

**LE HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE :
DES EXPERTS AU SERVICE DE LA SANTÉ**

Bilan du deuxième mandat 2011-2016

DOSSIER DE PRESSE
MARDI 13 DECEMBRE 2016

Contacts presse :



Maryam De Kuyper

01 45 03 89 94 | m.dekuyper@ljcom.net

Anne-Laure Brisseau

01 45 03 50 36 | al.brisseau@ljcom.net

SOMMAIRE

- **Le HCSP : une institution reconnue et respectée** p.3

- **Maladies infectieuses émergentes : faire face aux urgences** p.4

- **Maladies chroniques :
vers un diagnostic et une prise en charge précoces** p.5

- **Environnement : réduire les risques pour la santé** p.7

- **Santé sexuelle et reproductive : pour une meilleure lisibilité
et efficacité** p.8

- **Enseignements de l'évaluation du plan santé mentale
et du programme prévention suicide** p.9

Avec l'aimable participation de :

Roger Salamon, Président du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) - [Christian Chidiac](#), Président de la Commission Maladies transmissibles - [Liana Euller Ziegler](#), Membre de la Commission Maladies chroniques - [Denis Zmirou-Navier](#), Président de la Commission Risques liés à l'environnement - [Zeina Mansour](#), Présidente de la Commission Prévention, éducation et promotion de la santé - [Éric Billaud](#), Membre de la Commission Prévention, éducation et promotion de la santé - [Viviane Kovess-Masfety](#), Présidente de la Commission Évaluation, stratégie et prospective

LE HCSP : UNE INSTITUTION RECONNUE ET RESPECTÉE

Créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, le Haut Conseil de la santé publique a été mis en place en 2007 avec une triple mission :

- Contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et contribuer au suivi annuel ;
- Fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ;
- Fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique.

Il est organisé en six Commissions spécialisées (Maladies chroniques, Risques liés à l'environnement, Sécurité des patients, Prévention, éducation et promotion de la santé, Évaluation, stratégie et prospective, Maladies transmissibles), un Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation et deux groupes transversaux (Inégalités sociales de santé et Systèmes d'information en santé), leur coordination étant assurée par un Collège.

Le HCSP peut être saisi par tout ministre concerné par les questions de santé, par les présidents des commissions compétentes du Parlement. Il peut également s'autosaisir.

Sans statut juridique propre, il s'appuie sur plus d'une centaine d'experts permanents pouvant faire appel à des experts de façon occasionnelle. Tous ses membres sont bénévoles : « Cette particularité aurait pu être une faiblesse. Elle s'est révélée un immense avantage. Le bénévolat est un gage d'indépendance. Il mobilise des personnes impliquées quotidiennement dans le domaine qu'ils ont à traiter, donc en prise directe avec sa réalité. Pour le dire simplement, elles savent de quoi elles parlent ! » explique le Pr Roger Salamon, président du HCSP. Leur diversité (médecins, pharmaciens, économistes, psychologues, sociologues, ingénieurs, etc.) permet de traiter les problèmes avec une approche globale et complète. Le travail fourni par ces experts engagés a été intense, notamment à l'occasion des saisines complexes ou réclamant une réponse urgente.

En dix ans d'existence, parfois traversée de fortes contestations de sa légitimité même, le HCSP est devenu une institution respectée. Il ne prétend pas se substituer aux pouvoirs publics, dont les décisions obéissent à des motivations et contraintes multiples. Mais parce qu'ils sont argumentés en toute impartialité et liberté, ses avis et rapports font aujourd'hui autorité. Ils ont été extrêmement nombreux, leur seule liste (consultable sur son site www.hcsp.fr) témoigne de l'ampleur du travail accompli. Il n'était pas possible d'en rendre compte de façon exhaustive.

C'est pourquoi à l'occasion du bilan de sa deuxième mandature, le HCSP présente un rapport composé de quelques exemples illustrant les activités de ses six commissions et comité technique permanent.

MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES : FAIRE FACE AUX URGENCES

Contrairement aux espoirs nés avec les progrès de la vaccination, de la chimiothérapie anti-infectieuse (dont l'antibiothérapie) et des mesures d'hygiène, les maladies infectieuses n'ont pas disparu et l'émergence ou la réémergence de plusieurs agents pathogènes sont des faits d'actualité incontestables. La situation d'alerte liée à certaines émergences récentes a conduit la Commission Maladies transmissibles (CSMT) du HCSP à répondre à de multiples saisines (MERS-CoV, Maladie à virus Ebola, infection à Zikavirus pour citer les plus récentes). Pour chacune d'elles, la complexité des problématiques a imposé de recourir à l'expertise d'autres commissions du HCSP (Commission Sécurité des patients, Comité technique des vaccinations, Comité des Maladies liées aux voyages et des maladies d'importation) et de diverses institutions : Santé publique France, ANSM, HAS, centres nationaux de référence concernés, sociétés savantes, médecins généraliste.

Les délais, souvent très courts, de réponses attendues aux saisines rendent d'autant plus remarquable l'engagement de ces différents acteurs, garant de la qualité scientifique des avis rendus et de leur transdisciplinarité.

Agir le plus vite possible est une nécessité en cas d'alerte sanitaire liée aux maladies émergentes. Ceci impose de savoir suspecter et appliquer les mesures d'isolement, dépister, reconnaître, diagnostiquer, circonscrire un éventuel foyer, traiter et prévenir.

Ainsi, 446 cas confirmés importés d'infections par le virus Zika ont été recensés en métropole de mai à novembre 2016. Des craintes existaient à propos d'une extension aux départements et territoires d'outre-mer, voire dans certaines zones métropolitaines pour lesquelles le moustique susceptible de transmettre le virus est présent, mais il n'a pas été recensé de cas autochtone.

Plusieurs recommandations avaient déjà été émises par le HCSP, d'abord en 2015 sur les formes asymptomatiques, fréquentes, et sur le risque de complications neurologiques. Puis, en janvier 2016, le HCSP avait actualisé ses avis devant la forte suspicion d'atteintes neurologiques graves chez le fœtus et l'extension de la maladie. Ils ont été ensuite réactualisés en février, mars et juin de la même année. Dans ce contexte, il était important que les différents acteurs de la santé agissent vite et de manière homogène. Les recommandations ont ainsi rapidement pris en compte les connaissances les plus récentes (notamment sur l'atteinte neurologique grave des fœtus), permettant d'établir la conduite à tenir à l'égard des personnes vivant ou voyageant dans les zones de circulation du virus (principalement des femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse, des nouveau-nés et nourrissons dont la mère a eu un risque d'infection par le virus).

La déforestation, la mondialisation, l'explosion des transports et le réchauffement climatique constituent autant de facteurs contribuant à certaines de ces émergences. Les leçons tirées des dernières alertes et les efforts qui ont été faits devraient permettre une meilleure prise en charge en cas de nouvelle alerte sanitaire.

MALADIES CHRONIQUES : VERS UN DIAGNOSTIC ET UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCES

En France, les maladies chroniques touchent plus de quinze millions de personnes. Or leur diagnostic et/ou leur prise en charge ne sont pas toujours effectués de façon précoce par rapport à l'apparition des premiers symptômes. Pourtant, dans un certain nombre de maladies chroniques, il existe des données solides sur la fréquence et le retentissement péjoratif personnel et sociétal du retard au diagnostic et à la prise en charge adaptée des personnes qui entrent dans la maladie chronique.

L'exemple de la polyarthrite rhumatoïde est emblématique : le préjudice lié à un retard à la prise en charge est particulièrement bien documenté. La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire générale, caractérisée par des atteintes et des douleurs de nombreuses articulations. Elle peut avoir une évolution destructrice, potentiellement très sévère, conduisant à une qualité de vie altérée quand elle n'est pas traitée ou l'est trop tardivement. Il s'agit d'une véritable urgence thérapeutique : une prise en charge appropriée durant les douze semaines qui suivent l'arrivée des premiers symptômes (« fenêtre d'opportunité ») est susceptible d'empêcher l'évolution de la maladie, donc de limiter les dégâts articulaires et l'incapacité fonctionnelle et permettre d'obtenir la rémission. On dispose de critères pour faire facilement le diagnostic précoce et de recommandations de bonne pratique.

