

# Note de réponse à la saisine de la Mme la ministre de la santé concernant les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé

3 février 2014

## Sommaire

I.	Contexte de la saisine.....	3
II.	Argumentaire concernant les 5 domaines d'action préétablis .....	4
	FICHE A1 : Santé des jeunes de 0 à 25 ans .....	5
	FICHE A2 : Addictions .....	12
	FICHE A3 : Cancer .....	18
	FICHE A4 : Santé mentale .....	21
	FICHE A5 : Santé des personnes âgées.....	26
III.	Domaines d'action à ne pas négliger .....	31
	FICHE B1 : Faire de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé un domaine d'action à part entière.....	33
	FICHE B2 : La pollution atmosphérique et ses impacts sur la santé : un enjeu de santé publique non résolu.....	37
	FICHE B3 : Maladies chroniques .....	39
	FICHE B4 : Politique vaccinale .....	43
	FICHE B5 : Place de la sécurité des patients dans une future stratégie nationale de santé .....	45
IV.	Annexes .....	46
	ANNEXE 1 – Méthodes de priorisation des problèmes de santé publique.....	46
	ANNEXE 2 – Grille de critères proposée pour l'analyse des priorités pré-établies.....	47
	ANNEXE 3 – Références.....	48

## I. Contexte de la saisine

Madame la ministre a présenté le 23 septembre 2013 la stratégie nationale de santé. Sa mise en œuvre passe par une loi de santé, qui devra préciser des objectifs nationaux quantifiés d'amélioration de la santé des Français. A cet effet, Mme la ministre a d'ores et déjà énoncé cinq domaines d'action prioritaires : la santé des jeunes entre 0 et 25 ans, le cancer, les addictions, la santé des personnes âgées, la santé mentale. Elle a également annoncé un renforcement du pilotage de la stratégie nationale par un suivi et une analyse annuelle d'indicateurs d'état de santé réunis dans un tableau de bord, qui sera proposé par le HCSP et inscrit dans la loi (1).

Pour faire suite à ces annonces, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a été saisi par lettre du 28 novembre 2013, d'une analyse préliminaire visant à expliciter, sur la base de critères objectifs, le choix de ces cinq domaines d'action prioritaires, et l'importance des problématiques qu'ils recouvrent, justifiant qu'un ciblage et un effort particulier leur soit prêtés. Cette saisine sollicite également le HCSP pour proposer, le cas échéant, quelques domaines d'action supplémentaires qui nécessiteraient d'être également priorisés.

Cette saisine demande au HCSP d'identifier, dans un deuxième temps au sein des domaines d'actions prioritaires, des objectifs de résultats prioritaires à 5 ans et à 10 ans. L'élaboration d'un tableau de bord d'indicateurs d'état de santé sera une dernière étape, précisée par une future saisine.

Soulignons qu'il n'a pas été demandé au HCSP d'établir une hiérarchisation des problèmes de santé en vue de définir des priorités, mais de justifier le choix préalable des cinq domaines d'actions prioritaires de la stratégie nationale.

Ces cinq domaines d'actions se réfèrent à des catégories différentes : elles s'expriment pour certaines en termes de période de la vie, pour d'autres comme un groupe de déterminants de santé ou de facteurs de risque ou encore selon un groupe de pathologies, ce qui empêche une analyse globale et comparative. Ces catégories ont en particulier de nombreuses zones d'intersection entre elles, et suscitent une référence à des dimensions diverses de la notion de santé.

L'argumentation de ces cinq priorités pré-établies ne peut répondre à une démarche systématique reposant sur des critères de type scientifique, ce d'autant qu'elle n'a pas vocation à permettre de reconsidérer leur mise à l'agenda<sup>1</sup>.

Dans ce contexte, le HCSP s'est concentré, dans un premier temps, à **décrire, au sein des cinq domaines énoncés, un état des lieux des connaissances disponibles et des grands domaines d'intervention existant ou possibles, sur lesquels pourraient s'inscrire dans un deuxième temps la définition d'objectifs de santé** en relation avec des actions qui pourraient être proposées. Le HCSP a néanmoins pris conscience de la nécessité de construire une méthode de priorisation qui devrait dans l'idéal être appliquée à froid et en amont afin d'aider à la décision politique au moment où elle doit se faire.

---

<sup>1</sup> Les méthodes rigoureuses de priorisation sont particulièrement critiquées pour leur caractère non démocratiques, simplificatrices (complexité de la hiérarchie des déterminants) et surtout ne prenant pas en compte la contrainte de la décision politique (les décideurs politiques ont surtout à faire face à une série de groupes de pression). Cf. synthèse sur les méthodes de priorisation, en annexe 1.

Concernant la proposition de priorités additionnelles, les méthodes de priorisation sont difficilement applicables, dans les contraintes imposées par la saisine, c'est-à-dire un choix en nombre restreint (une à deux thématiques), dans un ensemble de domaines définis par exclusion. Ceci est l'une des raisons qui explique que **le HCSP ait décidé de ne pas ajouter de priorités supplémentaires. Par contre, le HCSP insiste pour rappeler de ne pas négliger plusieurs domaines d'actions dont il s'est saisi dans le cadre de ses travaux antérieurs, et pour lesquels il a formulé des avis et des recommandations**, qui ne sont pas cités explicitement dans les cinq champs prioritaires.

## II. Argumentaire concernant les 5 domaines d'action préétablis

### *Description et analyse des cinq domaines prédéterminés*

Une grille de critères, construite à partir d'outils de priorisation existants (2), a été élaborée, de façon à structurer la collecte d'informations relatives aux domaines étudiés, sur la base des connaissances actuellement disponibles (annexe 2).

Les sources d'informations ont été :

- Les données françaises dans les principales bases et publications concernant l'état de santé de la population
- Le rapport d'évaluation et de propositions du HCSP publié en 2010 concernant les objectifs de la loi de 2004
- Les évaluations menées par le HCSP sur les plans de santé publique en rapport avec les domaines concernés : plans cancers, plan psychiatrie et santé mentale, plan qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques, plan bien vieillir
- Des avis d'experts sur les différents thèmes.

Chaque domaine d'action fait l'objet d'une fiche synthétique.

## FICHE A1 : Santé des jeunes de 0 à 25 ans

### Introduction

Entre 0 et 25 ans se suivent la période périnatale, celle de l'enfance, de l'adolescence et l'entrée dans la vie adulte, avec des caractéristiques propres à chacune, en matière de santé. Ce sont les périodes du développement physique et psychique, des acquisitions culturelles et scolaires, de l'intégration à la vie sociale. L'environnement prénatal et familial joue un rôle majeur au cours de ces périodes de la vie, qui sont porteuses d'occasions multiples d'expérimentations nouvelles et de développement de comportements de prise de risque et de prévention.

Les « jeunes » sont globalement en bonne santé. Cependant, les comportements qui se mettent en place à cette période vont conditionner leur avenir en matière de santé. Leurs problèmes sont un enjeu particulier en ce sens qu'ils engagent le capital de développement et d'avenir de notre société. Quelques-uns ont un pronostic sévère immédiat ou à long terme.

### Etat des connaissances

La **mortalité globale est faible et en baisse** (3). La plus grande part des décès concerne la tranche d'âge des 15-24 ans (3236 décès en 2010), touchant les garçons de façon plus importante, principalement pour des causes de mort violente (accidents de la route, suicides, homicides) ; et les enfants de moins d'un an (2977 décès en 2010), dont les taux bruts de mortalité sont les plus élevés (326 décès pour 100 000 habitants vs 38,4 entre 15 et 24 ans), principalement le fait d'affections d'origine périnatale ou des conséquences de malformations congénitales, mais aussi des morts subites du nourrisson ou de causes accidentelles. S'ajoutent à tous les âges, mais particulièrement entre 1 à 4 ans, les accidents de la vie courante. Compte tenu de l'âge au décès, le nombre d'années potentielles de vie perdues est considérable.

Les **problèmes de santé** sont variables selon les catégories d'âge, et sont souvent socialement marqués :

La périnatalité est encore un sujet de fragilité dans notre pays.

En 2010, la prématurité est en légère hausse par rapport à 2003 : elle passe de 6,3 à 6,6% des naissances vivantes (10<sup>e</sup> rang en Europe). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2500 g) est stable à 6,4%. Les disparités sont particulièrement marquées entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane et la Réunion, puisque les taux de prématurité et d'enfant de petit poids y sont près de deux fois plus élevés qu'en métropole. Le taux de prématurité est très lié aux facteurs sociaux : il passe de 4% quand la mère a un niveau d'études supérieures, à 9% en cas de niveau scolaire primaire (4). Ces inégalités, présentes dès la naissance, vont s'accroître au cours de la vie, la fréquence des déficiences cognitives et des difficultés scolaires augmentant chez les anciens grands prématurés selon un gradient inverse du niveau d'études de la mère.

Le nombre de grossesses pathologiques est en augmentation, par combinaison de plusieurs facteurs : augmentation de l'âge moyen à la maternité, dégradation des situations économiques et sociales des couples, augmentation de prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité des mères et augmentation de la part des déclarations de grossesses tardives (5).

Le dépistage néonatal systématique de cinq maladies graves, mis en place il y a 40 ans et géré par l'Association Française pour la Prévention et le Dépistage des Handicaps de l'Enfant (AFDPHE) permet de repérer, diagnostiquer et prendre en charge très rapidement les nouveau-nés atteints de phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, drépanocytose

et mucoviscidose. Ce sont près de 20 000 enfants qui ont ainsi été sauvés. Le dépistage néonatal de la surdité est quant à lui devenu systématique en 2012.

Le niveau de la vaccination est globalement satisfaisant en France, mais la couverture vaccinale est clairement insuffisante pour certains vaccins, conséquences de l'influence importante dans notre pays des ligues anti-vaccinale, ce qui entraine des risques de survenue de foyers épidémiques (ex : rougeole, coqueluche, méningites). Des vaccins permettant la prévention de cancers, comme celui de l'hépatite B ont de longue date rencontré une très forte résistance ainsi que l'HPV ( prévention du cancer du col de l'utérus) pour lequel à peine un tiers des jeunes filles concernées sont vaccinées (6).

Les troubles des apprentissages ont des conséquences sur le développement, les acquisitions scolaires et l'insertion sociale des enfants. Ils doivent être précocement repérés et pris en charge : les enfants atteints de dyslexie représenteraient environ un quart des enfants ayant des difficultés en lecture (7). La prévalence de la dyspraxie est estimée de 5 à 7 % des enfants de 5 à 11 ans (8). Les données manquent sur la prévalence de la dyscalculie. De même la fréquence des troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention et des troubles envahissants du développement (type autisme) sont difficiles à déterminer.

Le surpoids et l'obésité sont un sujet préoccupant et emblématique des inégalités sociales de santé : début 2000, de 10% à 16% des enfants de 3 à 17 ans étaient en surpoids et 3,5% à 4% étaient obèses, avec des prévalences plus élevées dans les milieux les plus modestes. La stabilisation récente du surpoids et de l'obésité, avec un léger recul parmi les 5-6 ans, masque un accroissement des inégalités entre catégories sociales : la surcharge pondérale des enfants de CM2 dont le père est ouvrier est rest e stable et la prévalence de l'obésité est passée de 5,1 % à 6,1 % en trois ans, alors qu'elles ont diminué chez les enfants de cadres ou de profession intellectuelle supérieure. Les ouvriers comptent désormais dix fois plus d'enfants obèses que les cadres, contre quatre fois plus en 2002 (9). Chez les jeunes adultes de 18-24 ans, la prévalence de l'obésité est passée de 2,1 % en 1997 à 5,4 % en 2012, ce qui représente l'évolution la plus forte parmi toutes les tranches d'âge (10).

La santé mentale a un poids important dans la morbidité des jeunes. Les troubles mentaux constituaient en 2007 avec les troubles du comportement, le premier motif d'admission en affection de longue durée (ALD) des moins de 15 ans (11). La fréquence des recours en secteurs de psychiatrie infanto-juvénile illustre également le poids important des troubles de santé mentale à ces âges, souvent sous-estimés par les familles.

Les violences subies ou provoquées sont mal mesurées. L'Observatoire national de l'enfance en danger crée en 2004 indique qu'en 2010, 19 mineurs sur 1000 sont pris en charge en protection de l'enfance. La mortalité des enfants du fait de maltraitance est sujette à des biais de déclaration qui minorent ce problème, mal décrit par les seules statistiques de décès (12). Le repérage est important car les violences subies dans l'enfance et non prises en charge sont liées aux violences agies à l'âge adulte.

Les motifs de recours au médecin chez les enfants de moins de 25 ans sont en premier lieu les maladies d'origine respiratoire (27 motifs pour 100 séances avant un an, 36,6 entre 1 et 14 ans et 21,2 entre 15 et 24 ans), révélant le poids des infections respiratoires aiguës des voies aériennes, mais également de l'asthme (9). Les hospitalisations des enfants de moins de 15 ans représentent 52% des séjours pour asthme. Alors que les taux annuels d'hospitalisations pour asthme diminuent chez les enfants de plus de 10 ans, aucune diminution n'est observée chez les moins de 10 ans, et augmentent même chez les plus jeunes (9).

L'âge de l'adolescence, est celui des *prises de risque* sur la route ou dans le domaine de la sexualité (même si l'on constate en France moins de grossesses chez les adolescentes que dans d'autres pays

comme les États-Unis ou le Royaume-Uni), des consommations de produits psychotropes, des troubles du comportement alimentaire, de la violence dirigée contre soi ou contre autrui et des déséquilibres dans la vie quotidienne.

La route est la première cause de mortalité chez les 15-24 ans, même si l'on observe une diminution du nombre de décès par accidents (notamment de transport) de 39% chez les hommes et 50% chez les femmes de cette classe d'âge entre 2000 et 2008 (13). Les jeunes paient également un lourd tribut sous forme de séquelles et de handicap, es victimes corporelles d'accidents de la routes ont essentiellement masculines et âgées de moins de 30 ans (9).

Le suicide est la deuxième cause de décès entre 15 et 24 ans chez les garçons, la troisième chez les filles. Dans les douze derniers mois, environ 1% des 15-30 ans ont fait une tentative de suicide. Cette tranche d'âge est ainsi la plus concernée. À l'échelle de la vie entière, 5,0 % des 15-30 ans déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide (14–16). On note toutefois une diminution de la mortalité par suicide de 11% chez les hommes et 23% chez les femmes de 15 à 24 ans entre 2000 et 2008 (13).

### Consommations de psychotropes

#### *Tabac*

La précocité de l'expérimentation est identifiée comme un facteur de risque important pour l'installation durable dans la consommation et la dépendance (17).

On observe une hausse du tabagisme récent parmi les adolescents, après plus de dix ans de forte baisse, plaçant la France parmi les pays de à plus forte prévalence tabagique en Europe, avec 38 % de fumeurs à 16 ans. La proportion de fumeurs quotidiens augmente (32% en 2011 contre 29% en 2008 (18)), elle atteint 40,9 % des 20-25 ans. Les inégalités sociales liées à la situation de chômage chez les jeunes se sont accrues entre 2000 et 2010 en matière de tabagisme (16).

L'âge d'initiation au tabagisme a légèrement reculé en 5 ans (de 15,2 à 15,6 ans) (16), mais les deux dernières années de collège sont des périodes charnières de forte diffusion du tabagisme chez les jeunes et 30% des collégiens ont déjà expérimenté le tabac (19). Ces niveaux élevés chez les plus jeunes s'opposent à la baisse tendancielle du tabagisme mesurée parmi les adolescents depuis bientôt une décennie, laissant entrevoir des résistances aux politiques de santé publique menées ces dernières années. L'impact de la cigarette électronique sur ces publics est difficile à anticiper.

#### *Alcool*

Parmi les jeunes adultes (actifs occupés, chômeurs ou étudiants), les comportements d'alcoolisation se mettent en place, avec pour certains l'installation des premières dépendances. Certaines « pratiques d'abus régulières » peuvent présenter des risques sanitaires et sociaux élevés, notamment en termes d'accidents domestiques, d'accidents de la route, de violences associées, mais aussi de coma éthylique pouvant entraîner la mort ou des complications somatiques et psychiques graves.

A l'adolescence, les consommations excessives ponctuelles ont des effets délétères sur le cerveau, notamment sur la mémoire et les fonctions d'apprentissage. L'âge à la première ivresse est démontré être un facteur prédictif des problèmes d'alcool ultérieurs (20).

L'ensemble des enquêtes converge sur le fait que la consommation régulière des jeunes baisse légèrement, à l'instar de celle des adultes, mais que les ivresses sont en hausse (21), avec une expérimentation plus précoce mais un âge moyen à la première ivresse relativement stable ; une tendance à la baisse pour les différents niveaux d'usages de l'alcool, mais une hausse significative des ivresses tant répétées (3 à 9 fois dans l'année) que régulières ( $\geq 10$  fois), avec un rapprochement des comportements entre filles et garçons (18). Le Baromètre santé 2010 de l'Inpes confirme la tendance récente à la hausse. Ces caractéristiques se sont accentuées entre 2005 et 2010 (un tiers des 15-19

ans ont rapporté en 2010 au moins une ivresse au cours des douze derniers mois, la consommation quotidienne reste certes à des niveaux très bas (2,5 %), mais est associée à une augmentation des consommations ponctuelles importantes et des épisodes d'ivresse mais aussi des consommations à risque chronique ou de dépendance (14 % chez les 18-25 ans en 2010 contre 10% en 2005). Pour les jeunes hommes, la situation de chômage ou d'inactivité est un facteur de risque. Les ivresses répétées concernent près de deux fois plus d'étudiants en 2010 qu'en 2005, cette proportion ayant doublé sur la période parmi les jeunes femmes (16).

### *Cannabis et autres drogues illicites*

La consommation de cannabis chez les jeunes s'est stabilisée à un niveau élevé depuis le début des années 2000. Entre 15 et 30 ans, 13 % des femmes et 25 % des hommes déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. L'âge d'initiation est en léger recul (16,7 ans entre 2000 et 2005 ; 17 ans entre 2005 et 2010) (16). Les consommations régulières, combinant cannabis, et drogues licites, culminent entre 20 et 25 ans, ce qui laisse penser que cette période de la vie demeure particulièrement sujette aux consommations de drogues régulières et multiples, en lien avec les enjeux liés à la construction d'une identité affective, sociale et professionnelle aux débuts de l'âge adulte (16).

### *Addictions aux jeux vidéo*

Les jeux vidéos, avec les conduites alimentaires (anorexie, boulimie), les comportements compulsifs répétés, les achats compulsifs, les dépendances sexuelles et affectives, les dépendances sectaires et les dépendances à l'activité physique peuvent être considérés à l'origine de comportements addictifs et concernent une proportion relativement faible de la population (22). Il est encore difficile d'établir, à l'heure actuelle, l'importance de ces addictions en termes d'impact de santé publique.

