

Étude sur l'impact des rapports du Haut Comité de la santé publique 1992-1998

En 1999, le Haut Comité de la santé publique a commandé un audit sur la manière dont ses rapports thématiques sont réalisés et sur les effets des recommandations qu'ils contiennent. Les conclusions de cette étude montrent qu'il n'y a pas de dysfonctionnement majeur, même si des améliorations sont possibles. Elles attestent également que, sous certaines conditions, les recommandations du HCSP au ministre peuvent profondément améliorer le système de santé français.



L'intérêt du « pavé » triennal du Haut Comité de la santé publique — *La santé en France* — n'est pas contesté pour suivre l'évolution de l'état sanitaire de la population. Pas plus que l'importance du rapport qu'il établit chaque année pour la Conférence nationale de santé et pour le Parlement avant la discussion de la loi de financement de la Sécurité sociale. Mais comment sont réalisés et quelle est l'utilité des rapports thématiques que le Haut Comité élabore régulièrement et remet aux pouvoirs publics, accompagnés de ses recommandations ? Quel est l'impact réel, en termes de législation ou de réglementation, des propositions faites par le HCSP à l'autorité politique ? Comment l'améliorer ? Pour répondre à ces questions, le Haut Comité a chargé, en 1999, le cabinet GSP conseil, spécialisé en action sociale, santé publique et santé communautaire, de réaliser un audit sur l'ensemble des rapports thématiques rendus aux différents ministres de tutelle entre 1992 et 1998 (voir encadré).

Les conclusions, examinées par le HCSP en décembre dernier, sont incontestablement favorables puisque les deux évaluateurs indiquent que « l'étude a montré que, depuis sa création, le Haut Comité a réalisé un travail considérable sur des sujets très diversifiés ». Cette impression générale est renforcée lorsque l'on examine les réponses faites par les personnes qui ont participé aux groupes de travail qui ont élaboré les différents rap-

ports étudiés. Oui, affirment-elles à une très importante majorité, à chaque fois, le rapport en question « a permis de faire le point sur la question traitée », « de faire valoir de nouvelles idées sur l'organisation du système de santé », « de porter le débat sur les questions traitées au niveau des décideurs politiques ». Opinion très majoritaire également pour dire que le rapport concerné contenait « des éléments d'orientation en matière stratégique pour la politique de santé » et « des éléments qui permettent une décision rapide » ou encore que les recommandations proposées au ministre étaient « suffisamment explicites par rapport aux décisions à prendre en matière de santé ».

Les réponses aux questions communes de la grille d'analyse renseignent également sur le contexte dans lequel ont été menés les travaux. Ainsi, les sujets traités sont-ils jugés systématiquement pertinents au moment de la saisine « par rapport à l'état de la question ». Autre enseignement, le groupe ne dispose pas souvent de consignes précises pour définir la forme de son rapport et organise en général son travail « de manière autonome ». Là s'arrêtent les conclusions globales qu'il est possible de tirer de ces réponses. Ce que l'on conçoit lorsque l'on constate l'éventail des sujets abordés et les diverses façons dont les thèmes sont traités. Qu'y a-t-il de commun, par exemple, entre le rapport d'une petite trentaine de pages sur un sujet hyper-

technique comme la prévention de l'insuffisance rénale chronique et l'énorme somme de 350 pages que constitue le rapport sur la précarité et la santé qui va jusqu'à consacrer un chapitre à « *l'habitat et l'environnement comme déterminants des trajectoires sociales* » ?

Pour contourner cette difficulté et après une première analyse des rapports, le cabinet GSP conseil les a classés selon quatre types avant de mener une étude approfondie sur un seul rapport par catégorie.

Le type 1 correspond à des rapports « *répondant à un besoin réel et à une commande opérationnelle forte et identifiée* ».

Entrent dans cette catégorie les études sur le dépistage du VIH, la sécurité de la grossesse et la santé en milieu carcéral, thème retenu pour l'étude approfondie.

Sont de type 2 les rapports « *correspondant à un besoin identifié sans commande opérationnelle* » : celui sur le diabète (retenu), celui sur l'insuffisance rénale chronique et, par certains côtés, celui sur la sécurité anesthésique.

Les rapports de type 3 permettent « *de faire le point sur une problématique à la limite technique-réglementation et qui évolue spontanément par la mise en œuvre des progrès techno-*

logiques ». C'est en partie le cas de la sécurité anesthésique qui se retrouve dans les deux groupes. Les autres rapports entrant dans cette catégorie sont ceux sur le dépistage du cancer du sein, sur l'anatomopathologie dans le cancer du sein, et le dépistage du cancer du col de l'utérus (retenu pour l'analyse approfondie).