En revanche, **la maladie d'Alzheimer pose *a priori* un problème éthique, puisqu'elle ne bénéficie pas d'un traitement curatif et que l'annonce du diagnostic peut s'avérer extrêmement angoissante pour les patients concernés et leur entourage.** Cependant, comme le fait remarquer l'association France Alzheimer, cette annonce peut permettre au malade et à sa famille de prendre toute disposition utile suffisamment tôt pour l'avenir. La Haute Autorité de santé recommande que le diagnostic soit envisagé dès les premiers symptômes, qu'il conduise à des explorations complémentaires et à une prise en charge globale adaptée.

En pratique, un diagnostic précoce doit être porté dans les pathologies où la prise en charge modifie favorablement l'évolution. Il est également utile pour les maladies dont la prise en charge précoce facilite l'adaptation du patient et de son entourage et permet la mise en place d'un accompagnement et d'un mode de vie adaptés. La pertinence de la prise en charge précoce de telle ou telle maladie chronique est bien entendu susceptible d'évoluer avec les progrès de la médecine.

Quoiqu'il en soit, la plupart des diagnostics de maladies chroniques sont souvent tardifs. Les mécanismes en cause sont multiples et le plus souvent intriqués, avec, outre la qualité de la relation soignant – soigné, trois types de facteurs : ceux liés aux patients et à leur entourage (méconnaissance, déni, crainte...), aux professionnels de santé (difficultés de repérage des premiers symptômes, formation insuffisante sur l'entrée dans la maladie...) et au système de santé (difficultés d'accès aux soins spécialisés, de coordination des professionnels...).

La Commission Maladies chroniques du HCSP s'est auto saisi de cette problématique. Elle a formulé une série de recommandations articulée en trois axes :

- **Faire savoir** : il est nécessaire de diffuser les connaissances sur l'intérêt démontré d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces pour un certain nombre de pathologies chroniques, aussi bien chez les professionnels que dans le grand public.

- **Savoir-faire** : dans les situations où leur intérêt est reconnu, le diagnostic et la prise en charge précoces doivent être effectifs pour la personne malade, grâce notamment à la coordination de tous les professionnels impliqués entre eux et avec le patient. La qualité de l'annonce du diagnostic et du plan personnalisé de santé fait partie intégrante des bonnes pratiques. La lutte contre les inégalités sociales de santé et le renoncement aux soins sont importants dès l'entrée dans la maladie chronique.
- **Augmenter les connaissances** : la connaissance épidémiologique de l'évolution des pathologies chroniques doit se développer. L'amélioration de la qualité de la démarche de diagnostic précoce doit pouvoir être mesurée avec des indicateurs adéquats. Les expériences de terrain et leur caractère éventuellement transposable méritent d'être évalués.

Le diagnostic et la prise en charge précoces des personnes atteintes de maladies chroniques, dans toutes les situations où l'intérêt en est prouvé, offrent un fort potentiel de progression en termes de service rendu à la population.

ENVIRONNEMENT : RÉDUIRE LES RISQUES POUR LA SANTÉ

La Commission spécialisée « Risques liés à l'environnement » (CSRE) apporte son expertise sur deux grands axes : la maîtrise des risques résultant d'expositions liées à l'environnement et l'aide à l'élaboration et à l'évaluation des politiques publiques pour la gestion des risques associés à ces expositions. De mars 2011 à novembre 2016, les publications de la CSRE ont été nombreuses : elle a pris en charge 42 saisines ou auto saisines du HCSP, produit 36 avis, remis 12 rapports et contribué à 7 expertises portées par d'autres commissions ou par des groupes transversaux.