### Santé sexuelle

Si l'âge médian au premier rapport sexuel a peu évolué depuis 30 ans et se situe autour de 17,5 ans (23), les premiers rapports sexuels à l'âge du collège s'accroissent (19). Les méthodes contraceptives sont majoritairement utilisées, mais sont absentes dans 1 cas sur 10<sup>2</sup>.

La sexualité précoce constitue un enjeu de santé publique car elle est un indicateur de risque vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées.

Malgré une large utilisation des méthodes contraceptives, dont la pilule d'urgence, utilisée par plus de 4 femmes sur 10 de 15 à 24 ans sur 10, un tiers des grossesses survenues au cours des 5 dernières années chez les femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives étaient non prévues<sup>3</sup> et les femmes les moins diplômées et les moins favorisées financièrement avaient moins fréquemment utilisé une contraception. D'autre part, le taux de recours à l'IVG est le plus élevé parmi les 20-24 ans (27 femmes sur 1 000), et parmi les femmes de moins de 20 ans il est stable à 15 pour 1000 (24).

Il est nécessaire de rappeler la plus grande vulnérabilité des jeunes en situation de changement de statut ou de ruptures.

---

<sup>2</sup> La plupart des adolescents initiés ont utilisé un moyen contraceptif lors du dernier rapport (88,7 %), le moyen le plus déclaré étant le préservatif (85,4 %), suivi de la pilule (33 %), puis de la pilule du lendemain (16,5 %). Mais plus d'un élève sur 10 (11,3 %) n'a utilisé aucun mode de contraception lors du dernier rapport sexuel, proportion en hausse depuis 4 ans (19).

<sup>3</sup> La pilule est largement la plus utilisée (78% des cas). L'utilisation du préservatif a reculé depuis les débuts des années 2000, passant de 13% à 9% des méthodes utilisées (16).



En 2012, 37 % des 15-24 ans et 54 % de l'ensemble des 15-29 ans sont actifs, c'est-à-dire en emploi ou au chômage selon les critères du Bureau international du travail (BIT). Le taux de chômage atteint 24 % pour les 15-24 ans « actifs », contre 8 % entre 30 et 49 ans (25). Il atteint 45% chez les jeunes ayant récemment terminé leur formation initiale sans diplôme ou seulement diplômés du brevet (26).

Selon les enquêtes ESPS 2010 (27) et l'enquête HSM 2008 (28), 9 à 12 % des jeunes âgés de 20 à 29 ans ne sont pas protégés par une complémentaire santé (ou par la CMU-C) en France. Les jeunes en situation de chômage et les inactifs (hors étudiants) sont les plus concernés. Chez les jeunes au chômage notamment, 20 à 25 % ne sont pas couverts par une complémentaire santé contre 6 à 11 % des étudiants, et 8 à 10 % des actifs (27,28).

L'entrée dans la vie active ou dans la formation professionnelle peut aussi générer des risques dont la prévention n'est pas toujours anticipée. L'enquête sur la surveillance médicale aux risques professionnels (SUMER 2010) a ainsi mis en évidence qu'une part importante des apprentis, soit 26,5 % d'entre eux, sont exposés, parfois très tôt (dès 14 ans) à des agents cancérigènes (garages, menuiserie, construction, mécanique) (29). Ces expositions précoces sont sources, dès le début de l'entrée dans le parcours professionnel, d'itinéraires de santé défavorables aux catégories les moins élevés dans l'échelle sociale.

## Inégalités de santé

Les périodes de la jeunesse recouvrent des réalités et des problématiques de santé diverses, aux différents âges du développement. Même si les enfants et les adolescents sont globalement « en bonne santé », on observe, dès la naissance, les effets du gradient social sur les différentes composantes de la santé, qui s'accroîtront et marqueront au long du parcours de vie l'évolution du capital santé.

Les inégalités sociales de santé se construisent dès l'enfance et même avant, puisqu'elles remontent à la génération antérieure, aux conditions de vie des parents. Cette dimension est développée sous le nom de « *life course* », que l'on pourrait traduire par épidémiologie biographique. Ainsi, il est particulièrement important que les actions à prendre pour réduire les inégalités sociales de santé, tout en concernant d'autres secteurs que la santé, concernent tout particulièrement les premiers âges de la vie (30). Le rôle majeur de la promotion de la santé mise en place le plus précocement possible est également à souligner.

Les disparités géographiques, par exemple de prévalence de l'obésité chez l'enfant (9) ou de consommation d'alcool et de fréquence d'ivresses répétées (16), mettent en lumière des relations complexes entre conditions socio-économique et répartition géographique, mais également l'influence d'un contexte local sur les déterminants de santé.

## Déterminants

La période de l'enfance et de la jeunesse est un moment clé, essentiel pour agir sur les déterminants de santé, car ce sont des périodes fondamentales durant lesquelles le rapport à la santé se construit, les conditions et les comportements favorables à la santé se mettent en place, la plasticité et l'engagement dans l'apprentissage sont tels que l'impact potentiel d'actions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé agissant sur les conditions de vie, les situations sociales et économiques et les normes sociales pourrait être à son maximum.

L'effet de l'activité physique dès l'enfance sur la santé du futur adulte, comme facteur de prévention des principales maladies chroniques, mais aussi d'amélioration de la santé mentale, est démontré (31). La pratique sportive débutée dès l'enfance augmente la probabilité de pratiquer une activité physique ou sportive à l'âge adulte.

Améliorer la santé d'une population et réduire les inégalités nécessite de s'engager de façon déterminée dès l'enfance dans la prévention des risques pour la santé (agir sur les environnements de vie notamment) et l'éducation à la santé (permettre à chacun de maîtriser les connaissances et les compétences lui permettant de faire des choix responsables en matière de santé, consolider l'estime de soi) (32).

Il convient de mettre l'accent sur le suivi longitudinal de la santé de la période prénatale à l'âge adulte en privilégiant ce que les anglo-saxons appellent le « *life course development* » (33).

Les stratégies allant dans ce sens peuvent comprendre :

- des politiques intégratives locales de développement urbain d'accès aux services et d'accompagnement social ;
- le développement éducatif dès le plus jeune âge (maternelle) ;
- un rôle renforcé des structures de proximité (PMI, missions locales, maisons des adolescents...)
- le repérage et l'intervention en direction des familles en difficulté et des programmes de visites à domicile sans attendre que ces familles prennent l'initiative de faire appel aux services (« *outreach* ») ;
- l'importance accordée au rôle des pairs.

## Etat des lieux des politiques existantes

Un plan « santé de jeunes » a été lancé en 2008-2010.

Les politiques concernant la santé des enfants et des adolescents sont dispersées :

- Plusieurs plans périnatalité, depuis les années 70, ont permis de réduire considérablement les taux de mortalité périnatale en améliorant les suivis de grossesse, sécurisant les conditions de la naissance et développant des mesures d'accompagnement social favorables à la maternité.
- De très nombreux plans à thèmes ciblés. Citons entre autres : le Plan concernant les troubles du langage (2001), le Programme Asthme (2002), le Plan Saturnisme (2004), le Plan National Maladies Rares (2004 reconduit en 2011), le Plan Autisme (2005 reconduit en 2013), le Plan Périnatalité (2005-2008), le Plan National Nutrition Santé n°1 (2001) et n°2 (2006), la stratégie Tabac, Alcool, le Plan de prévention des accidents de la vie courante, le programme de lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles...
- La politique vaccinale est structurée autour du calendrier vaccinal
- Il existe un dispositif de structures publiques de prévention présentes sur tout le territoire : centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), Centres médico-psycho-pédagogiques (CMP), Maisons des Adolescents, Centres de dépistage Anonyme et gratuit (CDAG), Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST), dont les modalités d'actions sont sensiblement différentes d'une structure à l'autre, les responsabilités étant confiées soit à l'Etat soit aux collectivités territoriales.
- La santé scolaire, sous l'égide du ministère de l'éducation nationale, articulée autour d'une double mission de repérage et suivi des problèmes de santé des élèves, et d'éducation à la santé
- Les consultations de contraception et de planning familial

Des dispositifs destinés aux adolescents ont été mis en place pour répondre aux problématiques multifacettes rencontrées à cet âge :

- Maisons des adolescents, lieux polyvalents considérant la santé dans sa dimension physique, psychique, relationnelle, sociale, et éducative, avec une mission d'accueil, d'écoute et d'orientation dans le cadre d'un réseau de professionnels de santé, de l'action sociale, de l'éducation, de la justice.
- Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) dans les collèges, chargés de proposer et mettre en œuvre un projet d'éducation à la citoyenneté et à la santé, dont la sexualité et les conduites addictives, de prévention de la violence et de lutte contre l'exclusion, intégré au projet d'établissement

La période charnière de l'entrée dans l'âge adulte, soumise à la précarisation des conditions de vie et des jeunes en recherche d'emploi, tend à cumuler des facteurs de risque majeur pour la santé.

- Les missions locales sont un point de passage obligé des jeunes en insertion : le Conseil national des missions locales est engagé par une charte pour la santé depuis 2006 dont il serait utile de faire l'évaluation de l'application.

## Domaines à cibler

De nombreuses modalités d'actions sont en principe mobilisables, dans les divers domaines de la santé des enfants et adolescents.

Des projets ambitieux ancrés dans le milieu de vie et à l'école ont montré leur efficacité dans le domaine de la nutrition et l'activité physique (34). De nombreux travaux de recherche internationaux (35,36), ainsi que des analyses de l'OMS, montrent l'intérêt du milieu scolaire, tout particulièrement dans le domaine de la santé mentale, l'activité physique et nutrition. Les démarches efficaces visent le développement de compétences personnelles, et reposent sur une implication de long terme l'ensemble de l'établissement et des parents dans un projet commun (37). Les actions de prévention et de lutte contre les addictions ont également vocation à se concentrer sur cette période de la vie.

C'est sur l'ensemble des milieux de vie des enfants et des jeunes qu'il convient d'agir, et le HCSP préconise, dans un premier temps, de mettre l'accent sur le milieu scolaire (38,39). La santé est en effet une des conditions de la réussite de tous les élèves, parce que la santé est un enjeu social et citoyen de premier ordre (permettre à chaque citoyen de prendre en charge de façon autonome sa santé) et parce que l'école est un outil de prévention et de réduction des inégalités de santé.

A l'instar des autres pays d'Europe, et suivant les recommandations de la Commission sur les déterminants sociaux de l'OMS Euro, la France doit s'inscrire résolument dans une démarche de lutte contre les inégalités de santé prenant en compte le développement de l'enfant et la formation des jeunes (40).

## FICHE A2 : Addictions

### Introduction

L'addiction est une relation de dépendance plus ou moins aliénante pour l'individu, et plus ou moins acceptée voire parfois totalement rejetée par l'environnement social de ce dernier, à l'égard d'un produit (drogue, tabac, alcool, médicaments, etc.) ou d'une pratique (jeu, achat, sexe, Internet, etc.) (41). Plus récemment des possibilités ont été évoquées d'addiction à tout ou presque (travail ou *workaholisme*, sport, etc.). Peu d'éléments probants sont décrits encore pour les addictions aux pratiques, aussi appelées addictions sans substances.

Toute consommation de substance ne signifie pas qu'il y a addiction à cette substance. Médicalement, on distinguait différentes conduites de consommation telles que l'usage, l'usage nocif ou la dépendance (42), définies selon un ensemble de critères dans les classifications nosologiques internationales (CIM-10 ou DSM-IV). Dans le DSM-5 paru en mai 2013, le terme *addiction*, jugé trop imprécis, a été abandonné et remplacé par celui de **troubles de l'usage d'une substance** (43). De plus la distinction hiérarchique entre abus et dépendance a disparu au profit d'un continuum de sévérité du trouble de l'usage d'une substance selon une série d'une douzaine de critères (44).

Du fait de ses propriétés pharmacologiques, chaque substance a une propension différente à entraîner une dépendance chez un usager (45). Des facteurs de vulnérabilité ou de protection individuels et environnementaux multiples contribuent en outre à l'apparition et au développement de cette dépendance.

La plupart des données mentionnées ici concernent les consommations (tabac, alcool, drogues illicites), liée à un comportement d'addiction ou non, et leurs impacts sur la santé. Les usages les plus préoccupants concernent le tabac, les drogues illicites et l'alcool.

Les consommations de tabac et d'alcool sont les principaux déterminants de mortalité que ce soit par cancers, bronchopathies chroniques, maladies cardio-vasculaires, maladies digestives ou neurologiques.

L'importance de la mortalité attribuable au tabac – 73 000 morts par an (46) – ainsi qu'à l'alcool – de 20 255 (47) à 49 000 morts par an (48,49) selon les auteurs – est aujourd'hui parfaitement établie. Ces deux estimations ne peuvent s'additionner, car tabac et alcool sont cofacteurs de certaines pathologies.

### Etat des connaissances

#### **Consommation de tabac**

La France est un état à forte consommation de tabac parmi les Etats membres. En effet, 32% des hommes et 26 % des femmes sont des fumeurs quotidiens parmi les 17-75 ans en 2010. Les chiffres de consommations sont en augmentation, notamment le pourcentage de femmes qui fument, depuis 2010 (50).

En 2010, la consommation de tabac est responsable de 16 % des années potentielles de vie perdues (*Global burden of disease, 2010*) et 12 % de la mortalité totale en France est attribuable au tabac (14% en 2000 ; *Global burden of disease*).

Les principales causes de décès liées au tabac sont les cancers des poumons (9 sur 10 attribuables au tabac chez les hommes) ou d'autres organes (cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins,

cavités nasales, sinus, oesophage, estomac, foie, col de l'utérus et leucémie myéloïde), les maladies cardiovasculaires et respiratoires (51,52).

L'arrêt du tabac, en plus de ses bénéfices sur la mortalité totale globalement et sur celle liée aux maladies cardio-vasculaires et au cancer du poumon particulièrement, entraîne de façon constante une diminution des risques de survenue ou d'aggravation des pathologies associées au tabagisme (cancer broncho-pulmonaire, pathologies respiratoires et cardio-vasculaires, etc.) (53).

### **Consommation d'alcool**

Toute consommation d'alcool n'est pas synonyme d'une addiction à l'alcool mais peut le devenir, particulièrement chez les jeunes.

Avec ou sans addictions, l'alcool est un déterminant important de morbidités qu'il convient de prendre en compte, telles que les cirrhoses alcooliques ou divers cancers (54) (des voies aérodigestives, du foie ou cancers colorectaux, etc.).

Malgré une diminution de la consommation d'alcool depuis 1980, la France se situe en 2006 dans les dix plus gros consommateurs de l'UE (21<sup>ème</sup> rang dans l'UE27) avec une consommation moyenne de 12,5 litres d'alcool pur par personne supérieure à la consommation moyenne de l'UE27 (11 l en 2005) (50)<sup>4</sup>.

La prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool dans l'année est en augmentation depuis 2002 (29 % en 2002 ; 32 % en 2008) ; en 2008, 7,9 % de consommateurs sont à risque chronique et 23,7 % de consommateurs à risque ponctuel (50).

En 2010, la consommation d'alcool est responsable de 9,2 % des années potentielles de vie perdues (11 % en 2000) et 5,4 % de la mortalité totale en France est attribuable à l'alcool (6,4 % en 2000 ; *Global burden of disease*) (52). En 2009 en France, sur les 36 500 morts chez les hommes et 12 500 morts chez les femmes attribuables à l'alcool, 15 000 le sont par cancer, 12 000 par maladies circulatoires, 8 000 par maladies du système digestif, 8 000 de causes externes (notamment par accidents de la route) et 3000 par troubles mentaux et du comportement (49).

Des travaux ont pu montrer qu'une consommation modérée pouvait avoir quelques effets positifs sur la santé (55), mais ceux-ci pourraient être contrebalancés par les effets négatifs, en particulier en matière de cancer.

### **Usage des drogues illicites**

Parmi les drogues illicites, le **cannabis** reste de très loin la substance la plus consommée et les Français sont parmi les plus grands consommateurs de cannabis de l'UE (3<sup>è</sup> rang sur 26).

On définit l'usage régulier de cannabis par au moins 10 consommations au cours des trente derniers jours. Selon les données de l'OFDT, 6,5 % des jeunes se déclarent consommateur régulier de cannabis en 2011. Ceci représente une baisse depuis 2002, mais reste inquiétant.

L'expérimentation du cannabis reste à un niveau élevé (30,6 % en France par rapport à la moyenne européenne de 22%) pour les 15-64 ans en 2005.

Selon l'expertise collective de l'Inserm « Réduction des risques chez les usagers de drogues » (2010), la mortalité attribuable à la consommation de drogues illicites est difficile à évaluer. Mais on peut noter que la mortalité directe par overdose n'est pas particulièrement élevée en France (en 2006, 6,7 décès par million d'habitants) par rapport aux autres pays de l'UE (4<sup>e</sup> rang européen) (50).

---

<sup>4</sup> L'objectif fixé par la loi de santé publique était de réduire la consommation par habitant de 15 ans ou plus à 11,5 l pour l'année 2008.

Néanmoins, les dommages sanitaires en matière de morbidité sont particulièrement nets et reconnus. Il s'agit soit de dommages infectieux, soit plus généraux (état général, problèmes psychologiques ou psychiatriques), mais il est difficile dans ces derniers cas de faire la part des conséquences de l'usage de drogues ou d'autres conditions de vie.

En particulier, on note 40 à 60 % de comorbidités psychiatriques parmi des usagers de drogues (troubles de la personnalité, la dépression, les troubles anxieux et les troubles psychotique).

Il faut noter le nombre croissant d'accidents de la route en lien avec une prise de cannabis (56).

Les contaminations par VIH des usagers sont devenues marginales grâce à la politique de réduction des risques (seringues stériles, produits de substitution) mise en œuvre dans les années 90, et qui a entraîné également une baisse de la mortalité par overdose, ainsi qu'une disparition des attaques de pharmacie par les toxicomanes en état de manque. Il est donc très important de maintenir cette politique de réduction des risques et de développer les actions en faveur de la substitution.

### ***Comportements addictifs sans substance***

En plus des substances psychoactives citées ci-dessus, les jeux vidéo, les conduites alimentaires (anorexie, boulimie), les comportements compulsifs répétés, les achats compulsifs, les dépendances sexuelles et affectives, les dépendances sectaires et les dépendances à l'activité physique peuvent être considérés à l'origine de comportements addictifs. Ces addictions concernent une proportion relativement faible de la population (22). Il est encore difficile d'établir, à l'heure actuelle, l'importance de ces addictions en termes d'impact de santé publique.

## **Considérations générales**

A côté des arguments développés précédemment sur les trois addictions majeures (tabac, alcool, drogues illicites), il est important de noter les points suivants :

### ***1. La situation en termes d'inégalités de santé***

De nombreuses sources d'information indiquent que la consommation de tabac, d'alcool et de drogues est liée au niveau socio-économique.

