évaluation des effets du PNSE3.

Dans ce rapport, le HCSP formule, pour 63 actions du plan, ces propositions d'objectifs des résultats attendus, et identifie les indicateurs qui permettront de donner la mesure des avancées obtenues. Ces objectifs de résultats traduisent les modifications des conditions environnementales auxquelles sont exposées certaines populations, modifications attendues grâce à la mise en œuvre effective et efficace des actions du plan. Ils couvrent un

grand nombre de domaines : air extérieur et intérieur, qualité des eaux, sites et sols pollués, risques émergents et réémergents, agents physiques, changement global, qualité de l'alimentation.

Les systèmes d'information existants sur la qualité des milieux ou sur l'état de santé de la population, susceptibles de produire les indicateurs de résultats pertinents ont été identifiés, à l'échelle nationale (cf. annexe technique). Les caractéristiques de ces indicateurs ont été analysées (résolutions spatiale, temporelle et populationnelle ; facilité d'accès et d'exploitation). Des propositions ont été formulées pour améliorer l'accessibilité et l'opérationnalité de ces systèmes d'information.

Ce travail contribue ainsi à l'évaluation à venir du PNSE3 et peut dès maintenant servir aux différents acteurs en charge d'élaborer les prochains plans régionaux santé environnement. ■

## Maladies chroniques : vers un diagnostic et une prise en charge précoces

**Le diagnostic et la prise en charge précoces des maladies chroniques apportent souvent un bénéfice pour les malades : les recommandations du HCSP.**

**Liana Euler-Ziegler**

Professeur de rhumatologie, faculté de médecine et CHU de Nice, université Côte d'Azur, Commission maladies chroniques, HCSP

**E**n France, plus de 15 millions de personnes sont atteintes d'une maladie chronique, responsable de difficultés personnelles, familiales et socioprofessionnelles importantes. Or son diagnostic et sa prise en charge ne sont pas toujours effectués de façon précoce

par rapport à l'apparition des premiers symptômes. Que faut-il proposer aujourd'hui à une personne qui présente les premiers signes d'une maladie chronique ? Pour éviter toute perte de chance dans l'évolution ultérieure, doit-on agir précocement ?

Pour répondre à cette question, un groupe de travail multidisciplinaire issu de la Commission maladies chroniques du HCSP a dressé l'état des lieux des carences de diagnostic et de prise en charge précoces des personnes atteintes d'une maladie chronique (lire encadré p. 5). Les

conséquences mesurables de ces carences pour la personne, l'entourage et la société (errances diagnostiques; constitution, évitable au début, de lésions ensuite irréversibles, de complications...) ont été étudiées, ainsi que les mécanismes en cause. La réflexion s'est appuyée sur l'analyse critique des très nombreuses données collectées (contributions argumentées de collègues professionnels et associations de patients, littérature nationale et internationale, auditions ciblées).

La pertinence de ce questionnement sur l'entrée dans la maladie

chronique, moins étudiée que les formes évoluées, a été soulignée de façon convergente.

**L'état des lieux : des données solides**

Les conclusions du rapport sont claires : dans un certain nombre de pathologies chroniques, il existe des données solides sur la fréquence et le retentissement péjoratif personnel et sociétal du retard au diagnostic et à la prise en charge adaptée des personnes commençant une maladie

chronique. C'est le cas notamment de la polyarthrite rhumatoïde, des spondyloarthrites, de l'ostéoporose, du syndrome d'apnées du sommeil, des bronchopneumopathies chroniques obstructives, de l'insuffisance rénale, des troubles envahissants du comportement, de 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 conséquences et complications de la maladie, voire de rendre celle-ci inapparente) est connu dans certaines pathologies. Des données médico-économiques soulignent l'efficacité d'une action précoce. Pourtant, dans les cas où le bénéfice de la précocité est prouvé, un certain nombre de personnes malades n'en bénéficient pas et en sont pénalisées. Une telle perte de chance peut concerner toutes les tranches d'âge.

L'exemple de la polyarthrite rhumatoïde (PR) est bien documenté. La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire générale caractérisée par l'atteinte douloureuse de nombreuses articulations, avec évolution destructrice potentiellement sévère, responsable de handicaps et d'atteinte marquée de la qualité de vie. De nombreuses études ont montré qu'au stade initial de la maladie la synovite inflammatoire est réversible et très acces-

sible aux traitements « de fond », plus efficaces que lorsqu'ils sont instaurés tardivement. Il existe une véritable « fenêtre d'opportunité » de 12 semaines maximum pour traiter une polyarthrite rhumatoïde au début, permettant d'obtenir plus facilement la rémission, de limiter les dégâts articulaires et l'incapacité fonctionnelle. On parle donc d'une urgence thérapeutique. On dispose de critères de diagnostic précoce et de recommandations de bonne pratique pour la prise en charge précoce. Des études précisent aussi le bénéfice médico-économique d'une prise en charge précoce, incluant l'utilisation des biomédicaments ciblés. Pourtant les délais de diagnostic sont encore souvent trop longs.