Un exemple d'un avis portant sur la maîtrise des risques est **celui publié sur les messages à diffuser en cas de pics de pollution de l'air extérieur. Il propose un message unique et simple**, s'adressant à une population plus ou moins large selon que la pollution a atteint un seuil dit d'information ou un seuil d'alerte. Dans le premier cas sont ciblées les personnes vulnérables (âges extrêmes ou sujets malades) : il leur est conseillé de « *réduire voire éviter les activités physiques et sportives intenses, c'est-à-dire celles qui imposent de respirer par la bouche, aussi bien en extérieur qu'en intérieur* ». Dans le cas de seuil d'alerte, c'est l'ensemble de la population qui est invitée à « *réduire et reporter les activités physiques intenses, en plein air comme en intérieur, jusqu'à la fin de l'épisode si des symptômes sont ressentis – fatigue, mal de gorge, sensation de nez bouché, etc.* ». Pour les personnes vulnérables, le message est renforcé et précise « *éviter les activités physiques et sportives intenses en plein air comme en intérieur* ».

Dans les deux situations, il est recommandé en cas de gêne inhabituelle de ne pas hésiter à consulter un médecin ou un pharmacien. Le HCSP recommande aux responsables d'activités spécifiques (directeurs d'établissements scolaires ou périscolaires, de maisons de retraite, organisateurs de manifestations sportives, etc.) d'identifier les personnes vulnérables ou sensibles hors de tout épisode de pollution, pour pouvoir cibler leurs actions vers ces personnes en cas de besoin. Le HCSP souligne cependant que la priorité des actions publiques en matière de prévention des risques liés à la pollution atmosphérique doit porter sur la réduction de la pollution chronique beaucoup plus que sur la gestion des épisodes aigus. La concentration sur les seuls épisodes est au final peu efficace.

La seconde thématique est illustrée par la proposition d'indicateurs de résultats du 3e Plan national santé environnement (2015-2019). L'objectif est de permettre de juger de l'avancée du plan en appréciant, une fois qu'il sera arrivé à son terme, les évolutions de la qualité des milieux de vie ou des produits de consommation pouvant induire des risques. Le comité mis en place a formulé un ou des objectifs de résultats pour un grand nombre de ces actions, choisis en fonction de leur capacité à être SMART, acronyme anglais signifiant *Specific, Mesurable, Achievable* (atteignables), *Relevant* (pertinents) et *Time-bounded* (temporalisés). Puis, il a défini des indicateurs (variables qualitatives ou quantitatives) pour mesurer les changements liés à la poursuite des actions entreprises et identifié les sources d'information pouvant produire ces indicateurs.

Par exemple, un des 63 objectifs de résultats proposés est la diminution de l'exposition à la pollution atmosphérique des populations vulnérables. Un des indicateurs retenus est la diminution du nombre d'écoles maternelles et primaires situées dans les zones urbaines où la qualité de l'air n'atteint pas les seuils fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En proposant de tels indicateurs, le HCSP invite les pouvoirs publics à s'engager dans une véritable démarche d'évaluation, laquelle va au-delà du seul suivi du Plan.

Cependant, le comité a également formulé quelques regrets (absence des problématiques liées aux risques professionnels, au changement climatique ou à la lutte contre l'habitat indigne, par exemple). Il insiste enfin pour que l'accès du public à l'information relative à la qualité de l'environnement soit le plus large possible : « *Rendre publiques ces données permet de démultiplier quasiment à l'infini la capacité sociétale d'analyse et d'éclairage de la situation* ».

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : POUR UNE MEILLEURE LISIBILITÉ ET EFFICACITÉ

Suite à une saisine de la DGS, le HCSP a proposé **une stratégie nationale de santé sexuelle** dont les conclusions seront le fondement de la stratégie annoncée avec l'objectif principal d'assurer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité de la naissance à la vieillesse pour l'ensemble de la population. En effet, la santé sexuelle en France ne bénéficie pas de l'approche globale promue par l'OMS. Elle est abordée par de nombreuses institutions et structures, qui font souvent un travail de qualité mais sans cohérence, avec un risque de redondance ou au contraire de zones aveugles. De plus, elle est souvent abordée au travers de ses problèmes ou pathologies au détriment d'une approche positive.