Un gradient social est retrouvé vis-à-vis de la consommation de tabac : la consommation de tabac est la plus importante chez les ouvriers que celle des artisans, commerçants et chefs d'entreprises ; la consommation la moins importante est retrouvée chez les cadres et agriculteurs

Selon le rapport « La santé en France et en Europe : convergences et contrastes » du HCSP de 2012, l'écart de prévalence du tabagisme entre les différents niveaux d'éducation semble avoir augmenté durant la dernière décennie.

Ainsi, en 2010 en France, les fumeurs quotidiens étaient plus nombreux parmi les chômeurs (51%) que parmi les actifs occupés (33,4%) au même âge, quel que soit le sexe ou l'âge. La prévalence a augmenté entre 2005 et 2010 de façon plus importante parmi les chômeurs (+ 16%) que parmi les actifs occupés (+6%).

Les données concernant la consommation d'alcool abusive présentées dans ce rapport indiquent que les hommes ayant un faible niveau d'éducation (artisans-commerçants, agriculteurs et ouvriers non qualifiés en France en 2008) sont les plus touchés par le risque d'alcoolisation chronique (respectivement 22,5%, 18% et 17,9 %). On constate par contre un gradient social inverse chez les femmes.

Les usagers de drogues se caractérisent par une situation sociale plus précaire que celle de la population générale, que ce soit en termes de logement, de revenu d'emploi, ou de couverture

sociale. Parmi les usagers qui fréquentaient en 2008 les structures de réduction des risques, la moitié connaissait des conditions de logement instables. Un quart ne dispose d'aucun revenu licite et a recours à la mendicité, à des ressources illégales, à la prostitution et la moitié est affiliée à l'Assurance Maladie par le biais de la couverture maladie universelle (57).

## **2. La perception d'une demande sociale**

L'acceptation des mesures prises pour l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs démontre que malgré la difficulté du sujet, les préoccupations de santé sont croissantes dans la population et constituent un atout indéniable pour l'action des pouvoirs publics.

De la même manière, les Etats généraux de l'alcool en 2006 ont démontré que la perception des risques liés à la consommation d'alcool était forte.

Il pourrait sembler nécessaire également de prendre des mesures liées à la réduction des risques telles que la dépénalisation de l'usage, ou la mise en place de salle de consommation de drogues à moindre risque (« salles de shoot »), etc.. Ces mesures sont encore peu acceptées et encore très controversés contrairement à d'autres pays.

## **3. Le poids des enjeux économiques**

Le secteur économique du tabac, ne pouvant désormais nier les conséquences sanitaires du produit se place uniquement sur le terrain économique pour défendre ses intérêts (emploi, maintien du commerce de proximité des buralistes, etc.). En effet, lorsque le coût social du tabac (dépenses de santé, impôts non perçus, salaires non perçus, perte de productivité des entreprises, dépenses engagées pour les politiques de lutte contre le tabac, etc.) est comparé à toutes les sortes de gain généré par le tabac (recette fiscale, poids économique de la filière tabac, satisfaction monétarisée des fumeurs, etc.), l'analyse coûts-bénéfices est en défaveur du tabac à hauteur de 13,8 milliards d'euros (58).

Le secteur économique de l'alcool est évidemment très important dans notre pays (viticulture, restauration, exportation...). En 2006, le montant des investissements publicitaires pour les boissons alcoolisées représentait trois fois le budget annuel de l'Institut national de prévention de l'éducation pour la santé (Inpes) (59).

En ce qui concerne les produits illicites, l'économie souterraine pèse de manière considérable sur certaines zones du territoire.

Pour conclure sur le poids des enjeux économiques, selon le rapport de Pierre Kopp et Philippe Fenoglio, « *le résultat est clair, toutes les drogues coûtent plus cher à la collectivité qu'elles ne rapportent* » (60).

## **Plans et programmes en cours**

La position de la France en ce qui concerne la lutte contre le tabagisme est globalement marquée par la détermination des pouvoirs publics depuis le début des années 2000 (hausse de prix, campagne de prévention, avertissements sanitaires sur les paquets, interdiction de fumer dans les lieux collectifs, aide à l'arrêt). Il est très important de maintenir cette détermination

Un plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives a été adopté en septembre 2013 (2013 – 2017), proposant des mesures visant à la réduction de la consommation de tabac et d'alcool, de la toxicomanie et des addictions sans substance.

Ce plan repose sur trois axes :

- fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation ;



- prendre en compte les populations les plus exposées (les jeunes, les femmes, les populations éloignées des dispositifs de soin et de prévention) pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux ; le milieu professionnel est également mentionné ;
- renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.

Des mesures visant à impliquer des acteurs du milieu sportif, de sensibilisation du grand public et de lutte contre le trafic de produits dopants sont également développées dans le Plan de Prévention du dopage et du trafic des produits dopants 2011-2014 (Ministère des Sports - Avril 2011).

#### **Les autres ministères impliqués**

- Ministère de l'économie et des finances : taxes, circuits de distribution, buralistes
- Ministère de l'agriculture : viticulture, brassiculture...
- Ministère de l'éducation nationale
- Ministère de la Justice
- Ministère de l'Intérieur
- Premier ministre : MILDT (Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie)

Ceci montre le caractère incontournable d'une politique interministérielle concertée et cohérente. Pour cela, une priorisation de ce thème est un vecteur de visibilité et d'action, au-delà du seul domaine sanitaire.

#### **Actions envisageables**

L'ensemble des mesures à prendre doit viser à la réduction des pratiques liées à l'addiction. Cette politique de lutte contre les addictions doit être menée de façon interministérielle, compte-tenu de la diversité des secteurs impliqués.

Cependant le HCSP rappelle que les mesures ciblant les pratiques liées à l'addiction doivent être distinguées de celles ciblant les usages simples (par exemple : consommation occasionnelle non excessive d'alcool).

Selon une méta-revue de la littérature, les interventions les plus efficaces contre la consommation de tabac sont celles menées par des professionnels, avec fixation d'une date d'arrêt et prescription d'une substitution nicotinique. Cela suppose la formation de professionnels et l'utilisation d'outils adaptés. Les différentes formes d'aide au sevrage sont considérées coût-efficaces. Les hausses de prix du tabac ont un effet sur la consommation totale, mais sans véritable impact sur l'initiation tabagique et la consommation des gros fumeurs (61). Chez les plus jeunes, la réduction de l'accès à l'achat des mineurs, le rôle des pairs, les interventions multifacettes en milieu communautaire ont démontré une efficacité sur l'initiation tabagique (62).

En matière de prévention de l'alcoolisme, l'augmentation des prix et l'augmentation de l'âge minimum légal d'achat ont également un impact sur l'alcoolisme des jeunes. De nombreuses interventions, de type universel, en milieu scolaire et en population générale, via le développement des compétences psychosociales des jeunes et de leur entourage, ont montré leur efficacité. L'intérêt d'interventions fournissant un feedback individuel normatif sur le profil de consommation est également à noter (63).

Plusieurs actions peuvent être engagées, entre autres :

- Actions d'éducation à la santé concernant les effets de la consommation d'alcool et de tabac
- Diminuer l'entrée dans le tabagisme, en particulier chez les jeunes, et éviter et que la consommation d'alcool ne se transforme en pratique addictive, notamment chez les jeunes.



- Améliorer et rendre plus accessible la prise en charge (pratiques de repérage et d'aide à l'arrêt) des personnes alcoolo-dépendantes par les médecins généralistes et du travail, notamment pour les jeunes consommateurs.
- Inciter à l'arrêt du tabac et l'accompagner efficacement.

Enfin, toutes ces mesures doivent prendre en compte la dimension des inégalités sociales de santé et ne doivent pas contribuer à creuser les écarts, tant au niveau des consommations que de leurs effets sur la santé, entre les différentes catégories socioprofessionnelles.

## FICHE A3 : Cancer

### Introduction

Le cancer est un groupe de pathologies caractérisées par un phénomène biologique commun de prolifération anarchique de cellules conduisant au développement de tumeurs. En France, il s'agit à la fois de la principale cause de mortalité, de l'une des causes majeures de mortalité « évitable », et de la principale cause d'inégalités sociales en termes de mortalité. C'est un enjeu majeur de santé publique. Après les Plans Cancer 2003-2007 et 2009-2013, le 3<sup>ème</sup> Plan Cancer sera rendu public très prochainement.

### État des connaissances<sup>5</sup>

Le cancer est responsable de plus de 148 000 décès par an en France. Entre 2004 et 2008, il s'agit de la première cause de mortalité chez l'homme (33% de l'ensemble des décès masculins) et de la deuxième cause de mortalité chez la femme (24% de l'ensemble des décès féminins). Le cancer est la première cause de mortalité prématurée (avant 65 ans) dans les deux sexes. Ainsi, entre 2004 et 2008, il représente 38% des décès masculins et 47% des décès féminins.

Les principales localisations sont, en termes de mortalité, le cancer du poumon (42,3 pour 100 000 chez l'homme, 9,9 chez la femme), le cancer du sein chez la femme (17,2 pour 100 000), le cancer colorectal (14,4 pour 100 000 chez l'homme, 8,3 chez la femme) et le cancer de la prostate chez l'homme (12,6 pour 100 000).

L'existence de disparités géographiques importantes de la mortalité par cancer en France est démontrée par différentes études, avec globalement un gradient Nord-Sud en défaveur des régions du Nord et des écarts maximum allant de -14% (Midi-Pyrénées) à +30% (Nord-Pas-de-Calais) par rapport à la moyenne chez l'homme.

En termes de morbidité, la situation en France est marquée par une augmentation globale de l'incidence des cancers (+14% chez l'homme et +17% chez la femme entre 1995 et 2005) concomitante à une diminution globale de la mortalité (-17% chez l'homme et -8% chez la femme entre 1994-98 et 2004-08). Ces évolutions, résultant des fluctuations de l'incidence et de la létalité des cancers (elles-mêmes influencées par l'exposition aux facteurs de risque, les pratiques diagnostiques et de dépistage, les progrès thérapeutiques et modalités de prise en charge) ainsi que du vieillissement de la population, connaissent cependant de fortes variations entre les types et les localisations des cancers. Les comparaisons européennes placent la France au 27<sup>ème</sup> rang sur 27 pour les hommes et au 21<sup>ème</sup> rang sur 27 pour les femmes (du plus favorable au moins favorable) (50). Quatre localisations comptent pour plus de la moitié de l'incidence des cancers en France : la prostate (19,8% des nouveaux cas de cancer en France), le sein (15,3%), le colon et le rectum (11,7%) et le poumon (9,8%).

Compte tenu de l'implication de certains facteurs de risque vis-à-vis desquels une prévention primaire est possible et/ou de l'existence de possibilités de dépistage, une partie des cancers est considérée comme « évitable ». On estime ainsi à plus de la moitié des décès par cancer (soit 80 000) le nombre de décès évitables qui peuvent faire l'objet de mesures de prévention. Les décès liés à ces cancers sont la principale composante de la mortalité prématurée évitable, dont le taux en France est le plus élevé des pays européens pour les hommes et le troisième pour les femmes (65).

---

<sup>5</sup> Sauf mention spécifique, les données citées sont celles fournies par l'INCa (64).

Le tabac<sup>6</sup>, en particulier, est en grande partie responsable de ce taux chez les hommes, et les politiques menées jusqu'à présent ne parviennent pas à faire régresser la prévalence de sa consommation – constat partagé par la Cour des comptes (66) et l'Assemblée Nationale (67). La France est l'un des pays européens où la consommation de tabac est la plus importante et où l'augmentation a été la plus marquée entre 2007 et 2011, notamment chez les jeunes et les femmes (68). Cette hausse est deux fois plus élevée chez les chômeurs que chez les actifs, et la consommation de tabac est marquée par un très fort gradient social (9). Concernant l'alcool, si on constate une diminution de l'alcoolisme chronique liée à la consommation de vin (9), celle-ci s'est ralentie depuis 2005 et les disparités en fonction de la catégorie professionnelle sont importantes.

Enfin, le cancer en France est une pathologie dans laquelle les inégalités de santé sont très marquées par rapport aux autres pathologies et par rapport aux autres pays européens. On constate des disparités en fonction du territoire, du niveau d'étude, de la catégorie professionnelle et de l'âge. Le cancer est la pathologie qui contribue le plus fortement à la surmortalité des hommes sans diplôme par rapport aux titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme supérieur : sa part était de 40% chez les hommes de 30 à 64 ans entre 1990 et 1996. Les inégalités les plus fortes sont observées pour les cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures (30).

## État des lieux des politiques menées

Les évaluations des Plans Cancer 1 et 2 (à mi-parcours) faites par le Haut Conseil de la santé publique (69,70) permettent de faire les constats suivants :

- Les principaux facteurs de risque et de protection sont connus dans la population : très connus le tabac (98% de la population connaît les dangers du tabac (71) : le problème n'est pas celui de la connaissance du risque mais du comportement face au risque), relativement bien connus pour l'alcool et pour l'exposition au soleil, assez connus pour l'alimentation et l'activité physique.
- La connaissance des facteurs de risque est cependant très inégale et toujours marquée par un gradient social (niveau de revenu, niveau d'études, nature de l'activité professionnelle).
- L'efficacité des mesures de prévention prises depuis près de 10 ans a été d'autant moins marquée que les facteurs de risque sont importants. Ainsi, les progrès ont été notables pour l'exposition solaire, la nutrition ou l'activité physique. En revanche, la politique de prévention n'a pas produit les effets attendus pour la consommation tabagique.
- La politique de lutte contre le tabac conduite en France depuis 2004 est un échec. L'effet a été même contraire à celui attendu pour les catégories sociales défavorisées qui ont augmenté leur consommation durant les dernières années. Cet échec doit amener à reconsidérer cette politique.
- La généralisation des dépistages est un acquis des Plans Cancers 1 et 2. En revanche, les taux de participation comme les taux de couverture sont encore en deçà des taux nécessaires à leur efficacité et à la réduction des inégalités.
- Pour les tumeurs ne rentrant pas dans le cadre d'un dépistage organisé, la situation est contrastée. Le dépistage du cancer du col, qui n'est généralisé et organisé qu'à titre expérimental dans certains départements, est l'objet de grandes inégalités sociales. Ces inégalités peuvent se renforcer en raison des difficultés d'accès aux consultations de gynécologie. Le dépistage du cancer de la prostate est lui largement pratiqué sans que son utilité ait été démontrée.

---

<sup>6</sup> Cf. partie « Addictions » pour un état des lieux détaillé de la consommation de tabac et d'alcool.

- La tendance favorable observée sur la survie des cancers devrait se poursuivre. Des gains doivent pouvoir être obtenus dans certains cancers de pronostic encore très péjoratif ou chez les personnes de plus de 75 ans.
- Comme le souligne également le dernier rapport de l'INCa (64), les inégalités de santé liées au cancer, priorité du Plan Cancer 2, restent importantes dans notre pays. Ainsi, même si des projets de recherche ont été financés (95 depuis 2009), le problème des inégalités n'a été que partiellement abordé et demeure une priorité.

Il est rappelé en outre que le cancer est une thématique articulée avec beaucoup d'autres, et concernée par le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017, le Programme National Nutrition Santé 2011-2015, le Plan national santé environnement 2009-2013 (et son successeur en cours d'élaboration) et le Plan Santé au Travail 2010-2014.

### **Domaines à cibler**

Les actions préventives ou curatives qui pourraient être initiées ou renforcées de façon à améliorer la situation française sont nombreuses.

Le troisième Plan Cancer est à ce jour en cours d'élaboration. Les objectifs d'action bientôt portés par ce plan sont donc déterminés selon un processus propre. Le HCSP a formulé ses recommandations dans la contribution adressée au Pr Jean-Paul Vernant en vue de la rédaction de son rapport préparatoire au troisième Plan Cancer, qui décline les priorités du président de la république (72).

## FICHE A4 : Santé mentale

### Introduction

La « santé mentale » couvre un éventail de réalités multiples allant des troubles mentaux sévères, handicapants et chroniques, à la souffrance psychosociale au travail et au sentiment de bien-être mental (73).

Les représentations sociales de la folie conduisent encore une partie du grand public à associer les troubles mentaux à la violence et à des faits divers médiatisés (malgré leur rareté), ou à un problème médical (74). Pour les personnes qui en souffrent et leurs proches, à l'inverse, ces troubles se caractérisent par leur retentissement majeur sur tous les aspects de la vie : sociale, familiale, professionnelle, citoyenne, etc. que la notion de handicap psychique retenue par la loi du 11 février 2005 (75) a contribué à mieux reconnaître. Ils font encore l'objet d'une stigmatisation (76), sont fréquemment source d'exclusion sociale et s'associent à d'autres types de vulnérabilité et marginalité.

De plus, les spécificités des troubles mentaux, en particulier lorsqu'ils s'accompagnent d'une altération des facultés de jugement, soulèvent des questions éthiques de prise en charge et nécessitent une organisation et un encadrement particulier des soins psychiatriques, qui garantisse notamment le respect des droits des personnes et l'accès de tous à des soins sûrs et de qualité.

Pour l'ensemble de ces raisons, la santé mentale focalise une attention politique forte (en témoigne le nombre important de rapports dont elle a récemment fait l'objet), et suscite de fortes attentes de la population<sup>7</sup>, ainsi que du monde professionnel et des usagers<sup>8</sup>. L'appréhension de ce champ est cependant rendue complexe par la diversité de points de vue et d'écoles qui le traverse.

### État des connaissances

Si en termes de mortalité, les troubles mentaux n'occupent pas une place de premier rang parmi les causes principales de décès en France, la notion de décès attribuable à de tels troubles n'est pas facile à appréhender. Cette cause est souvent sous-jacente à d'autres causes de décès : morts violentes, décès liés à un épisode d'alcoolisation aiguë... occupant une place importante en France par rapport aux autres pays de l'Europe de l'Ouest. Les troubles mentaux sont en tout cas un facteur de risque majeur de suicide (74,78). Celui-ci est la deuxième cause de décès chez les 15-44 ans après les accidents de la route, et correspondait en 2001 à 8% du total des années potentielles de vie perdues cette année-là. Au-delà de cette tranche d'âge, l'ensemble de la population est concernée, puisque 8% de celle-ci a déjà fait une tentative de suicide au cours de sa vie et 2% présenterait un risque suicidaire élevé (15). Avec 14,7 pour 100 000 habitants, la France serait, selon des comparaisons internationales à examiner avec précaution compte tenu des différences de mesure, parmi les pays européens les moins bien placés (79). Le risque de tentative et la mortalité par suicide présentent de surcroît de fortes disparités socioprofessionnelles en défaveur des ouvriers, employés et agriculteurs (80).