Par contre, pour la maladie d'Alzheimer, le diagnostic précoce soulève d'un véritable débat éthique : on ne dispose pas aujourd'hui de traitement curateur reconnu de la maladie ; mais s'il est anxiogène, ce diagnostic permet la mise en œuvre d'une prise en charge globale pluriprofessionnelle incluant des mesures d'accompagnement bénéfiques pour le patient et les aidants familiaux.

Le principe d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces doit bien entendu être réservé aux pathologies où il existe un intérêt démontré, avec un bon rapport bénéfices-risques. Un diagnostic précoce est indispensable lorsque la prise en charge précoce modifie

favorablement le pronostic de la maladie. Il est également utile quand la précocité de la prise en charge facilite l'adaptation des personnes et de leur entourage et permet la mise en place d'un mode de vie adapté. Sa pertinence dans telle ou telle pathologie est bien entendu susceptible d'évoluer avec les progrès de la médecine.

Cette prise en charge précoce est proposée à la personne concernée dans la suite logique de l'étape diagnostique, avec un temps d'annonce du diagnostic et du projet de soins ; elle est personnalisée, globale, incluant des mesures médicamenteuses, non médicamenteuses et sociales adaptées, conformément aux recommandations de bonne pratique et aux parcours de soins, en veillant à surmonter les inégalités sociales de santé et d'accès aux soins. L'importance de la concertation coordonnée entre tous les professionnels et avec les personnes concernées est soulignée.

## Comprendre les facteurs des retards de diagnostic et de prise en charge

Les facteurs impliqués dans le retard au diagnostic et à la prise en charge sont multiples et le plus souvent intriqués. On peut schématiquement distinguer, outre la qualité de la relation soignant/soigné :

- des facteurs liés aux patients ou à leur entourage, à leurs représentations de santé et à leurs capacités d'accès aux sources d'information : réticence et délai à consulter, méconnaissance et/ou déni de la maladie, méconnaissance et/ou méfiance vis-à-vis de la prise en charge, non-adhésion, non-observance des traitements... ;
- des facteurs liés aux professionnels de santé et au système de santé : méconnaissance de symptômes ambigus ou difficiles à identifier, manque de formation, conditions difficiles de mise en œuvre, manque de temps et d'outils adaptés, manque

de coordination entre professionnels, difficultés d'accès aux soins...

L'analyse de ces facteurs conduit à proposer de nombreuses pistes d'amélioration. La prise en compte des leviers conduisant à un retard dans le diagnostic et/ou la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie chronique, 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 global de la population.

## Les recommandations du HCSP

Le rapport du HCSP invite donc à mettre en lumière cette période cruciale de l'entrée dans la maladie chronique et formule dans ce but treize recommandations présentées selon trois axes :

### 1<sup>er</sup> axe : faire savoir

Valoriser et diffuser les connaissances actuellement disponibles sur l'intérêt du diagnostic et de la prise en charge précoces dans un certain nombre de maladies chroniques : « faire savoir », tant dans le milieu professionnel et institutionnel que chez les patients et dans la population. L'acceptabilité sociale des maladies chroniques nécessite d'agir sur la représentation des maladies.

- Inciter les professionnels à « y penser tôt et agir tôt quand il faut », sur la base des recommandations de bonne pratique.
- Dans la formation initiale et continue des professionnels, souligner l'intérêt de la précocité.
- Faciliter les initiatives visant à contribuer à une moindre « stigmatisation » des personnes atteintes de maladie chronique.
- Dès l'entrée dans la maladie chronique, informer le patient à la fois des bénéfices attendus d'une prise en charge précoce et des inconvénients éventuels.

### 2<sup>e</sup> axe : savoir faire

Rendre effectifs le diagnostic et la prise en charge précoces des per-





sonnes atteintes d'une maladie chronique, dans toutes les situations où l'intérêt en est reconnu, en agissant de façon convergente sur l'ensemble des déterminants, en prenant en compte les interactions patient-environnement-système de soins et offre médico-sociale.

- Favoriser les bonnes pratiques d'annonce du diagnostic et de proposition d'un programme personnalisé de santé.
- Promouvoir dès l'entrée dans la maladie chronique une approche partagée et coordonnée entre les différents professionnels (place privilégiée du médecin traitant) et avec la personne malade.
- Proposer à chaque patient dès l'entrée dans la maladie chronique, si besoin, éducation thérapeutique, actions d'accompagnement.