Le rapport « Santé sexuelle et reproductive » paru en mars 2016 a pour objectif de poser les jalons d'un changement de modèle afin d'inscrire la santé sexuelle dans une politique à long terme sur plusieurs dizaines d'années. Ce paradigme repose sur quatre éléments fondamentaux.

① **Le rôle essentiel de l'Éducation nationale.** L'éducation à la sexualité commence dès le plus jeune âge pour accompagner et protéger le développement sexuel de chaque individu. C'est dès l'enfance que le respect de l'autre, l'estime de soi et la non-discrimination doivent être développés. Depuis la loi du 17 février 2003 des séances annuelles d'éducation à la sexualité sont prévues par les établissements d'enseignement mais l'absence d'évaluation nationale ne permet pas d'apprécier si cette mesure est appliquée.

La France pourrait s'inspirer d'expériences étrangères, par exemple celles menées en Écosse (et en France, en région PACA), où de jeunes étudiants en médecine interviennent dans les collèges, au bénéfice de toutes les parties prenantes, en l'élargissant aux élèves infirmiers et/ou sages-femmes.

② **La mise en place des Cegidd** (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic). La Commission Prévention, éducation et promotion de la santé du HCSP se félicite de la création des Cegidd en janvier 2016 et encourage leur rapprochement avec les CPEF (centres de planification et d'éducation familiale) pour créer des « centres de santé sexuelle », permettant une meilleure coordination et une meilleure lisibilité des structures sur un territoire donné.

③ **Une approche populationnelle.** Ayant fait les constats nécessaires en matière de problèmes liés à la sexualité (contraception, IVG, assistance médicale à la procréation, infections sexuellement transmissibles, VIH, vaccinations, discriminations, violences) une approche populationnelle a été privilégiée. Ainsi, il est proposé d'envisager la promotion et la prévention en santé sexuelle comme faisant partie d'autres prises en charge. Les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les populations immigrées, les hommes ayant des rapports avec les hommes, les populations trans, les personnes en situation de prostitution, les personnes sous-main de justice ont été identifiées comme nécessitant une approche spécifique.

④ **La formation des professionnels** et de l'ensemble des intervenants dans ce secteur sera essentielle à la réussite de cette stratégie.

ENSEIGNEMENTS DE L'ÉVALUATION DU PLAN SANTÉ MENTALE ET DU PROGRAMME PRÉVENTION SUICIDE

Les troubles psychiques font partie des troubles les plus fréquents et les plus lourds de conséquences en termes d'intégration scolaire, sociale et professionnelle, ce qui a engendré des plans successifs. Le plus récent, dit plan "Psychiatrie et santé mentale 2011-2015", avait fait l'objet d'un large consensus auprès des acteurs concernés, qui avaient pris part à son élaboration. Il a été évalué par le HCSP qui a formulé des recommandations obéissant toutes à la nécessité d'inscrire la politique de santé mentale de façon pérenne et pilotée à long terme plutôt que de mettre en place des plans ou programmes successifs. Ces recommandations sont articulées autour de cinq thèmes :

- **Permettre aux personnes vivant avec un trouble psychique de faire leurs propres choix de vie**, changer leur regard et celui de leurs proches sur leur maladie et les maintenir ou les replacer dans les dispositifs accessibles à tous. L'approche dite du « rétablissement » est privilégiée, la lutte contre les discriminations est soulignée.

Par exemple, le HCSP préconise de soutenir très concrètement les activités de représentation des patients dans les différentes instances (support juridique, budget pour les déplacements, personnel de support pour les organiser), de poursuivre l'aide aux associations de patients (financière et en ressources humaines), de sécuriser le budget des groupes d'entraide mutuelle (GEM), de favoriser l'insertion sociale en particulier dans le domaine du logement et du travail, qui sont actuellement en inadéquation avec les besoins, grâce à des démarches impliquant tous les acteurs de ces secteurs et ce aux différents niveaux national, régional et local comme les conseils locaux de santé mentale. Le HCSP recommande un travail auprès des médias pour diffuser des informations de qualité, non discriminantes quant aux personnes vivant avec un trouble psychique.