Le poids des troubles mentaux est majeur en termes de morbidité : la dépression, en particulier, était en 2004 la première cause d'années vécues en incapacité (YLD) et de perte d'années vécues en

<sup>7</sup> Selon un sondage réalisé en 2009, 79% des personnes interrogées estimaient que la santé mentale devait devenir un objectif de santé publique : enquête IPSOS/SIG « Les Français et la santé mentale » in (77).

<sup>8</sup> En 2012, plusieurs associations et fédérations ont constitué un collectif en faveur de la désignation de la santé mentale et des troubles psychiques comme grande cause nationale en 2014.

bonne santé (DALY) dans les pays à revenu élevé (81). Ce poids des troubles mentaux s'explique d'abord par leur prévalence importante : 5,8% à 12% pour la dépression (74,76,82) et 13% pour le trouble anxieux généralisé (74), pour citer les plus fréquents. De façon cumulée, et en incluant les addictions, une revue systématique de la littérature a estimé à 27% la part de la population européenne adulte affectée par au moins un trouble mental dans les 12 mois précédents (83). Parmi ces personnes, un tiers souffrirait de plus d'un trouble : facteur de gravité (84), la comorbidité entre les troubles mentaux est particulièrement élevée. Les difficultés de mesure (85) et surtout le faible nombre d'enquêtes en population (*a fortiori* répétées dans le temps) rendent difficiles une vision dynamique de la prévalence de ces troubles, et de valider l'hypothèse d'une augmentation (86). En revanche, des études internationales font état de prévalences supérieures des troubles anxieux et dépressifs en France par rapport aux autres pays européens (87). Au-delà des troubles psychiatriques, la détresse psychologique (qui appelle des réponses différentes) a un taux de 27% dans la population française, ce qui situe la France dans la moyenne des pays européens, de la même façon que les indicateurs de santé mentale positifs (88).

Outre les incapacités et les altérations de la qualité de vie, le poids des troubles mentaux s'explique également par leurs liens avec les affections somatiques. Les troubles anxieux et dépressifs, par exemple, augmentent significativement le risque de maladie cardiovasculaire (ainsi que d'autres maladies) et en diminuent les chances de guérison (89). Les troubles mentaux sont fréquemment associés à la consommation de substances, dont l'alcool et le tabac, qui entraînent leurs propres conséquences sanitaires, sachant qu'une partie des troubles mentaux et du comportement est à l'inverse imputable aux drogues (84). Des affections somatiques comme les maladies chroniques ou engageant le pronostic vital peuvent elles-aussi retentir sur la santé mentale des individus. Les douleurs chroniques, en particulier celles associées avec les troubles musculo-squelettiques peuvent s'accompagner de troubles mentaux et rendre leur guérison plus tardive, de même que certaines douleurs peuvent traduire un trouble anxieux dit « somatoforme » et être très handicapantes.

L'importance des troubles mentaux s'exprime également au travers de la consommation de soins qui lui est consacrée : en France, avec 22,6 milliards d'euros (incluant les pathologies psychiatriques diagnostiquées motivant une hospitalisation ou une ALD – des troubles sévères, donc – ainsi que la consommation de psychotropes en présence ou non d'un trouble mental), soit 16% du total des dépenses, la santé mentale a mobilisé en 2011 des ressources importantes de l'Assurance Maladie (90). En cohérence avec les prévalences de troubles anxieux et dépressifs élevés, il faut noter ici le fait que la consommation française de médicaments psychotropes (dont les antidépresseurs et anxiolytiques sont largement prescrits par les généralistes) est parmi les plus élevées des pays européens, cette consommation étant en partie à l'origine de situations de pharmacodépendance, potentiellement à risque (92). À ces dépenses s'ajoutent le coût de la prise en charge sociale et médico-sociale par l'État et les collectivités territoriales et les coûts indirects reportés en partie sur les patients et les familles (perte de productivité, perte de qualité de vie), l'ensemble représentant une dépense « informelle » cinq fois supérieure (93). Au total, d'après la Cour des Comptes, le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à quelque 107 milliards d'euros par an en France, un montant comparable à ceux constatés dans les pays voisins (94). L'Organisation Internationale du Travail estime, elle, à 3 ou 4% du PIB le coût des problèmes de santé mentale dans les pays de l'Union Européenne (95).

La prévalence des troubles mentaux est marquée par un gradient social : la probabilité d'être atteint d'un trouble sévère ou de dépression varie avec la situation sociale, les niveaux les plus élevés étant observés chez les personnes vivant les situations les plus précaires. Même si ces liens sont à considérer avec prudence (96), les troubles mentaux peuvent tout à la fois être des facteurs de risque et des conséquences (comme, plus largement, la souffrance psychique) de l'exclusion sociale. Cela doit conduire à prendre en compte les besoins de façon différenciée : si l'on considère le cas extrême des sans-abri, par exemple, un tiers d'entre eux souffriraient de troubles psychiatriques sévères (97). Plus largement, l'impact professionnel des troubles n'est significativement pas le même

selon la catégorie socioprofessionnelle des personnes (98). De même, il faut noter l'importance des relations entre troubles mentaux et violence, elles sont complexes, et les personnes atteintes sont parfois victimes, parfois responsables de ces violences (99). D'autre part, le lien entre santé mentale et délits pose la question de l'importance de la prévalence de troubles mentaux dans la population des détenus (100), appelant une prise en charge appropriée.

Face aux besoins, le système de santé français se caractérise par des difficultés et des inégalités d'accès aux soins. Seulement un tiers des personnes atteintes de troubles mentaux fréquents (comme la dépression) ont recours au système de santé et les retards au diagnostic pour les troubles même sévères (psychoses troubles bipolaires) sont importants. On constate un manque de collaboration entre médecine générale et psychiatrie (94). Largement sollicités en première ligne, les généralistes adressent moins souvent leurs patients aux spécialistes que dans les autres pays européens (101). On relève des difficultés de communication et d'information avec les secteurs psychiatriques, et les délais d'attente pour un avis spécialisé sont parfois trop longs (102). Les secteurs, unités structurantes historiques de l'offre de soins spécialisés, se caractérisent par d'importantes disparités tant de moyens que de nature de l'offre et de recours aux soins (103). Malgré le taux de psychiatres le plus élevé en Europe, on observe de très fortes disparités départementales (avec un rapport de 1 à 10 entre les extrêmes), et à une échelle inférieure une très forte concentration urbaine, favorisant des inégalités d'accès aux soins (104). Les psychologues, dont la prise en charge n'est pas remboursée, peinent à trouver leur place (101). Si des progrès ont été fait en matière de prise en charge (équipes mobiles, développement des alternatives, etc.) l'offre de soins et d'accompagnement est encore loin répondre aux besoins (105). Le cloisonnement des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux demeure un obstacle à la continuité de la prise en charge. L'offre de soins privée, tout en s'étant spécialisée dans certains types de prises en charge comme les troubles de l'humeur, est considérée comme complémentaire de l'offre publique et privée à but non lucratif. Elle connaît cependant une répartition territoriale disparate (106). Dans le domaine de la pédopsychiatrie, qui dispose d'une organisation spécifique, on constate une augmentation du nombre de patients pris en charge (correspondant à un élargissement du périmètre d'action des troubles mentaux vers les questions de santé mentale (106)), avec des difficultés d'accès aux soins traduits par des délais d'attente importants avant une première consultation. La détection des troubles est considérée comme trop tardive en France (107).

## État des lieux des politiques menées

Malgré une incitation au plus au niveau, le Conseil de l'Union Européenne invitant les États membres à « faire de la santé mentale et du bien-être une priorité » (108), la France peine aujourd'hui à assumer des orientations fermes au niveau central (109). Longtemps élément structurant du système de prise en charge, le secteur psychiatrique s'est vu fragilisé par la loi HPST qui instaure un échelon territorial différent (110,106). Malgré un nombre important de rapports sur la santé mentale et la psychiatrie depuis 2000, les constats récurrents peinent à se concrétiser dans des réformes et des stratégies d'action : une difficulté qui pourrait s'expliquer par le caractère inadapté des propositions faites, les réticences et le manque d'incitation à aborder le sujet, l'inertie du monde professionnel ou encore le manque de volonté politique (106).

Sur la période récente, la politique nationale en matière de santé mentale est marquée par :

- La définition de quatre objectifs portant sur des affections psychiatriques dans la loi de santé publique de 2004 (111) ;
- Le Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 : évalué par le HCSP, sa conception générale a été jugée pertinente, il s'est traduit par un effort significatif d'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins (bien qu'encore partiel et à poursuivre). Il a également conduit à des progrès en matière d'accompagnement social, grâce aussi à la loi handicap de 2005.



- Le Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 : on manque aujourd'hui de visibilité sur le suivi de la mise en œuvre de ce plan (qui devait notamment faire l'objet d'une conférence annuelle), dont la conception a été critiquée par la Conférence nationale de santé (s'interrogeant sur les modalités de concertation préalable des acteurs, la prise en compte des évaluations antérieures et le caractère opérationnel de sa mise en œuvre) (112).

## Domaines à cibler

La conception des politiques de santé mentale fait l'objet de recommandations internationales (113) et de préconisations dans les nombreux rapports produits au niveau national. Parmi les principes d'action régulièrement cités figurent :

- Une politique nécessairement intersectorielle (impliquant le système de santé pour les soins, le système médico-social et social, l'emploi, le logement et l'enseignement pour l'inclusion sociale) pensée à toutes les étapes de prise en charge (prévention, promotion, soin, suivi, réinsertion) ;
- Des actions de proximité et des prises en charge dans la communauté, selon une organisation territoriale permettant à la fois des soins intégrés et un accès équitable et performant à l'offre de premier recours ;
- La lutte contre la stigmatisation et la discrimination, dans une perspective plus générale de promotion de la santé mentale et de changement de l'image sociale des troubles mentaux dans la cité ;
- Des actions visant particulièrement les populations les plus précaires (amélioration du diagnostic, de la prise en charge, attention à la population carcérale...) ;
- L'implication des usagers et des aidants et la mobilisation de tous les acteurs concernés, notamment les élus.

Parmi les aspects structurels, la redéfinition de l'offre de premier recours apparaît comme fondamentale. La place du secteur psychiatrique doit être précisée, de même que le rôle du médecin généraliste. La réorganisation des acteurs autour du parcours de la personne, de façon à prévenir et réduire les ruptures, à favoriser la continuité et le décloisonnement des secteurs, fait de la santé mentale un domaine d'action typique pour la stratégie nationale de santé.

Il convient également de mettre en cohérence les initiatives des opérateurs, tels que la HAS, qui s'est fixé fin 2013 des objectifs sur 3 ans, ou l'ANAP qui a elle aussi défini des axes de travail (114,115). La prise en compte de l'impact sur la santé mentale des politiques publiques hors secteur de la santé est en outre déterminante.

La moitié des troubles mentaux se déclarent avant l'âge de 14 ans (116). Compte tenu de leur impact sur les apprentissages et, à terme, l'insertion professionnelle, il est indispensable d'organiser la prévention et le dépistage précoce de ces troubles, grâce notamment à un accès au dispositif de la petite enfance et à la médecine scolaire. Dans le cas des troubles du comportement en particulier, le support à la parentalité et les actions en milieu scolaire ont fait l'objet d'évaluations.

Dans le domaine de la recherche, plusieurs axes stratégiques se dégagent :

- Développement du secteur : actuellement, seul 2% de l'investissement en recherche médicale concerne la santé mentale, soit 1% de la dépense annuelle en psychotropes ou 0,3% de la dépense annuelle en hospitalisation (117) ;
- Amélioration des connaissances en épidémiologie descriptive par des enquêtes en population sur échantillons représentatifs, comme le baromètre santé pour la dépression ; suivi des personnes de manière longitudinale pour étudier l'évolution des troubles et les facteurs qui modifient leur impact sur la trajectoire de santé, sociale et professionnelle des personnes ;



- Mobilisation de champs disciplinaires multiples : épidémiologie, génétique, neurosciences, sciences humaines et sociales ;
- Évaluation de l'efficacité et de l'efficacité des prises en charge ainsi que des organisations, notamment des expériences novatrices.

## FICHE A5 : Santé des personnes âgées

### Introduction

Alors qu'il n'existe pas *stricto sensu* de définition de la personne « âgée » en dehors des seuils juridiques de départ à la retraite ou d'accès à diverses prestations sociales, l'évolution de la fréquence des pathologies et de la perte d'autonomie conduit à déplacer un seuil couramment utilisé jusqu'ici de 65 ans vers les plus de 75 ans, le terme de « grand âge » caractérisant les personnes de plus de 85 ans.

La santé des personnes âgées comporte certes pour une grande partie des manifestations pathologiques, mais indépendamment de la maladie, le vieillissement entraîne des déficiences et des incapacités fonctionnelles, ainsi que des désavantages dans la vie quotidienne. Le concept de « fragilité », résultante d'une réduction multi-systémique des réserves fonctionnelles entraînant un état d'instabilité physiologique, explique chez certaines personnes âgées la réduction des capacités de leur organisme à répondre à un stress, même mineur, induisant un risque de décompensation fonctionnelle, de perte d'autonomie, d'institutionnalisation et de décès.

La prévention et la compensation de ces différentes composantes de l'avancée en âge sont des éléments essentiels pour la promotion d'un vieillissement réussi.

### Etat des connaissances

#### *Démographie*

Sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom, la population vieillit. D'après les estimations de l'INSEE, les plus de 75 ans qui étaient 5,2 millions en 2007 (8,9% de la population) seront 11,9 millions en 2060 (16,2% de la population) et les 85 ans et plus passeront de 1,3 à 5,4 millions. A partir de diverses sources de données, la CNAMTS a estimé que, en 2010, le nombre de personnes dépendantes de plus de 60 ans s'élevait à 1,5M, sur un effectif total de 14,3 M de personnes (118). Selon les estimations de la DREES (scénario intermédiaire pour la France métropolitaine), le nombre de personnes dépendantes bénéficiaires de l'APA doublerait d'ici 2060 pour passer de 1,15 million de personnes à 2,3 millions (119).

#### *Mortalité, espérances de vie*

La France fait partie des pays où la mortalité est faible et connaît même les taux de mortalité les plus bas pour les femmes. En 2013, l'espérance de vie (EV) à la naissance atteint 78,7 ans chez les hommes et 85 ans chez les femmes (respectivement 5,1 et 3,2 années de plus qu'en 1994). L'espérance de vie à 60 ans est de 27,3 ans pour les femmes en 2013, soit 2,3 ans de plus qu'en 2000, et de 22,7 ans pour les hommes, soit 2,3 ans de plus qu'en 2000. L'espérance de vie à 65 ans en France est la plus élevée d'Europe, pour les hommes comme pour les femmes.

Il faut souligner cependant, après avoir progressé parallèlement à l'espérance de vie totale entre 1990 et 2003, l'espérance de vie sans incapacité évolue moins vite depuis une dizaine d'années. Comme le montre la part grandissante du nombre d'années à vivre avec une limitation, une incapacité ou une déficience (120). Ainsi, à 65 ans, les troubles fonctionnels courants occupent en moyenne les 2/3 des années restant à vivre, cette part augmentant avec l'âge (28).

### ***Morbidité liée aux pathologies***

En 2010, les personnes âgées de 65 ans et plus, résidant à leur domicile privé, sont 65%, à déclarer avoir une maladie chronique *versus* 40 % pour les 40-69 ans. Ce pourcentage augmente régulièrement avec l'âge et est similaire à tous les âges chez les hommes et les femmes. Hors maladies des dents et troubles de la réfraction, les personnes âgées de plus de 65 ans déclarent, en moyenne, 6 affections chroniques un jour donné. Les maladies cardiovasculaires sont les plus fréquemment déclarées, avec pour la moitié d'entre elles l'hypertension artérielle. Ensuite viennent les affections ostéo-articulaires, les maladies de l'appareil digestif, les maladies de l'appareil respiratoire, les troubles psychiques et les traumatismes et autres causes externes de morbidité (27). Le nombre de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer est estimé en 2010 à partir des données de la cohorte PAQUID, ainsi que sur des données d'enquêtes européennes (EURODEM) à 754 000, soit 7,9% de la population des plus de 65 ans (121).

Enfin, la place de la pathologie cancéreuse est à rappeler, presque un tiers des cas de cancers survenant chez les personnes âgées de plus de 75 ans, avec des fréquences de survenue des différentes localisations différentes selon l'âge (122). En 2011, 211 743 nouveaux cas de cancers sont estimés chez les personnes âgées de 65 ans et plus, soit près de 58 % des cancers estimés tous âges confondus. En 2011, 106 301 décès par cancer sont estimés chez les personnes âgées de 65 ans et plus, soit 72 % de la totalité des décès par cancer observés en France. Les cancers du poumon, puis du côlon-rectum, de la prostate et du sein représentent près de 44 % de l'ensemble des décès des personnes âgées de 65 ans et plus (123).

En 2012, environ 50% des admissions en affections de longue durée (ALD) concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus : 24,8 % concernaient les tumeurs malignes, 15,5 % « Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires ou congénitales graves », 14,5% le diabète, 9,7% la « maladie d'Alzheimer et autres démences » et 8,9 % la maladie coronaire (124).

La dépression est l'un des problèmes de santé mentale les plus communs chez le sujet âgé. Elle concerne 12 à 30% des plus de 65 ans, et peut atteindre 40% en institution (125). Non ou mal traités, les troubles dépressifs diminuent la durée de vie, augmentent le risque somatique, le recours aux soins et à l'hospitalisation. C'est une cause importante de perte d'autonomie et d'institutionnalisation. Le suicide est l'une des trois principales causes de décès de la personne âgée, avec le cancer et les maladies cardio-vasculaires. En 2006, on répertoriait 10 423 décès par suicide dont près d'un tiers chez les plus de 60 ans. Chez les plus de 85 ans la prévalence du suicide est de 40/100 000 habitants, soit deux fois supérieure à celle des 25-44 ans (14).

### ***Incapacités / qualité de vie / dépendance***

Les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité sont très fréquentes chez les personnes âgées et leur prévalence augmente avec l'avancée en âge. Ainsi, en 2008, 25 % des 60 ans et plus vivant en ménages ordinaires déclarent au moins une limitation physique absolue, c'est le cas de 52% à 80 ans et plus<sup>9</sup>. Les limitations cognitives graves touchent 14% des 60 ans et plus et 26 % des 80 ans et plus. Les personnes concernées par des restrictions des activités instrumentales de la vie courante sont nettement plus nombreuses, respectivement 18% et 44% des deux classes d'âges (126).

Les personnes dépendantes<sup>10</sup> représentent 2,7 % des personnes de 60 à 79 ans. 90 % ont des limitations fonctionnelles physiques qui les empêchent de réaliser au moins une des activités instrumentales de la vie courante. Les problèmes cognitifs touchent 60% des personnes dans ce groupe. Un tiers d'entre elles sont de plus dans l'incapacité d'assurer des actes quotidiens essentiels comme faire sa toilette (126).