● Étudier la faisabilité pratique d'interventions et d'actions de communication dédiées à la précocité, dans les maladies chroniques où l'intérêt en est reconnu.

● Mettre en place des mesures opérationnelles pour réduire les situations de renoncement aux soins et les inégalités sociales de santé, sources de retard diagnostique et de prise en charge.

### 3<sup>e</sup> axe : savoir plus

Faire progresser les connaissances pour conforter la démarche de diagnostic et prise en charge précoces. L'amélioration de la qualité de la démarche de diagnostic précoce doit être inscrite dans les plans de santé publique qui portent sur des pathologies où cette démarche est reconnue. Cette amélioration doit

pouvoir être mesurée avec des indicateurs quantitatifs à développer.

- Accroître la connaissance épidémiologique sur l'histoire naturelle des maladies chroniques et leur évolution sous traitement, en recueillant les informations sur le début de la maladie.
- Développer les travaux pour évaluer l'intérêt à l'échelle populationnelle d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces (qualité de vie, intégration sociale...).
- Étudier les facteurs expliquant les retards pour les pathologies où l'intérêt de la précocité est reconnu.
- Étudier les caractéristiques et l'impact des expériences de terrain conduites dans la précocité et évaluer leur caractère transposable en associant l'ensemble des parties prenantes.

Ces recommandations supposent une meilleure efficacité du système de soins et une bonne articulation entre les niveaux national et régional. Les progrès seront fortement conditionnés par des évolutions déterminantes permettant la rémunération des temps de concertation et de coordination entre professionnels, notamment via la forfaitisation de la prise en charge des maladies chroniques. L'accent doit être mis sur une meilleure fluidité des parcours entre soins et médico-social. Le diagnostic et la prise en charge précoces des personnes atteintes d'une maladie chronique, dans toutes les situations où l'intérêt en est reconnu, offrent un fort potentiel de progression en termes de service rendu à la population. ■

# alcoologie et addictologie

2016 ; 38 (4) : 273-384

## Éditorial

- Le contrôle du tabac ou comment réduire la consommation de tabac, *Emmanuelle Béguinot*

## Recherche

- « Réussir » son sevrage grâce à la qualité relationnelle, *Céline Brison, Philippe De Timary, Emmanuelle Zech*
- Prévalence de prise de médicaments psychotropes chez les personnes en difficulté avec l'alcool consultant en CSAPA, *Bertrand Nalpas, Benoît Fleury, Delphine Jarraud, Michel Craplet, Alain Rigaud*
- Le programme spirituel en

12 étapes, un vecteur de résilience ? Caractérisation d'un échantillon de membres des Alcooliques anonymes en fonction de leur résilience et de leur spiritualité, *Claire Hiernaux, Isabelle Varescon*

## Mise au point

- La pleine conscience dans le traitement des addictions. Quelles perspectives pour la prise en charge du jeu pathologique ? *Cora von Hammerstein, Amandine Luquiens, Yasser Khazaal, Amine Benyamina, Henri-Jean Aubin, Lucia Romo*

## In memoriam

- Colette Larue, *Martine Daoust, Jean-Dominique Favre*

## Regard critique

- La représentation de la femme buveuse à la radio française, de 1945 à nos jours, *Marine Beccarelli*

## Audition Publique

- Réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux conduites addictives
- Question 1 – En quoi et jusqu'où la RdRD est-elle un nouveau paradigme dans le champ des conduites addictives ?
- Quel périmètre et quelles limites doit avoir la RdRD (vision internationale) ? Doit-elle porter sur la demande (les usages) ou intervenir aussi sur l'offre (l'accès aux produits et leur qualité) ? *Marie Nougier*
- Quels sont les différents modèles de RdRD ? Quelle place la RdRD doit-elle avoir dans l'ensemble des interventions et dans la politique des drogues et des

addictions en France ? *Marie Jauffret-Roustide*

- Question 2 – Quelles sont les données probantes sur l'efficacité de la RdRD ?
- Éléments sur l'efficacité des politiques de RdRD développées en France et à l'étranger depuis 30 ans, *François Beck, Cristina Diaz Gomez, Anne-Claire Brisacier, Agnès Cadet-Tairou, Ivana Obradovic*

## Recherche internationale

- Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles, *Jean-Bernard Daepfen*

## Vie de la SFA

- Adhésion
- Journées de la SFA 2017
- Nouveaux membres

## Informations

- Annonces. Livres. Agenda. Index 2016