- **Améliorer le parcours de soins** des personnes vivant avec un trouble psychique, notamment en favorisant l'articulation entre le médical, le médico-social et les structures s'occupant des questions de handicap.

Concrètement, le HCSP propose par exemple de créer une plateforme régionale d'information pour les professionnels, notamment les médecins généralistes, afin de faciliter l'accès à un avis ou un établissement spécialisé, il propose aussi d'améliorer l'évaluation du handicap psychique dans les maisons du handicap.

Il propose par ailleurs de soutenir les expériences de prise en charge des psychothérapies par des psychologues et de continuer les efforts de formation et de production de "conduites à tenir" pour éviter la surmédicalisation du mal-être.

- **Encourager la formation et la multidisciplinarité** en accordant une attention particulière aux médecins généralistes, le plus souvent en première ligne mais peu formés à la psychiatrie, comme à celle des infirmiers et cadre infirmiers, appelés à jouer un rôle croissant dans la prise en charge.
- **Développer l'évaluation et la recherche évaluative sur les pratiques**, qui sont une des clefs de l'amélioration des pratiques et des politiques. En effet, la recherche évaluative sur les différentes pratiques est peu développée en psychiatrie et en santé mentale. Des efforts ont été faits mais ils doivent être amplifiés. Les professionnels des disciplines dites paramédicales et des sciences humaines devraient être encouragés à participer à ces recherches qui se doivent d'être multidisciplinaires et d'impliquer les patients.

- **Renforcer le pilotage de la politique en psychiatrie et en santé mentale**, notamment en dotant les agences régionales de santé (ARS) d'un référent en santé mentale et psychiatrie à plein temps. Favoriser la constitution d'un réseau national de ces référents, mutualisant leurs expériences, permettant de mettre en place des recherches comparatives. La santé mentale doit être inscrite à l'agenda du Comité interministériel pour la santé et chaque mesure doit faire l'objet d'un suivi sur des indicateurs proposés. Cette politique de santé mentale devra permettre des ajustements en cours d'exécution.

L le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 (PNACS) a fait aussi l'objet d'une évaluation par le HCSP

- Le suicide est un phénomène complexe. Contrairement aux idées les plus répandues, les recherches les plus récentes ont montré que des troubles psychiques sont présents chez 90% des personnes qui se suicident.
- Le suicide est multifactoriel. Il est influencé, comme les maladies mentales, par les événements négatifs de la vie et des stress. La plupart du temps, le suicide est précédé par des événements notables de la vie, en particulier interpersonnels ou liés à la santé. Une problématique importante est celle de la perception des rôles relatifs à des fragilités personnelles *versus* les événements extérieurs, qui peuvent être des déclencheurs.

Le PNACS est en fait une liste de mesures qui ne sont pas toujours en phase avec les recommandations des revues scientifiques quant aux interventions basées sur les preuves. Ainsi les populations à risque élevé de passage à l'acte (par exemple, celles ayant déjà fait une tentative de suicide) ne sont pas les plus ciblées par le programme. Les professionnels de premier recours, en particulier les médecins généralistes, ne sont pas suffisamment privilégiés.

Le HCSP a formulé neuf recommandations, avec comme priorités :

- L'inscription de la prévention du suicide dans le champ de la santé mentale, sans lui attribuer un programme spécifique ; en particulier, elle doit être du ressort du référent santé mentale préconisé par le HCSP dans son évaluation du PPSM 2011-2015.
- Le ciblage des populations à risque en fonction des données épidémiologiques, notamment en se référant au sexe, à l'âge et aux antécédents de tentatives de suicide.
- L'inscription du médecin généraliste comme acteur fondamental de la prévention.