### ***Consommation de soins***

Les données de la CNAMTS indiquent que 33% des personnes de 75 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois en 2010 (au moins une fois en urgence pour 44% d'entre elles) pour une durée moyenne de 12 jours (127).

Le taux d'hospitalisation en secteur MCO des sujets de plus de 75 ans a augmenté au cours de la dernière décennie, les plus de 75 ans représentant 23% des séjours et 37% des équivalents-journées en 2008 (128). Sous les effets conjugués du vieillissement démographique et de pratiques de soins plus actives chez les plus de 75 ans, on constate une augmentation de la part de cette tranche d'âge dans les files actives hospitalières des secteurs MCO.

La médicalisation accrue des personnes âgées est à l'origine d'autres sources de déséquilibre liées au déracinement du milieu de vie consécutif aux hospitalisations, ou les accidents iatrogènes : d'après l'enquête ENEIS 2009, les patients ayant subi un événement indésirable grave sont en moyenne plus âgés de 8 ans que les autres (129). Les coûts humains et financiers font de l'amélioration de la prescription médicamenteuse du sujet âgé un enjeu de santé publique. En moyenne, 7 molécules différentes sont délivrées au moins 3 fois par an aux personnes de plus de 75 ans (127).

## **Inégalités sociales et territoriales**

Aux inégalités d'espérance de vie liées à la catégorie socioprofessionnelle, viennent s'ajouter de fortes inégalités de la part d'espérance de vie sans incapacité, qui s'observent aux différents âges, et constituent la « double peine » des catégories les moins favorisées. Ainsi, dans la tranche d'âge des 50-60 ans, les ouvriers ont encore 9 ans à vivre sans limitation fonctionnelles contre 12 pour les professions les plus qualifiées (130). Dans cette même tranche d'âge, les limitations des activités de soins de la vie courante qui sont déjà présentes, prennent une part plus importante de l'espérance de vie totale chez les ouvriers que dans les autres professions (130) et montrent la nécessité de prendre en compte précocement les facteurs de survenue de ces limitations.

---

<sup>9</sup> C'est-à-dire qu'elles sont dans l'impossibilité de réaliser au moins un des actes mettant en œuvre des fonctions physiques telles que marcher, monter/descendre un escalier, lever le bras, porter un sac, etc.

<sup>10</sup> La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 définit la dépendance comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière ».

## **Viellissement normal et pathologique, dépendance, déterminants**

Le processus de vieillissement s'engage très tôt dans la vie et s'accompagne d'un déclin de toutes les fonctions physiologiques et cognitives, qui n'a de conséquences cliniquement perceptibles qu'à partir d'un certain seuil, avec une importante variabilité intra- et interindividuelle. La détection à un stade précoce de la « fragilité » (131) permet d'envisager des interventions pour éviter l'incapacité, en retarder la survenue, ou en diminuer les conséquences (par l'aménagement du logement, la pratique d'une activité physique, etc.).

L'allongement régulier de l'espérance de vie se conjugue avec les attentes de notre société pour maintenir le plus tard possible dans la vie les capacités, les performances, la qualité de vie et l'autonomie. Le concept de « vieillissement réussi » (132), introduit à la fin des années 80, repose sur une faible probabilité de survenue de maladies chroniques, de bonnes capacités intellectuelles et physiques, un engagement social actif, et comporte des dimensions physiques, psychiques et sociales. L'approche du parcours de vie (« *life course approach* » (133)) vise à promouvoir un vieillissement en bonne santé et retarder l'émergence de la fragilité et des maladies chroniques. Elle intègre les différentes composantes biologiques, sociales, cliniques, psychologiques et environnementales qui interagissent le long de la vie de l'individu, y compris les expériences précoces de la vie.

Des facteurs modifiables ont montré leur association avec un vieillissement réussi ou leur capacité à réduire les effets du vieillissement (132). Ainsi, limiter avec l'avancée en âge la réduction de la masse maigre (musculaire principalement) et l'augmentation de la masse grasse s'accompagne d'une meilleure autonomie dans les activités de la vie quotidienne, d'une meilleure vitesse de marche et d'une survie allongée. Ceci peut s'obtenir par l'hygiène alimentaire et des activités physiques adaptées, régulières et variées, des interventions multiples pouvant être engagées dès la naissance jusqu'aux âges les plus avancés (134–136).

Le recours aux soins et la qualité des soins délivrés sont aussi un facteur majeur d'optimisation du vieillissement (137), à condition d'éviter la iatrogénie. L'association de plusieurs maladies chroniques conduit en effet à multiplier les prescriptions médicamenteuses avec un risque iatrogène élevé (l'excès de traitement, la prescription inappropriée ou l'insuffisance de traitement).

Plus globalement le dépistage et la prise en charge précoces des pathologies chroniques fréquemment associées au vieillissement s'accompagnent d'une amélioration du pronostic des patients sans être nécessairement synonyme de vieillissement réussi.

## **Coût (138,139)**

Pour l'année 2010, le coût de la dépendance a été estimé, dans une hypothèse haute, à plus de 34 milliards d'euros, parmi lesquels le secteur public couvre environ 70 % de la dépense, soit environ 24 milliards d'euros (1,3 % du PIB). Les personnes âgées ou leurs familles supportent le reste du coût de la perte d'autonomie, soit 10,4 milliards d'euros (30 % des dépenses totales). Ces dépenses se décomposent en 8,2 milliards de « reste à charge » liés aux frais d'établissement et 1,5 milliard dans le cadre de l'APA, le reste étant lié au ticket modérateur dans le cadre des remboursements de l'Assurance maladie. Des travaux utilisant les données de l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) de 2008 et la méthode des biens proxy, prenant comme salaire le SMIC horaire, ont conduit à une estimation de 7,4 milliards d'euros pour l'aide à la vie quotidienne apportée par l'entourage aux personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus vivant à domicile. Si l'on intègre le temps consacré à la surveillance, à la supervision d'activités réalisées par les personnes dépendantes ou au soutien moral, le montant s'élève alors à 15 milliards d'euros.

## Etat des lieux des politiques menées

*Le plan national bien vieillir (2007-2009) s'était inscrit dans la logique du vieillissement réussi, s'engageant pour un véritable changement des mentalités avec une action située en amont de la maladie et du soin curatif. Son évaluation par le HCSP a montré que si le plan n'a pas pu tenir ses promesses, il a cependant contribué à initier une démarche prenant en compte prévention et parcours de vie et à développer des dispositifs intersectoriels. Toutefois cette démarche ne devrait pas se limiter au domaine médical mais doit être élargie au champ médico-social. Elle interroge sur la place de la personne âgée dans la société, dans une perspective intergénérationnelle ; elle a vocation à agir sur le parcours de vie, au plus tôt, et l'environnement de la personne âgée (140).*

*Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011).*

La transition épidémiologique marquée par l'avènement des maladies chroniques appelle une « transition sanitaire », cherchant à adapter le système de santé à des besoins nouveaux, comme la coordination au long cours de multiples intervenants dans la prise en charge des patients. Le vieillissement est en effet l'âge de la vie où il est nécessaire, pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de plusieurs pathologies et déficiences chroniques, d'optimiser le passage d'une médecine d'organe à une offre de services multidimensionnelle qui engage une plus grande articulation entre soins curatifs et soins de support, tels que la prise en compte de la qualité de vie pendant la maladie chronique, l'accompagnement de la fin de vie, les conditions de décès ...

***De nombreux plans à thèmes de pathologies ont été développés et concernent directement ou non les personnes âgées :***

- Plan Alzheimer (2008-2012),
- Plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes (2010-2012),
- Plan d'actions national AVC (2010-2014),
- Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014),
- Programme national nutrition santé (2011-2015) ;
- Plan psychiatrie et santé mentale (2011-2015),
- Plan cancer 2009-2013
- Plan national maladies neurodégénératives, en cours de préparation

Le programme PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) coordonné par la HAS (2013 - ) se donne pour objectifs, en augmentant la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées, d'améliorer, sur un plan individuel, leur qualité de vie et celle de leurs aidants, et sur un plan collectif, l'efficacité de leur prise en charge dans une logique de parcours de santé. Il s'appuie sur le financement de projets pilotes, organisés sur une base territoriale, pour développer une « coordination clinique de proximité » auprès de la personne à domicile et un « plan personnalisé de santé » sous la responsabilité du médecin traitant, une coordination territoriale d'appui aux professionnels de proximité, interface avec les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire pour les professionnels de proximité, et une mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux pour la gestion des transitions ville-hôpital-EHPAD.

Enfin, le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, en cours de préparation, vise à intégrer la problématique du vieillissement et de la prévention de la perte d'autonomie des personnes avançant en âge dans une démarche multisectorielle de politique interministérielle.

## Domaines à cibler

La prise en charge des personnes âgées malades ou handicapés s'inscrit dans un environnement médico-social, elle interroge sur la place de la personne âgée dans la société, dans une perspective intergénérationnelle; elle a vocation à agir sur l'environnement de la personne âgée, sans médicaliser systématiquement toutes les difficultés survenant au grand âge. A cet égard, l'adaptation de la société à l'évolution de nos âgés doit s'engager sans négliger dans une perspective « vie entière » de prévention des incapacités et des maladies chroniques, en accordant toute son importance aux personnes en situation de fragilité, et aux personnes les plus dépendantes, tout particulièrement à travers un parcours de soins et de santé plus humain, plus lisible, mieux en lien avec les familles et mieux accessible .

## Actions possibles

Plusieurs actions peuvent être envisagées :

- Prévenir la survenue de pathologies chroniques et cela bien avant l'âge du vieillissement
- Assurer un soutien et une prise en charge lorsque c'est nécessaire dans le cadre d'une prévention tertiaire, avec l'aide et l'accompagnement d'un personnel dédié (disease manager)
- Recommander une hygiène de vie, en particulier dans le champ de l'activité physique et de l'alimentation
- Changer le regard de la société sur le vieillissement

## III. Domaines d'action à ne pas négliger

Nos propositions ne doivent pas être perçues comme des priorités supplémentaires mais comme des domaines d'action ne devant pas être négligés.

En croisant les cinq domaines prioritaires d'une part avec les catégories dans lesquelles se classent les objectifs de la loi de 2004 (9), d'autre part avec la liste des plans nationaux de santé publique actuellement développés (141), des champs a priori non couverts par ces domaines ont été identifiés.

Les objectifs de la loi de santé publique de 2004, dans l'analyse produite par le HCSP en 2010, comportait 27 rubriques (142). Parmi celles-ci, les suivantes ne figurent pas en tant que telles dans les cinq domaines énoncés :

- Santé et travail (partiellement pris en compte dans le thème cancer, pour les expositions professionnelles)
- Santé et environnement (très partiellement pris en compte dans le thème cancer, pour le risque lié au radon)
- latrogénie (en partie pris en compte dans le thème des personnes âgées)
- Douleur (en partie dans cancer)
- Maladies infectieuses, sauf vaccination (jeunes et personnes âgées)
- Maladies chroniques et qualité de vie à l'âge adulte
- Déficiences et handicap
- Atteintes sensorielles de l'adulte

Les plans nationaux de santé publique en cours de développement en 2013, non couverts par les cinq thématiques, sont :

- Plan Obésité et Programme national nutrition santé (en partie pris en compte dans les priorités jeunes et personnes âgées)
- Plan national santé environnement PNSE2 et 3 (pris en compte pour le risque radon dans la priorité cancer)
- Plan de santé au travail 2014 (pris en compte dans la priorité cancer pour les expositions professionnelles)
- Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (avec une partie pouvant concerner le risque sexuel chez les jeunes)
- Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux »
- Plan national maladies rares
- Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (plan d'actions stratégiques)
- Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins
- Plan Greffe
- Programme national pour la sécurité des patients

D'autres plans concernent la gestion de situations d'urgence :

- Plan national anti-dissémination chikungunya – dengue en métropole
- Plan blanc et Plan Blanc élargi
- Plan grand froid – plan hiver
- Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale »
- Plan national canicule

Ce recensement permet ainsi de mettre en lumière un certain nombre de domaines qui devront être néanmoins pris en compte dans la stratégie nationale de santé.

Le HCSP souhaite insister sur plusieurs domaines parmi ceux-ci, dont il s'est saisi dans le cadre de ses travaux antérieurs, et qui ont vocation à être pris en considération :

- ***La lutte contre les inégalités de santé, et particulièrement contre les inégalités sociales de santé***
- ***Le rôle de l'environnement sur la santé, et plus particulièrement, la réduction de la pollution atmosphérique***
- ***Les maladies chroniques***
- ***La politique vaccinale***
- ***La sécurité des patients***

Une courte fiche de problématique est proposée pour chacune de ces thématiques à ne pas négliger. Le HCSP est disposé à approfondir les éléments exposés et se met à la disposition de Mme la ministre pour mener des travaux ultérieurs qui s'avèreraient nécessaires.

\*\*\*

Le HCSP poursuit ses réflexions, dans le cadre de la première saisine de Madame la ministre, en vue de définir un nombre restreint d'objectifs à atteindre dans le cadre des cinq priorités, à 5 ans et à 10 ans.

Il poursuit aussi sa réflexion dans la recherche de certains indicateurs pouvant au mieux représenter de manière régulière l'état de santé de notre pays, et il souhaite aussi poursuivre une réflexion sur la faisabilité de tableaux de bord qui pourraient se décliner régionalement.



## **FICHE B1 : Faire de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé un domaine d'action à part entière**

Le HCSP souligne l'importance de considérer la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé comme un domaine d'action explicite de la Stratégie Nationale de Santé. Plusieurs arguments justifient de soutenir cette proposition.

### **1- Les inégalités sociales et territoriales persistent ou s'accroissent**

Les données épidémiologiques concordent pour montrer la persistance, voire l'accroissement des inégalités sociales et territoriales de santé en France, contrastant avec l'amélioration du niveau moyen de l'état de santé. Les données citées en référence ne sont pas détaillées, elles sont postérieures au rapport du HCSP de 2009 et ne font que confirmer l'ampleur du problème (143–148).

Est-il nécessaire de rappeler que la France occupe une position particulièrement défavorable en Europe en matière d'inégalités sociales de mortalité (149) et de recours aux soins (150) ?

---

Un récent rapport sur ce sujet en Europe (151) note que « *Dans trois pays— Belgique, France et Hongrie — les inégalités régionales se sont accrues en ce qui concerne la mortalité infantile, l'espérance de vie à la naissance, à 50 et 65 ans* ».

---

### **2- La France n'est guère mobilisée et très moyenne sur ce terrain en Europe**

Dans ses propositions pour une Stratégie nationale de santé et pour une nouvelle loi de Santé Publique (152), le HCSP notait que « *L'environnement européen est peu pris en compte.* »

L'Union européenne s'est engagée dans la réduction des inégalités sociales de santé. Le programme de santé publique de l'UE (2008 - 2013) met l'accent sur les inégalités de santé et les déterminants sociaux de la santé. Il souligne l'importance des déterminants de la santé liés au mode de vie ainsi que des déterminants sociaux et environnementaux.

Le rapport européen de 2013, à l'issue de son bilan, note que « *la lutte contre les inégalités sociales de santé doit rester une priorité* » (151). Il classe les pays européens en trois groupes, en fonction de leurs politiques pour la réduction des inégalités sociales de santé. Dans le groupe 1 sont classés des pays qui ont une démarche active pour la réduction des inégalités sociales de santé au niveau national ou régional ou un objectif explicite de réduction des inégalités sociales de santé. Dans ce groupe se trouvent le Danemark, la Finlande, l'Irlande, les Pays-Bas, la Norvège, la Slovénie et le Royaume-Uni. La France fait partie du groupe 2, avec une réponse variable, sans politique nationale explicite, mais avec des initiatives régionales de réduction des inégalités sociales de santé. Les autres pays de ce groupe sont la Belgique, la Bulgarie, la Croatie, la République Tchèque, l'Estonie, l'Allemagne, l'Islande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, la Pologne, le Portugal, l'Espagne et la Suède. La France est donc en position intermédiaire, avec un engagement réel mais qui reste limité, alors que les inégalités sociales de santé se situent à un niveau élevé.

### **3- Cet objectif est considéré comme prioritaire dans plusieurs rapports du HCSP**

L'importance donnée à l'insertion dans la loi de cet objectif explicite est la première recommandation d'un rapport du HCSP (30).

---

« *Proposition 1 - Insérer dans la loi de santé publique un objectif de réduction des inégalités sociales de santé visant explicitement le gradient social des états de santé* »

---

La formulation proposée de cet objectif est la suivante, déclinée en un objectif général et les objectifs spécifiques de mise en œuvre :

*Objectif général*

*Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.*

*Objectifs spécifiques*

*- réduire le gradient social et territorial des états de santé en agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé ;*

*- réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins. »*

---

L'importance à donner à l'équité est renouvelée dans un avis du HCSP sur la Stratégie nationale de santé en 2013 (152).

---

*« 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. »*

*« 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. »*

---

Le rapport du HCSP insiste sur la nécessité d'un objectif explicite, en raison de l'ampleur de la réflexion sur les interventions et les politiques publiques à mettre en œuvre pour cet objectif (30).

Décliner les objectifs et les indicateurs sans engagement explicite ne suffirait pas à soutenir les efforts que cet objectif implique. Un rapport de l'IGAS sur cette question invite également le gouvernement à se doter d'une stratégie nationale de réduction des inégalités sociales de santé (153).

#### **4- Il s'agit d'une priorité affichée au niveau régional. Le HCSP recommande une mise en harmonie des politiques nationales et régionales**

Le HCSP note que « la cohérence du dispositif d'ensemble au niveau national est incertaine » et souligne (152) :

---

*« 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. »*

---

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est une priorité fixée aux agences régionales de santé. Elle est soulignée dans les deux premiers plans cancer et les inégalités sociales de santé ont été fortement réaffirmées comme une priorité pour le Plan Cancer 3. La réduction des inégalités sociales de santé justifie pour l'IGAS la définition d'une stratégie nationale coordonnée et apparaît comme un objectif central dans la Stratégie nationale de santé (153,154).

Fixer la réduction des inégalités sociales de santé comme un objectif d'action national renforcerait la cohérence des politiques régionales et nationales.

## 5- Les arguments en faveur de cet objectif restent solides

La santé en tant que bien commun et le droit à la santé sont affirmés dans de nombreux textes fondateurs. Il y a un impératif d'équité à considérer les inégalités sociales de santé. C'est une des fonctions de l'État de veiller à la santé de la population. L'accès aux soins et à la santé fait partie des droits de la personne humaine et ce droit est affirmé dans de nombreux textes fondateurs de notre pays.

Le principe « de protection de la santé » trouve sa source dans le 11<sup>ème</sup> alinéa du préambule de la Constitution de 1946 : « *La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ». Ces principes ont été réaffirmés par plusieurs textes et institutions : Constitution française de 1958 ; Comité Consultatif national d'éthique ; Commission nationale consultative des droits de l'homme ; Charte de l'environnement de 2004. Au regard de ces textes, la santé et ses inégalités pourraient apparaître dans le futur comme un enjeu de cohésion sociale.

D'un point de vue économique, la santé est à considérer comme un capital humain et son amélioration est un élément de nature à favoriser la croissance économique. Le fait que la santé ait été incluse dans les critères d'efficacité économique par l'Union européenne à Lisbonne participe de cette logique. Ces arguments ne sauraient être en eux-mêmes la raison d'une mobilisation contre les inégalités sociales de santé, mais permettent de ne pas considérer la lutte contre les inégalités sociales de santé comme un fardeau économique supplémentaire.

L'évolution des inégalités sociales de santé dans notre pays, malgré un système de protection sociale développé, montre que le fait de ne pas se fixer explicitement la réduction des inégalités sociales de santé comme un objectif propre a pour conséquence leur persistance, voire leur accroissement. La période actuelle de crise économique est un argument supplémentaire pour inscrire cette priorité dans les objectifs de santé de notre pays et éviter une aggravation.

## Conclusion

On ne peut que reprendre la conclusion du rapport du HCSP de 2009 : « **La France est aujourd'hui à un tournant de son histoire vis-à-vis de cette question. La volonté d'agir a été affirmée, elle s'est traduite jusqu'à présent par des initiatives isolées. Elle doit maintenant se traduire par une politique globale et explicitement orientée vers ce problème, et par la définition d'une démarche structurée, associant différents programmes complémentaires et coordonnés** » (30).

Ce qui sous-tend le choix des thématiques prioritaires retenues (addiction, cancer, santé mentale) est le fait qu'elles touchent prioritairement des populations en situation de défaveur sociale. Ne pas considérer les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé comme des enjeux à part entière risque de compromettre toute efficacité dans le traitement de ces problèmes. Si la santé des jeunes de 0 à 25 ans est retenue, c'est qu'agir au plus tôt dans le cycle de vie permettra d'améliorer la santé des personnes à l'âge adulte et de limiter la reproduction des inégalités de santé.

Seule une affirmation claire de l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé peut permettre la mise en place de politiques coordonnées, qui ne peuvent pas être définies seulement secteur par secteur.

Si la réduction des inégalités sociales de santé est seulement considérée comme un axe transversal, le risque est de voir cet objectif se diluer et réduit à quelques projets ou interventions sectorielles limitées. Sur plusieurs enjeux de santé publique, le rapport Cordier notait que sur les plans conceptuels et théoriques beaucoup de choses ont été écrites, mais que le passage dans les faits reste insuffisant. C'est notamment le cas des inégalités sociales de santé.

Certes, idéalement, la réduction des inégalités sociales de santé est un objectif que l'on doit retrouver dans toutes les politiques y compris sanitaires, mais il s'agit d'une orientation récente des politiques de santé, et une période d'engagement et de réflexion spécifique est nécessaire. On a ainsi pu noter que dans les plans cancer, si la réduction des inégalités sociales de santé était un objectif explicitement affirmé, les réalisations concrètes restaient rares. De même, la liste des chantiers de la Stratégie Nationale de Santé ne fait pas de place aux inégalités sociales de santé. Or une politique efficace, nécessite de coordonner les politiques sectorielles et de réfléchir aux grandes orientations de la politique de santé. Par exemple, si l'on a montré que la réduction des inégalités sociales de santé passait par la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, on a montré également que le système de santé lui-même contribuait à la construction de telles inégalités. Un tel enjeu dépasse donc les possibilités de travailler domaine par domaine et nécessite un pilotage en tant que tel, qui ouvre la possibilité de définir de grandes orientations sur le système de soins, les parcours de santé ou encore la protection sociale. Définir un domaine d'action à part entière est donc une étape nécessaire pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, car c'est un objectif relativement nouveau dans la stratégie des politiques de santé, qui mérite à ce titre une telle prise en compte, même si, à terme, il a vocation à être transversal.

## **FICHE B2 : La pollution atmosphérique et ses impacts sur la santé : un enjeu de santé publique non résolu**

Les expositions environnementales sont des déterminants importants de l'état de santé de la population. Parmi elles, les expositions à la pollution atmosphérique, relativement bien décrites, n'évoluent plus depuis une dizaine d'années, après des progrès importants jusqu'à la fin des années 90. Parce que ses effets sur la santé ont un impact important sur l'espérance de vie et un coût économique élevé, parce qu'elle constitue un facteur d'inégalités de santé, et parce qu'une marge de progression importante peut être attendue si des mesures efficaces sont prises, la pollution atmosphérique doit être considérée comme un domaine d'action à ne pas négliger.

L'évaluation par le HCSP du deuxième Plan national santé-environnement (PNSE2) a mis en évidence que, parmi les nombreux domaines couverts, celui de la pollution atmosphérique ne montrait pas d'évolution notable depuis 10 ans, en particulier en milieu urbain. Des dépassements réguliers des valeurs réglementaires de polluants comme les particules fines, les oxydes d'azote et l'ozone s'observent dans de nombreuses villes françaises. Près de 12 millions de français ont vécu au cours de l'année 2011 dans des zones ne respectant pas les valeurs limites annuelles relatives aux particules fines (155). Cette situation a entraîné un contentieux avec les communautés européennes.

Dans la loi sur l'air de 1996 la pollution atmosphérique est définie comme « l'introduction par l'homme, directement ou indirectement, dans l'atmosphère et les espaces clos, de substances ayant des conséquences préjudiciables de nature à mettre en danger la santé humaine ». Elle est mesurée dans le cadre des réseaux de surveillance de la qualité de l'air à l'aide d'indicateurs qui sont les polluants les plus représentés : dioxyde de soufre, oxydes d'azote, ozone, PM10, PM2,5, composés organiques volatils. Un très grand nombre d'études épidémiologiques récentes ont confirmé qu'elle était responsable d'une augmentation de la morbidité et de la mortalité, notamment pour affections respiratoires et cardiovasculaires (156). L'étude européenne APHEKOM 2012 (157) coordonnée par l'InVS, qui a été réalisée dans 25 villes européennes et portait sur 29 millions d'habitants, a clairement mis en évidence les effets sanitaires et économiques de la pollution atmosphérique urbaine, en particulier dans les 9 villes françaises de l'étude (158). Ces dernières représentent 12 millions d'habitants dont la moitié en région parisienne. Elle montre que pendant la période 2004-2006 étudiée, ces 9 villes ont présenté des valeurs de particules et d'ozone supérieures aux valeurs guides recommandées par l'OMS. Par exemple, pour les PM2,5, les valeurs moyennes variaient de 14 à 20 µg/m<sup>3</sup> alors que la valeur guide OMS est de 10 µg/m<sup>3</sup>. Ces dépassements de la valeur guide OMS pour les particules fines (PM2,5) dans les 25 villes européennes étudiées se traduisent chaque année par 19 000 décès prématurés dont 15 000 pour causes cardiovasculaires. Cette mortalité est la sanction finale d'une morbidité variée, à court et long termes (cancer du poumon, infarctus du myocarde, crises d'asthme ...). Le coût de ces dépassements a été évalué à 31,5 milliards d'euros qui pourraient être économisés en diminuant les dépenses de santé, l'absentéisme, et les coûts associés à la perte de bien être, de qualité et d'espérance de vie. Le gain moyen d'espérance de vie à l'âge de 30 ans a été calculé si les niveaux moyens annuels étaient ramenés à 10 µg/m<sup>3</sup>. Il serait par exemple en France de 7,5 mois à Marseille, la ville la plus polluée parmi celles considérées, et entre 5 et 5,8 mois à Strasbourg, Lille, Lyon, Paris et Bordeaux (158).

Malgré la mise en œuvre du Plan particules et des nombreuses actions du PNSE1 (2004-09) et du PNSE2 (2009-13) visant à la réduction des émissions de polluants dans l'air, la qualité de l'air ne s'est pas améliorée depuis les dix dernières années, comme l'a montré le HCSP lors de l'évaluation du PNSE2.

Des polluants comme les particules ultrafines telles que les particules Diesel et les oxydes d'azote se retrouvent en concentration beaucoup plus élevée à proximité des rues et des routes à fort trafic

automobile avec un impact sanitaire important en terme de maladies chroniques dont elles favorisent le développement directement ou indirectement. C'est en particulier le cas pour l'asthme et la bronchite chronique. Le fait d'habiter à proximité de grands axes routier serait responsable de 15 à 30% des cas d'asthme de l'enfant, de 10 à 35% des cas de BPCO et des maladies coronariennes chez les adultes de plus de 65 ans (158). Par ailleurs, le CIRC a classé les particules Diesel (2012) et globalement la pollution atmosphérique (2013) comme cancérigène certain (groupe 1) à partir d'études épidémiologiques récentes confortées par les études expérimentales. Les mesures de l'évolution de la pollution atmosphérique en France au cours des 10 dernières années montrent que si certains polluants comme le dioxyde de soufre ont fortement diminué, ce n'est pas le cas des PM<sub>10</sub> et des PM<sub>2,5</sub>, ni des oxydes d'azote, qui restent stables voire augmentent pour les oxydes d'azote. Ces derniers sont dans la région parisienne deux fois plus élevés que le seuil réglementaire, particulièrement près des axes routiers. Cette situation est très inégalitaire, les dépassements touchant essentiellement les riverains des grands axes routiers (135 jours sur le périphérique, 192 jours sur l'autoroute A1). La pollution atmosphérique contribue ainsi aux inégalités socio-territoriales de santé, même si la situation varie d'une agglomération à l'autre en France.

Le maintien de niveaux élevés de concentration de ces particules exige un plan d'urgence pour la qualité de l'air qui doit associer l'Etat et les collectivités locales. Les messages sanitaires et comportementaux diffusés lors des pics de pollution sont insuffisants pour faire évoluer cette situation, ce qui est réaffirmé par tous les rapports d'expertise publiés depuis des années, dont le récent rapport du HCSP (159) ; et pourtant la gestion de la qualité de l'air en France continue à reposer sur des approches à court terme démontrées comme inefficaces et illusoire. Pour cette raison, la France est sous la menace justifiée de lourdes pénalités de l'Union européenne pour non respect des valeurs limites de la Directive sur la qualité de l'air. La France s'expose à une amende d'au moins 11 M€ et à des astreintes journalières d'au moins 240 000 €/jour soit près de 100 M€ par an (160). Cette sanction pourrait aboutir en 2014 si aucune action n'est mise en œuvre pour améliorer la situation. La France fait aussi l'objet de demandes d'information de la part de la Commission européenne pour non-respect des valeurs limites de concentration de dioxyde d'azote. L'épisode récent de pollution aux particules fines dans la région parisienne, le plus grave depuis 2007, montre qu'il est nécessaire d'agir pour préserver la population soumise à ces nuisances, en particulier les plus vulnérables.

Des approches visant à diminuer le niveau moyen de pollution atmosphérique, avec pour objectifs d'atteindre des valeurs de 15 µg/m<sup>3</sup> en PM<sub>2,5</sub> et 25 µg/m<sup>3</sup> de PM<sub>10</sub> d'ici 2020 (158), auraient plus d'impact sur la santé de la population que la mise en œuvre de mesures visant à réduire les pics de pollution. L'exemple européen où près de 100 villes ont pu faire baisser efficacement le niveau de pollution atmosphérique, notamment par des mesures s'inspirant des ZAPA (Zones d'Action Prioritaires pour l'Air), devrait être suivi en France.

Ces approches nécessitent de prendre des mesures fortes de régulation par des plans de déplacement urbain, avec des objectifs chiffrés à court et moyen terme. Par ailleurs, des mesures devraient être prises concernant les écoles et les crèches proches de grands axes routiers pour une protection des enfants des méfaits sanitaires de la pollution atmosphérique, facteur d'aggravation des pathologies respiratoires de la petite enfance et potentiellement responsable d'une fraction non négligeable de l'asthme infantile.

## FICHE B3 : Maladies chroniques

### Définition

La définition transversale de la maladie chronique retenue par le Haut Conseil de la santé publique (161) est caractérisée par :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- une ancienneté minimale de 3 mois, ou supposée telle ;
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins d'un des 3 éléments suivants :
  - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,
  - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,
  - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social (162).

Les maladies chroniques regroupent à tous les âges de la vie un grand nombre d'affections et de situations cliniques : des maladies comme les maladies respiratoires chroniques (bronchites chroniques, l'asthme), les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète, les affections ostéo-articulaires, les pathologies neurodégénératives (sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson...), les maladies psychiatriques mais également des maladies rares (mucoviscidose, drépanocytose, myopathies, etc.), des maladies transmissibles persistantes (infection par le VIH,, hépatite C, etc.), les douleurs chroniques et les conséquences de certains actes chirurgicaux (163).

La fréquence de ces affections chez l'adulte jeune ou d'âge moyen justifie d'en faire un axe prioritaire en complément des 5 axes prioritaires déjà retenus.

### Importance du problème

Les maladies chroniques sont devenues un véritable enjeu de société pour plusieurs raisons : leur importance croissante dans la population et leur coût direct ou indirect (ex : arrêt de travail). De plus, un certain nombre d'entre elles peuvent être prévenues par un mode de vie sain (ne pas fumer, faire de l'exercice régulièrement, avoir une alimentation équilibrée) ou le contrôle de certains facteurs connus pour en être des déterminants (poids, pression artérielle, glycémie, cholestérol et triglycérides pour citer les plus importants). Elles ont des conséquences importantes en termes de complications, de handicap, de qualité de vie, d'insertion sociale et professionnelle, et de mortalité prématurée.

En 2010, si 68,1 % des personnes de plus de 15 ans se considèrent en très bon ou en bon état de santé, globalement 38,2% des personnes de 15 ans et plus déclarent être atteintes d'au moins une maladie ou problème de santé chronique (20,9% entre 16 et 39 ans, 40,3 % entre 40 et 64 ans et 64,8 % à 65 ans et plus ; les déclarations les plus nombreuses concernent les troubles de la vue, les affections ostéoarticulaires, les maladies circulatoires, endocriniennes et métaboliques, respiratoires, etc.) (27,164).

Le nombre de personnes concernées en France par ces situations est élevé, que l'on adopte un point de vue épidémiologique (prévalence estimée lors d'enquêtes) ou bien sanitaire (patients justifiant des soins lourds ou prolongés et reconnus comme tels (ALD) par l'Assurance maladie. On peut estimer à 9,2 millions le nombre total de personnes en ALD sur l'ensemble de la population en 2011 (6.1 millions entre 20 et 75 ans) – données qui ne comptabilisent pas les formes bénignes de



maladies chroniques ou les patients décédés de leur pathologie avant d'être inscrit en ALD. Ainsi par exemple :

- diabète : 2,4 millions de malades en métropole selon l'étude ENTRED 2007-2010 (dont 2,2 millions de diabète de type 2) avec 1,770 millions de malades en ALD au 31 décembre 2009 ; ces estimations sont en forte croissance pour les ALD ;
- affections cardio-vasculaires, qui regroupent en particulier :
  - o 1,15 millions de malades en ALD 12 (l'hypertension artérielle sévère, soit une part des 31 % de personnes de 18 à 74 ans estimées pour 2006-2007 selon l'étude ENNS) ;
  - o 871 000 personnes en ALD 13 (insuffisance coronarienne, responsable de 319 000 admissions par an) ;
  - o 630 000 personnes en ALD 5 (incluant l'insuffisance cardiaque, soit la moitié des 2,2 % estimés en population générale).
- maladies respiratoires : prévalence de 3 millions de cas de bronchite chronique et 3,5 millions de cas d'asthme ; par ailleurs 320 000 personnes en ALD 14 (insuffisance respiratoire chronique grave) fin 2009 ;

En termes de coûts (90) le premier poste de dépenses remboursées par l'assurance-maladie est constitué des pathologies psychiatriques et la consommation de psychotropes (22.6 Milliards € en 2011), le deuxième regroupe le diabète et les autres facteurs de risque vasculaire (15.7 milliards €), le troisième est constitué des maladies cardiovasculaires (14.7 milliards €), très proche des coûts du cancer (14.5 milliards €).

## Des inégalités sociales marquées

La plupart des facteurs de risque en cause dans la survenue des maladies chroniques (tabagisme, hypertension artérielle, consommation excessive d'alcool, hypercholestérolémie, surpoids...) sont l'objet d'une distribution inégale selon le statut social des personnes (165) ; c'est aussi le cas des facteurs psychosociaux : capacité à se soigner et à participer à des actions de prévention, statut social relatif, intégration sociale, au même titre que la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'étude et de revenus, le patrimoine et le logement.

Toutefois, la distribution sociale des maladies chroniques en France est mal connue du fait de la caractérisation médiocre des différentes composantes du statut social dans les grandes bases de données médico-administratives.

Les inégalités de recours aux soins contribuent à diminuer la survie une fois la maladie déclarée. Les inégalités de recours aux soins ambulatoires ont diminué au cours de la dernière décennie mais demeurent significatives en 2008, reflétant surtout des inégalités de consommation de soins de spécialistes (166).

Dans son évaluation du plan sur la qualité de vie des maladies chroniques, Le HCSP a souligné que la problématique des inégalités sociales dans le parcours de soins ou l'insertion socioprofessionnelle des patients n'avait pas été intégrée. Il a rappelé la nécessaire vigilance qui doit être portée à l'accès des patients les plus marginalisés aux services collectifs ou aux nouveaux dispositifs. Ainsi, les dispositifs d'accès à l'information, à l'éducation thérapeutique, aux prestations handicap ont pu renforcer les inégalités faute de dispositions particulières pour les populations précaires ou défavorisées.



## Propositions d'actions<sup>11</sup> :

La transition épidémiologique marquée par l'avènement des maladies chroniques appelle bien une transition sanitaire mais aussi économique et sociale, cherchant à adapter le système de santé à des besoins nouveaux, comme la coordination au long cours de multiples intervenants dans la prise en charge des patients. Cette adaptation est rendue difficile par le caractère encore largement spécialisé de l'offre de soins qui valorise la spécificité de chaque affection. Il faut aussi considérer que des affections très différentes par leur cause et leur expression peuvent conduire à un retentissement similaire pour les malades dans leur vie quotidienne, dans la durée, en termes de déficiences et incapacités.

Le HCSP insiste sur la nécessité d'aborder les maladies chroniques de façon transversale, plutôt que pathologie par pathologie et donc de fixer, dans la loi, des orientations et des objectifs sur des thèmes tels que :

- Le parcours de santé des personnes atteintes de maladie chronique.
- L'intégration de l'approche sanitaire et sociale.
- L'organisation et l'articulation des soins de premier, deuxième et troisième recours.
- La formation des professionnels de santé.
- Le diagnostic et la prise en charge précoces de ces maladies.
- L'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des personnes et de leurs proches ou de leurs aidants naturels.
- La lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins préventifs et curatifs.

Une partie des maladies chroniques sont accessibles à la prévention et/ou au traitement. Cela justifie les efforts supplémentaires à réaliser concernant le dépistage et les actions de prévention. Enfin, une prise en charge globale et optimisée des personnes atteintes de maladies chroniques est nécessaire afin d'éviter ou de retarder la survenue des complications et la perte d'autonomie.

## Etat des lieux des politiques menées

De nombreux plans nationaux de santé publique concernent des maladies chroniques. Rappelons que près de la moitié des 100 objectifs de la LSP de 2004 concernent des personnes atteintes de maladies chroniques.

La qualité de vie des patients est devenue une préoccupation des pouvoirs publics avec l'inclusion dans la loi de santé publique de 2004 d'un Plan stratégique pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Il avait pour objectif de répondre aux besoins communs à l'ensemble des personnes atteintes de maladies chroniques. Les actions prévues dans ce plan visaient à : 1/ mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer ; 2/ élargir la médecine de soins à la prévention ; 3/ faciliter la vie quotidienne des malades ; 4/ mieux connaître les besoins. L'évaluation de ce plan par le HCSP montre que en cherchant à proposer des solutions globales intégrant les dimensions sanitaires, médico-sociales et sociales, ce plan a permis des avancées importantes, mais avec un impact non mesuré sur l'amélioration de la qualité de vie de ces patients.

Cette période a vu l'émergence d'une réflexion sur les maladies chroniques et d'un nouveau rôle pour le patient, avec le développement de dispositifs visant à l'autonomisation du patient, comme l'éducation thérapeutique (167).

---

<sup>11</sup> Ce qui concerne les cancers, la santé mentale et la santé des personnes âgées est traité ailleurs dans ce document.

**Le HCSP a émis un ensemble de recommandations sur les orientations ou mesures à développer qui visent à ne pas interrompre la dynamique générée par ce premier plan transversal sur les maladies chroniques. Cette démarche doit être poursuivie dans la perspective d'une réelle implication des personnes dans la prise en charge de leur maladie.**

**Le HCSP considère que l'effort d'adaptation du système de santé aux enjeux que posent les maladies chroniques et la mobilisation engagée doivent être poursuivis en s'appuyant sur les propositions d'actions énoncées précédemment.**

## FICHE B4 : Politique vaccinale

### Objectifs

La loi de Santé Publique de 2004 comportait des objectifs de couverture vaccinale pour les vaccins faisant l'objet de recommandations.

L'objectif *in fine* de la vaccination n'est pas d'obtenir un taux de couverture vaccinale mais de réduire fortement le fardeau des maladies à prévention vaccinale et idéalement de les éliminer (ce qui peut amener à arrêter la vaccination comme ce fut le cas pour la variole).

Selon les cas, les indicateurs pourront être le nombre de cas observés (ou l'incidence de la maladie), le nombre d'hospitalisation, de décès. Ces indicateurs devraient être suivis dans des tableaux de bord mis à jour au moins annuellement. Ces indicateurs doivent être déclinés sur le plan régional et parfois dans des populations spécifiques.

Les objectifs à atteindre varient en fonction du génie propre de la maladie et de son agent causal et de l'efficacité des vaccins utilisés, notamment leur capacité à induire une immunité de groupe. Les objectifs chiffrés, maladie par maladie, doivent être proposés par une expertise que le HCSP est susceptible de réaliser.

Une évaluation intermédiaire doit être prévue et, lorsque le suivi de tableaux de bord permet de prévoir la non-atteinte de l'objectif, une investigation doit être réalisée afin d'en rechercher les causes (efficacité du vaccin, pertinence de la stratégie vaccinale, application de la stratégie vaccinale, couverture vaccinale, y compris dans les régions et certaines populations spécifiques) et de proposer les moyens d'y remédier.

### Place de la surveillance de la couverture vaccinale

La couverture vaccinale reste un indicateur important pour le suivi de la politique vaccinale. Le suivi de la couverture vaccinale doit être poursuivi et même amélioré en termes d'exhaustivité, de délai d'obtention des données et de déclinaison régionale.

- Les données de couverture vaccinale devront être prises en considération chaque fois que le suivi épidémiologique laissera prévoir une non-atteinte des objectifs fixés.
- Pour certaines maladies actuellement éliminées ou quasi éliminées, le suivi de la couverture vaccinale servira de signal d'alerte si une baisse significative expose au risque de réintroduction de la maladie.
- Pour certaines maladies à prévention vaccinale, la surveillance de la couverture vaccinale reste un objectif pertinent si le système de surveillance de la maladie est peu performant ou que la maladie se révèle très à distance de l'infection (par exemple, les atteintes hépatiques de l'hépatite B et les cancers du col de l'utérus). Il en va de même lorsque la vaccination ne cible pas l'ensemble des manifestations d'une pathologie donnée (par la vaccination contre les pneumocoques ou les HPV) ou lorsque les stratégies ciblent uniquement des sujets à risque (vaccination contre la grippe).

## Problématique de l'obligation vaccinale

Le HCSP a souligné les paradoxes et difficultés générées par la coexistence, en population générale, de vaccinations obligatoires et de vaccinations recommandées. Il estime :

- Que le maintien ou non du principe de l'obligation vaccinale en population générale relève d'un choix sociétal, lequel mérite un débat que les autorités de santé se doivent d'organiser à l'occasion de cette future loi de santé publique ;
- Que, dans l'hypothèse du maintien d'une obligation vaccinale, la liste des vaccins obligatoires doit être révisée et faire l'objet d'un avis du Haut Conseil de la santé publique, avis précisant les critères d'inscription d'une vaccination sur cette liste, y compris son caractère limité dans le temps si une obligation a été instaurée dans un contexte épidémique ;
- Que, dans toutes les hypothèses, les autorités compétentes devraient définir le statut juridique des vaccinations inscrites au calendrier vaccinal mais non rendues obligatoires, afin que celles-ci ne soient pas considérées comme facultatives.

## 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.
- Disposer d'une offre gratuite de vaccins pour les vaccinations recommandées, lisible et sur tout le territoire :
  - Pris en charge à 100% par 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.

## **FICHE B5 : Place de la sécurité des patients dans une future stratégie nationale de santé**

La prise en charge de patients dans le système de santé génère en soi un risque. La « sécurité des patients » s'intéresse à la maîtrise de ce risque.

Quelles sont les données dont on dispose aujourd'hui ?

- quelques indicateurs sur des sujets spécifiques de risques associés aux soins (risque infectieux par exemple où l'on estime le nombre de décès directement imputables à une infection associée aux soins en établissement de santé à environ 4500 chaque année)
- les données des enquêtes ENEIS (1 et 2) : l'extrapolation à l'échelle nationale de l'enquête de 2009 (ENEIS 2) chiffre à 275-400 000 événements indésirables graves survenant chaque année en cours d'hospitalisation en France et 330-490 000 hospitalisations dues à des événements indésirables graves

Les données aujourd'hui disponibles en routine sur des risques spécifiques montrent des disparités géographiques importantes des incidences (exemple du risque infectieux avec les bactéries multi-résistantes aux antibiotiques).

Parmi les points de fragilité de cette sécurité des patients, on retrouve :

- des thèmes de la prise en charge présentant des risques actuellement non maîtrisés, par exemple dans le circuit des médicaments
- une culture professionnelle encore opposante au signalement et à l'analyse des erreurs et événements indésirables
- une place des patients peu affirmée comme co-acteur de sa sécurité
- un manque de communication et de coordination entre professionnels de santé
- les interfaces dans la prise en charge des patients (entre la médecine ambulatoire et les établissements de santé, entre le sanitaire et le médico-social, ...)

Ces derniers points de fragilité seront vraisemblablement amplifiés dans l'avenir avec l'évolution vers des prises en charge de plus en plus fragmentées et multidisciplinaires (durées de séjour en établissement de santé de plus en plus courtes, ...).

La France prend en compte cette dimension « sécurité des patients » depuis quelques années uniquement ; la marge de progrès est encore très large, surtout en comparaison d'autres systèmes en Europe, en Australie ou aux Etats-Unis ; des préconisations ont d'ailleurs été faites fin 2011 sous l'égide du HCSP (168,169).

Un programme national « sécurité des patients » a été lancé sur la période 2013-2017 ; son degré d'avancement à ce jour est encore assez modeste. Sur le plan économique, des expériences sur le « paiement à la performance » sont initiées. Les organisations au sein des établissements de santé se sont adaptées (plus ou moins complètement) à ces enjeux dans le cadre de la Loi HPST. Le monde médico-social et la médecine de ville sont beaucoup moins avancés.

L'enjeu sociétal et économique de la sécurité des patients est important. Les crises sanitaires médiatiques récentes ont surtout concerné ce champ (prothèses PIP, Médiator®, etc.).

## IV. Annexes

### ANNEXE 1 – Méthodes de priorisation des problèmes de santé publique

La définition de priorités de santé publique est un processus qui peut s'appuyer sur des principes et méthodes permettant de hiérarchiser les problèmes de santé et/ou les solutions documentées. Trois approches peuvent être considérées :

1. Il est possible de classer les problèmes de santé en fonction du poids de la morbidité (nombre de cas) et de la mortalité (nombre de décès) qui leur sont associées ou à l'aide d'indicateurs synthétiques comme les QALYs ou les DALYs, qui représentent des années de vie en bonne santé. L'idée sous-jacente est de répartir les ressources de façon proportionnelle au poids de la morbidité.
2. Une approche améliorée, partant des mêmes éléments de base mais permettant en théorie d'optimiser l'usage des ressources disponibles, est de classer les solutions documentées associées aux problèmes de santé en fonction de leur efficacité, exprimée en termes de gain économique quand il existe (retour sur investissement) et/ou en termes de réduction de la charge de morbidité (coût par DALY évité). Ceci conduit d'une part à ne pas recommander les interventions sans efficacité démontrée, et permet d'autre part de comparer les interventions entre elles selon leur coût-efficacité en vue de choisir les plus efficaces.
3. Une troisième approche consiste à mettre en place un processus de consultation d'experts et de parties prenantes. L'une des méthodes les plus connues est la méthode Delphi, qui consiste en un processus itératif de hiérarchisations jusqu'à l'obtention d'un consensus. La consultation du public est une modalité également observée, qui suppose une appropriation des priorités par les parties prenantes et le public concernés par la mise en œuvre des actions et programmes.

Il est également nécessaire de prendre conscience des dynamiques et des interrelations existant entre les problèmes de santé et leurs déterminants : celles-ci doivent conduire à rechercher les synergies possibles entre différentes interventions, et le cas échéant à privilégier certains types d'investissement. À titre d'exemple, un tel raisonnement peut conduire à prévoir un impact d'autant plus important que l'investissement sera précoce au cours de la vie (170).

C'est probablement une combinaison de plusieurs méthodes de priorisation qui doit permettre d'intégrer les contraintes multiples auxquelles le décideur politique doit faire face (171) : tenir compte des ressources disponibles, avoir le soutien des professionnels et du public, gérer les différents groupes de pression, comme par exemple les associations de patients qui tiennent légitimement à la reconnaissance de leur situation, indépendamment du poids de morbidité de cette pathologie.

## **ANNEXE 2 – Grille de critères proposée pour l'analyse des priorités pré-établies**

1. Des indicateurs « objectifs » existant :
  - poids en termes de mortalité (totale, prématurée, « évitable »), années potentielles de vies perdues
  - poids en termes de morbidité (déclarée, incidence, ALD...) et de motifs de recours (hospitaliers, ambulatoires...), de handicaps
  - poids en charges de morbidité et d'espérance de vie sans incapacité
2. la situation en termes d'inégalités de santé
  - socio-économique
  - territoriale
3. poids démographique
4. perspective vie entière
5. évolutions/tendances (en particulier tendances défavorables)
6. le positionnement international de la France sur le thème (selon mortalité, espérance de vie ajustée sur l'incapacité...)
7. déterminants identifiés
8. la possibilité d'action (prise en charge et/ou prévention) existantes et potentiellement intéressantes
9. situation vis-à-vis des plans et programmes en cours
10. la perception d'une demande sociale
11. le poids des enjeux économiques en lieu
12. la place de la recherche : ses avancées ou au contraire ses retards
13. les autres ministères impliqués
14. quelques lignes générales de positionnement « politique »



## ANNEXE 3 – Références

1. Présentation de la stratégie nationale de santé. Intervention de Marisol Touraine. Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2013.
2. Alla F, Arwidson P, Chauvin F. Grille d'élaboration des objectifs de santé publique. HCSP; 2008.
3. Interrogation des données sur les causes de décès de 1979 à 2011 [Internet]. CépiDC; Disponible sur: <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>
4. Kaminski M, Deneux-Tharoux C. Autour de la naissance. Santé publique L'état des savoirs. Paris: La Découverte; 2010. p. 223-233.
5. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 [Internet]. Inserm / Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2011 mai. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>
6. Couverture vaccinale par le vaccin HPV chez les jeunes filles pour une et trois doses [Internet]. InVS; 2011. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains>
7. Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques [Internet]. Inserm; 2007. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/mediatheque/infr-grand-public/fichiers/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/texte-integral-dyslexie>
8. La santé en France 2002 [Internet]. Haut Comité de la santé publique; 2002 janv. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=71>
9. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique [Internet]. Drees; 2011 nov. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/article9985.html>
10. ObÉpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. Inserm, Kantar Health, Roche; 2012. Disponible sur: [http://www.roche.fr/home/recherche/domaines\\_therapeutiques/cardio\\_metabolisme/enquete\\_nationale\\_ob\\_epi\\_2012.html](http://www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_ob_epi_2012.html)
11. Weill A, Vallier N, Salanave B. La fréquence des 30 affections de longue durée. Actual Doss En Santé Publique. juin 2007;(59):18-29.
12. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rerolle P, Cook J-M. Underascertainment of child abuse fatalities in France: Retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. Child Abuse Negl. 2010;34(7):534-544.
13. Aouba A, Eb M, Rey G, Pavillon G, Jouglà É. Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. Bull Épidémiologique Hebd. 7 juin 2011;(22):249-255.
14. Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Laurent F, Jouglà É. La mortalité par suicide en France en 2006. Études Résultats [Internet]. sept 2009;(702). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/article4208.html>
15. Mouquet M-C, Bellamy V, Carasco V. Suicides et tentatives de suicide en France. Études Résultats [Internet]. mai 2006;(488). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/article4433.html>
16. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010 [Internet]. INPES; 2013. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/index.asp>
17. Tabac : comprendre la dépendance pour agir [Internet]. Inserm; 2004. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/58>
18. Spilka S, Le Nézet O, Tovar M-L. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. Tendances [Internet]. févr 2012;(79). Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend79.html>

19. La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) [Internet]. INPES; 2012. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1412>
20. Choquet M, Com-Ruelle L, Arvers P. Alcoolisation précoce : le consensus des chercheurs. Rech Alcoologie [Internet]. janv 2012;(42). Disponible sur: <http://www.ireb.com/sites/default/files/lettredinformation/Newsletter%20n42.pdf>
21. Jeunes et alcool : consommation en baisse, ivresses occasionnelles en hausse. Jeun Études Synthèses [Internet]. janv 2011;(3). Disponible sur: [http://www.injep.fr/IMG/pdf/JES\\_no3\\_JEUNES\\_alcool-150dpi.pdf](http://www.injep.fr/IMG/pdf/JES_no3_JEUNES_alcool-150dpi.pdf)
22. Costes J-M, Pousset M, Eroukmanoff V, Le Nézet O, Richard J-B, Guignard R, et al. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. Tendances [Internet]. sept 2011;(77). Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend77.html>
23. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte; 2008.
24. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. Études Résultats [Internet]. juin 2012;(804). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/article10978.html>
25. Fiches thématiques - L'insertion des jeunes - Formations et emploi [Internet]. Insee; 2013. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=FORMEMP13\\_e\\_FTL02ins](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=FORMEMP13_e_FTL02ins)
26. Insertion des jeunes sur le marché du travail : évolution récente du chômage selon le niveau de diplôme. Note Inf Ministère L'éducation Natl Jeun Vie Assoc [Internet]. mai 2012;(12.09). Disponible sur: [http://media.education.gouv.fr/file/2012/58/2/DEPP-NI-2012-09-insertion-jeunes-marche-travail\\_214582.pdf](http://media.education.gouv.fr/file/2012/58/2/DEPP-NI-2012-09-insertion-jeunes-marche-travail_214582.pdf)
27. Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 [Internet]. Irdes; 2012 juill. Report No.: 553. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>
28. Enquête Handicap-Santé, volet Ménages. Insee; 2008.
29. Turquis M. Information des travailleurs et connaissance des experts sur les expositions professionnelles aux cancérogènes à travers l'enquête du GISCOP93. Iris, Université Paris-13; 2009.
30. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [Internet]. HCSP; 2009 nov. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
31. Activité physique : contextes et effets sur la santé [Internet]. Inserm; 2008 mars. Disponible sur: [http://www.inserm.fr/content/download/7296/56185/version/2/file/activite\\_physique\\_contextes\\_effets\\_sant%C3%A9.pdf](http://www.inserm.fr/content/download/7296/56185/version/2/file/activite_physique_contextes_effets_sant%C3%A9.pdf)
32. Bury J, Deccache A. Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications. De Boeck Université. 1998. 235 p.
33. Russ S, Larson K, Tullis E, Halfon N. A lifecourse approach to health development: implications for the maternal and child health research agenda. Matern Child Health J. févr 2014;18(2):497-510.
34. Simon C, Schweitzer B, Oujaa M, Wagner A, Arveiler D, Tribby E, et al. Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity: a 4-year randomized controlled intervention. Int J Obes. oct 2008;32(10):1489-1498.
35. The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe [Internet]. International Union for Health Promotion and Education; 2000. Disponible sur: <http://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-thematic-resources/292-on-health-promotion-effectiveness>
36. Denman S, Moon A, Parsons C, Stears D. The health promoting school: policy, research and practice. Londres: Routledge Falmer; 2002.
37. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? [Internet]. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe; 2006 mars. Disponible sur: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/74653/E88185.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf)

38. Avis relatif à la politique de santé à l'École [Internet]. HCSP; 2011 déc. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=272>
39. Avis relatif à la médecine scolaire [Internet]. HCSP; 2013 févr. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=351>
40. Marmot M. Universal health coverage and social determinants of health. *The Lancet*. oct 2013;382(9900):1227-1228.
41. Définitions [Internet]. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie; Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/presentation/definitions/index.html>
42. Reynaud M. Les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendance. *Actual Doss En Santé Publique*. sept 1999;(28):10-12.
43. Adès J. Le DSM-5. Une classification raisonnable des addictions. *Alcoologie Addictologie*. déc 2013;35(4):307.
44. Aubin H-J, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. *Alcoologie Addictologie*. déc 2013;35(4):309.
45. Anthony JC, Warner LA, Kessler RC, Anthony JC, Branch E, Hopkins J, et al. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity. *Exp Clin Psychopharmacol*. 1994;2(3):244-268.
46. Hill C. Épidémiologie du tabagisme. *Rev Prat*. mars 2012;62(3):325-329.
47. Rey G, Boniol M, Jouglu E. Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration with French data for 2006. *Addiction*. juin 2010;105(6):1018-1029.
48. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *Bull Épidémiologique Hebd*. 7 mai 2013;(16-17-18):163-168.
49. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. août 2013;23(4):588-593.
50. La santé en France et en Europe : convergences et contrastes [Internet]. HCSP; 2012 mars. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=268>
51. Hill C. Mortalité attribuable au tabac. *Actual Doss En Santé Publique*. déc 2012;(81):16-20.
52. Global Burden of Disease (GBD) Visualizations [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation; Disponible sur: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/country>
53. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière [Internet]. HAS; 2007 janv. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_477515/fr/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere?xtmc=&xtcr=1](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_477515/fr/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere?xtmc=&xtcr=1)
54. Schütze M, Boeing H, Pischon T, Rehm J, Kehoe T, Gmel G, et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ*. 2011;342:d1584.
55. Alcool. Effets sur la santé [Internet]. Inserm; 2001. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/41>
56. Mura P, Brunet B, Favreau F, Hauet T. Cannabis et accidents de la voie publique : résultats des dernières études françaises. *Ann Pharm Fr*. mai 2006;64(3):192-196.
57. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues [Internet]. Inserm; 2010. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86>
58. Ben Lakhdar C. Le tabac en France : entre coûts et bénéfices. *Actual Doss En Santé Publique*. déc 2012;(81):34-35.

59. Basset B. La prévention et les lobbies. Traité de prévention. Médecines-Sciences. Flammarion; 2009. p. 109-113.
60. Kopp P, Fenoglio P. Coût et bénéfices économiques des drogues [Internet]. OFDT; 2004 juin. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap04/epfxpkk6.html>
61. Grignon M, Reddock J. L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature. Quest Déconomie Santé [Internet]. déc 2012;(182). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes182.pdf>
62. Delmer O, Piquet É, Guilbert P. Politiques, programmes ou actions de prévention du tabagisme : panorama d'évaluations publiées dans la littérature scientifique internationale [Internet]. INPES; 2007. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/evaluation/inpes-evaluation/evaluation11.asp>
63. Interventions efficaces en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : une synthèse des connaissances. Résultats saillants [Internet]. INPES; 2012 oct. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/synthese-alcool-jeunes.pdf>
64. La situation du cancer en France en 2012 [Internet]. INCa; 2013 janv. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/629-la-situation-du-cancer-en-france-en-2012>
65. Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable » [Internet]. HCSP; 2013 avr. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=357>
66. Les politiques de lutte contre le tabagisme [Internet]. Cour des comptes; 2012 déc. Disponible sur: <http://www.ccomptes.fr/Actualites/Archives/Les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme>
67. Jacquat D, Touraine J-L. Évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme [Internet]. Assemblée Nationale, Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques; 2013 févr. Report No.: 764. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i0764.asp>
68. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Wilquin J-L, Peretti-Watel P. Une augmentation du tabagisme confirmée en France. Santé Homme. févr 2011;(411):9-10.
69. Évaluation du Plan Cancer 2003-2007 [Internet]. HCSP; 2009 janv. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=58>
70. Évaluation à mi-parcours du Plan Cancer 2009-2013 [Internet]. HCSP; 2012 mars. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=262>
71. Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010 [Internet]. INPES; 2012 juin. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/2012/barometre-cancer-2010.asp>
72. Vernant J-P. Recommandations pour le troisième Plan Cancer [Internet]. 2013 août. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/7845-recommandations-pour-le-troisieme-plan-cancer>
73. Lovell A. Santé mentale. Santé publique L'état des savoirs. Paris: La Découverte; 2010. p. 161-172.
74. Bellamy V, Roelandt J-L, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Études Résultats [Internet]. oct 2004;(347). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/article4707.html>
75. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.
76. Chan Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert P. La dépression en France. Enquête Anadep 2005 [Internet]. INPES; 2009. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2009/023.asp>
77. La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de la vie [Internet]. Centre d'Analyse Stratégique; 2009 nov. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000556/0000.pdf>
78. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. The Lancet. avr 2009;373(9672):1372-1381.
79. Taux de décès par suicide [Internet]. Insee; 2012. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/default.asp?page=dossiers\\_web/dev\\_durable/taux\\_deces\\_suicide.htm](http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/default.asp?page=dossiers_web/dev_durable/taux_deces_suicide.htm)

80. Cohidon C, Santin G, Geoffroy-Perez B, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. Rev Dépidémiologie Santé Publique. avr 2010;58(2):139-150.
81. The global burden of disease: 2004 update [Internet]. OMS; 2008 oct. Disponible sur: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html)
82. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. Santé Homme. sept 2012;(421):43-45.
83. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol. août 2005;15(4):357-376.
84. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. OMS; 2001. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2001/fr/index.html>
85. Falissard B. L'épidémiologie psychiatrique en question. Quest Santé Publique [Internet]. déc 2010;(11). Disponible sur: [http://www.iresp.net/iresp/files/2013/04/101207103545\\_qspn-11-epidemiologi.pdf](http://www.iresp.net/iresp/files/2013/04/101207103545_qspn-11-epidemiologi.pdf)
86. Briffault X. L'évolution de l'épidémiologie des troubles psychiatriques. Vers un nouvel idiome de la santé mentale ? Actual Doss En Santé Publique. déc 2013;(84):23-25.
87. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA J Am Med Assoc. 2 juin 2004;291(21):2581-2590.
88. Kovess-Masfety V. The State of Mental Health in the European Union [Internet]. Direction Générale Santé et Consommateurs, Commission Européenne; 2004. Disponible sur: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_frep\\_06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf)
89. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet E, Fayyad J, et al. Mental-physical comorbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. Psychol Med. janv 2009;39(1):33-43.
90. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014 [Internet]. CNAMTS; 2013 juill. Disponible sur: [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/cnamts\\_rapport\\_charges\\_produits\\_2014.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2014.pdf)
91. Coldefy M, Nestrigue C. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. Études Résultats [Internet]. déc 2013;(860). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/article11223.html>
92. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances [Internet]. Inserm; 2012 oct. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/medicaments-psychotropes-consommations-et-pharmacodependances>
93. Chevreur K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. Eur Neuropsychopharmacol. août 2013;23(8):879-886.
94. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et Santé mentale » (2005-2010) [Internet]. Cour des comptes; 2011 déc. Disponible sur: <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/L-organisation-des-soins-psychiatriques>
95. Gabriel P, Liimatainen M-R. Mental Health in the Workplace [Internet]. Organisation Internationale du Travail; 2000. Disponible sur: [http://www.ilo.org/skills/pubs/WCMS\\_108221/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/skills/pubs/WCMS_108221/lang--en/index.htm)
96. Bresson M. Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence. Cah Int Sociol. 1 sept 2003;n° 115(2):311-326.
97. Laporte A, Chauvin P. SAnTé MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens [Internet]. Observatoire du Samu Social de Paris, Inserm; 2010 janv. Disponible sur: <http://observatoire.samusocial-75.fr/index.php/fr/nos-enquetes/samenta>
98. Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête 'Santé Mentale en Population Générale : images et réalités'. InVS. août 2007;

99. Lovell AM, Cook J, Velpry L. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. juin 2008;56(3):197-207.
100. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry. 2006;6:33.
101. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C, et al. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. Psychiatr Serv. févr 2007;58(2):213-220.
102. Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Études Résultats [Internet]. août 2008;(649). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/article4304.html>
103. Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. Quest Déconomie Santé [Internet]. août 2009;(145). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf>
104. Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérales d'Île-de-France [Internet]. Irdes; 2010 nov. Report No.: 548. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1812.pdf>
105. Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 [Internet]. HCSP; 2011 oct. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=228>
106. Robilliard D. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie [Internet]. Assemblée Nationale; 2013 déc. Report No.: 1662. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>
107. Buisson J-R. La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge [Internet]. Conseil économique, social et environnemental; 2010 mars. Disponible sur: <http://www.lecese.fr/travaux-publies/la-pedopsychiatrie-prevention-et-prise-en-charge>
108. Conclusions du Conseil sur le pacte européen pour la santé mentale et le bien-être : résultats et action future [Internet]. Conseil de l'Union Européenne; 2011 juill. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:202:0001:0003:FR:PDF>
109. Basset B. L'introuvable politique de santé mentale en France. Actual Doss En Santé Publique. sept 2013;(84):43-45.
110. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
111. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
112. Avis du 5 avril 2012 portant sur la méthode de la nouvelle génération de plans de santé publique et sur le projet de plan psychiatrie et santé mentale dans sa version du 10 janvier 2012 [Internet]. Conférence nationale de santé; 2012 avr. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avis\\_nouvelle\\_generation\\_de\\_plans\\_nationaux\\_\\_PPSM\\_2012\\_04\\_05.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avis_nouvelle_generation_de_plans_nationaux__PPSM_2012_04_05.pdf)
113. Documentation OMS [Internet]. Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale; Disponible sur: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=content/documentation-oms>
114. Psychiatrie et santé mentale : la HAS se fixe des objectifs sur trois ans [Internet]. HAS; 2013. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1694911/fr/psychiatrie-et-sante-mentale-la-has-se-fixe-des-objectifs-sur-trois-ans](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1694911/fr/psychiatrie-et-sante-mentale-la-has-se-fixe-des-objectifs-sur-trois-ans)
115. Organiser des parcours en psychiatrie et santé mentale. ANAP;
116. Brazier C. L'adolescence. L'âge de tous les possibles [Internet]. UNICEF; 2011. Disponible sur: <http://www.unicef.org/french/sowc2011/>
117. Chevreur K, McDaid D, Farmer CM, Prigent A, Park A-L, Leboyer M, et al. Public and nonprofit funding for research on mental disorders in France, the United Kingdom, and the United States. J Clin Psychiatry. juill 2012;73(7):e906-912.



118. Assurance maladie et perte d'autonomie [Internet]. HCAAM; 2011 juin. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_rapport\\_assurance\\_maladie\\_perte\\_autonomie.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf)
119. Lécroart A. Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060. Sources, méthode et résultats [Internet]. Drees; 2011 sept. Report No.: 23. Disponible sur: [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource\\_method23.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource_method23.pdf)
120. Sieurin A, Cambois E, Robine J-M. Les espérances de vie sans incapacité en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé [Internet]. Ined; 2011 janv. Report No.: 170. Disponible sur: [http://www.ined.fr/fr/publications/documents\\_travail/bdd/publication/1529/](http://www.ined.fr/fr/publications/documents_travail/bdd/publication/1529/)
121. Sermet C. L'état de santé des personnes âgées. Actual Doss En Santé Publique. 2013;(85 (à paraître)).
122. État des lieux et perspectives en oncogériatrie [Internet]. INCa; 2009 mai. Report No.: RAPONCOGERO9. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/publications/71-soins/557-etat-des-lieux-et-perspectives-en-oncogeriatrie>
123. Épidémiologie des cancers chez les personnes âgées de 65 ans et plus [Internet]. INCa; 2013. Disponible sur: <https://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/21-epidemiologie/32-disparites-classe-dage/63-epidemiologie-cancers-personnes-agees-65-ans-plus.html>
124. Incidence des ALD [Internet]. L'Assurance Maladie en ligne; 2013. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/incidence/ald-30-en-2012.php>
125. Prado-Jean A, Nubukpo P, Druet-Cabanac M, Preux P-M, Clément J-P. Épidémiologie des troubles psychiatriques. Psychiatrie de la personne âgée. Médecine-Sciences. Paris: Flammarion; 2009. p. 13-25.
126. Dos Santos S, Makdessi Y. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Études Résultats [Internet]. févr 2010;(718). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/article5538.html>
127. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA [Internet]. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie; 2013 janv. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc\\_paerpa.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf)
128. Boisguérin B, Minodier C. Le panorama des établissements de santé [Internet]. Drees; 2012 nov. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/article11051.html>
129. Michel P, Minodier C, Lathelize M, Moty-Monnereau C, Domecq S, Chaleix M, et al. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé [Internet]. Drees; 2010 nov. Report No.: 17. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/article7390.html>
130. Cambois E, Robine J-M. Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans. Bull Épidémiologique Hebd. 8 mars 2011;(08-09):82-86.
131. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. mars 2001;56(3):M146-156.
132. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. Science. 10 juill 1987;237(4811):143-149.
133. Britton A, Shipley M, Singh-Manoux A, Marmot MG. Successful aging: the contribution of early-life and midlife risk factors. J Am Geriatr Soc. juin 2008;56(6):1098-1105.
134. Rockenfeller P, Madeo F. Ageing and eating. Biochim Biophys Acta. avr 2010;1803(4):499-506.
135. Vogel T, Brechat P-H, Leprêtre P-M, Kaltenbach G, Berthel M, Lonsdorfer J. Health benefits of physical activity in older patients: a review. Int J Clin Pract. févr 2009;63(2):303-320.
136. Berr C, Vercambre M-N, Akbaraly T. Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer : aspects méthodologiques et nouvelles perspectives. Psychol Neuropsychiatr Vieillesse. déc 2009;7:7-14.
137. Lechevallier-Michel N, Gautier-Bertrand M, Alperovitch A, Berr C, Belmin J, Legrain S, et al. Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a community-dwelling elderly population: results from the 3C Study. Eur J Clin Pharmacol. janv 2005;60(11):813-819.



138. Albouy V, Bretin E, Carnot N, Deprez M. Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050. Cah Doc Trav Dir Générale Trésor Polit Économique [Internet]. juill 2009;(2009-11). Disponible sur: <http://www.tresor.economie.gouv.fr/file/326376>
139. Paraponaris A, Davin B, Verger P. Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs. Eur J Health Econ. juin 2012;13(3):327-336.
140. Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009 [Internet]. HCSP; 2010 déc. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=246>
141. Livre des plans de santé publique. Prévention et sécurité sanitaire. 3ème édition [Internet]. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, DGS; 2011 mai. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/le-livre-des-plans-de-sante-publique.html>
142. Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions [Internet]. HCSP; 2010 avr. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=133>
143. Blanpain N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. Insee Prem [Internet]. oct 2011;(1372). Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1372](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1372)
144. Guignon N, Collet M, Gonzalez L, de Saint Pol T, Guthmann J-P, Fonteneau L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Études Résultats [Internet]. sept 2010;(737). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/article7130.html>
145. De Saint Paul T. Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006. Bull Épidémiologique Hebd. sept 2011;(31):333-338.
146. Vilain A, Gonzalez L. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. Études Résultats [Internet]. juill 2013;(848). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/surveillance-de-la-grossesse-en-2010-des-inegalites-socio,11175.html>
147. Calvet L, Moisy M, Chardon O, Gonzalez L, Guignon N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. Études Résultats [Internet]. juill 2013;(847). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/article11172.html>
148. Andrieux V, Chantel C. Espérance de vie, durée passée à la retraite [Internet]. Drees; 2013 juin. Report No.: 40. Disponible sur: [http://pmb.santenpdc.org/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=15141](http://pmb.santenpdc.org/opac_css/doc_num.php?explnum_id=15141)
149. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. N Engl J Med. 2008;358(23):2468-2481.
150. Devaux M, de Looper M. Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009 [Internet]. OCDE; 2012 juill. Disponible sur: <http://www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/5k95xd6stnxt-en>
151. Health inequalities in the EU. Final report of a consortium [Internet]. Commission Européenne, DG Sanco; 2013. Disponible sur: [http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/healthinequalitiesineu\\_2013\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf)
152. Éléments pour une stratégie nationale de santé et pour une nouvelle loi de santé publique. HCSP; 2013.
153. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé. Déterminants sociaux et modèles d'action [Internet]. Igas; 2011 mai. Report No.: RM2011-061P. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article241>
154. Feuille de route de la Stratégie nationale de Santé [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2013. Disponible sur: <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/breves,2325/feuille-de-route-de-la-strategie,16246.html>
155. Le bilan de la qualité de l'air en 2011 [Internet]. Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie; 2012. Disponible sur: <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Le-bilan-de-la-qualite-de-l-air-en.html>

156. Künzli N, Perez L, Rapp R. Qualité de l'air et santé [Internet]. European Respiratory Society; 2010 sept. Disponible sur: <http://www.erscongress2011.org/publications/air-quality-and-health.html>
157. Aphekom. Improving Knowledge and Communication for Decision Making on Air Pollution and Health in Europe [Internet]. The Aphekom project; Disponible sur: <http://www.aphekom.org>
158. Declercq C, Pascal M, Chanel O, Corso M, Ung A, Pascal L, et al. Impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans neuf villes françaises. Résultats du projet Aphekom [Internet]. InVS; 2012 sept. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2012/Impact-sanitaire-de-la-pollution-atmospherique-dans-neuf-villes-francaises>
159. Pollution par les particules dans l'air ambiant : recommandations pour protéger la santé [Internet]. HCSP; 2012 avr. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=264>
160. Plan d'urgence pour la qualité de l'air [Internet]. Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie; 2013. Disponible sur: <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Plan-d-urgence-pour-la-qualite-de,31385.html>
161. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique [Internet]. HCSP; 2009 nov. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=95>
162. Agrinier N, Rat A-C. Quelles définitions pour la maladie chronique ? Actual Doss En Santé Publique [Internet]. sept 2010;(72). Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=112>
163. Martin D. Les différentes composantes du dispositif de prise en charge des maladies chroniques. Actual Doss En Santé Publique. sept 2010;(72):30-32.
164. Sermet C. Santé perçue et morbidité déclarée : état des lieux et évolution. Actual Doss En Santé Publique [Internet]. sept 2012;(80). Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=120>
165. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up. Parts 1&2. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe; 2006.
166. Dourgnon P, Or Z, Sorasith C. Les inégalités de recours aux soins en France, retour sur une décennie de réformes. Actual Doss En Santé Publique. sept 2012;(80):33-35.
167. Évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 [Internet]. HCSP; 2013. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=370>
168. Rome F, Pariès J, Nyssen A-S. Analyse bibliographique portant sur les expériences nationales et internationales pour promouvoir ou améliorer la sécurité des patients [Internet]. HCSP; 2010 juin. Disponible sur: [http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20100701\\_anabibsecupatients.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20100701_anabibsecupatients.pdf)
169. Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients [Internet]. HCSP; 2011 oct. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=225>
170. Heckman JJ. Schools, Skills, and Synapses. Econ Inq. juin 2008;46(3):289.
171. Hauck K, Smith PC, Goddard M. The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review [Internet]. Banque internationale pour la reconstruction et le développement (Banque mondiale); 2004 sept. Disponible sur: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chapter3Final.pdf>