Les rapports de type 4 « *répondent à des problèmes de société* ». Le rapport retenu porte sur la précarité et ses effets sur la santé. Les autres, sur les encéphalopathies subaiguës spongiformes et sur l'utilisation des produits humains et de substitution.

L'analyse fine de chacun des quatre types de rapport permet de mieux cerner la manière de fonctionner du HCSP pour ses travaux thématiques. D'abord, le choix des thèmes traités. Les sujets ont le plus souvent été choisis par un ou plusieurs membres du HCSP avec l'assentiment des autres. Cette auto-saisine est d'ailleurs légitime au regard des missions du Haut Comité définies par le décret de 1991 qui le crée : « *contribuer à la définition des objectifs de la politique de santé publique* » et « *faire des propositions pour le renforcement des actions de prévention* ». Cependant, le travail ne débute qu'après une saisine

Les suites données aux rapports

L'analyse des différents rapports et de la suite donnée à leurs recommandations permet de se faire une idée précise des améliorations du système de santé auxquelles a contribué le travail du HCSP.

Le dépistage de l'infection par le VIH (1992)

C'est le premier rapport thématique rendu par le HCSP. Il recommandait notamment le remboursement total du test mais s'opposait au dépistage systématique. S'il est « *aujourd'hui obsolète* » ? note l'audit, « *ce document a été pris en compte dans la politique de prise en charge du VIH lors de sa publication* ».

La sécurité anesthésique (1992)

Parmi les conséquences du rapport « *très technique, simple et clair* », figurent la généralisation de la consultation pré-anesthésique et l'obligation d'une structure de surveillance au réveil. En outre, constate l'audit, « *l'évolution technologique de l'exercice a pris en compte la plupart des recommandations qui ne sont pas du domaine législatif ou*

réglementaire ». Cependant, « *ce rapport ne pose pas comme priorité* » l'augmentation du nombre d'anesthésistes réanimateurs.

Dépistage du cancer

● du sein (1993)

Au moment où l'audit a été réalisé, la généralisation de ce dépistage, décidée l'été dernier, n'avait pas été mise en œuvre. Il notait cependant que les recommandations sur la formation des radiologues et des manipulateurs ainsi que celles sur l'assurance qualité avaient été prises en compte.

● du col de l'utérus (1993)

L'audit signale qu'il a existé « *un décalage important entre le ministre qui a commandé le rapport et celui qui était en place lors de sa réalisation* » d'où, peut-être, le manque de suites données aux recommandations. Au crédit du rapport : avoir fait le point sur l'inadéquation de ce dépistage (fréquence et âge des femmes) et avoir « *provoqué une avancée sur la réflexion en matière de qualité pour l'anatomocytopathologie* » (voir ci-dessous). Un reproche : ne pas avoir

mis en exergue le retard français dans le dépistage du cancer « *afin d'interpeller les décideurs politiques sur ce point crucial en matière de santé publique* ».

● et l'assurance qualité en anatomocytopathologie (1994)

« *Le rapport est très précis dans ses recommandations ; les retombées concernent l'élaboration des recommandations de l'Anaes* ». Mais « *pour l'instant, il n'y a pas de réglementation définitive* » sur l'assurance qualité. Car elle nécessiterait « *l'intervention des politiques* » pour modifier la nomenclature. Il n'en reste pas moins que les anatomopathologistes ont été les premiers médecins à se lancer, après la sortie de ce rapport, dans l'évaluation de la qualité de leur pratique, sur les frottis notamment.

La santé en milieu carcéral (1993)

Malgré une double alternance politique et une saisine émanant des ministères de la Santé et de la Justice, ce rapport « *facile, simple et opérationnel en l'état [...], un modèle du genre [...], a été suivi à la lettre par la loi et*

les décrets ». Il recommandait, par exemple, de coupler chaque établissement pénitentiaire avec un établissement public de santé ; de généraliser la couverture maladie des prisonniers, de confier la définition de la politique de santé en milieu carcéral non seulement au ministère de la Justice mais aussi à celui de la Santé, ce qui n'était pas le cas à l'époque. Il prônait le renforcement de la prévention et de la prise en charge de la santé mentale.

La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance (1994)

Pour l'audit, ce rapport « *a donné lieu à des recommandations et des actions qui ont bouleversé le paysage de l'obstétrique en France* » en organisant la prise en charge adaptée des naissances en fonction des risques et en mettant en place trois niveaux de maternités. Une réserve cependant, la révision de la nomenclature de pédiatrie et d'obstétrique, recommandée « *pour assurer la pérennité du système* », n'a pas vu le jour.

officielle du ministre de tutelle, laquelle, a remarqué l'audit, ne détaille généralement pas la commande faite si ce n'est pour préciser les délais de remise du rapport.

Officiellement saisi, le HCSP désigne le membre qui aura la tâche de mener à terme la réflexion : c'est souvent la personne qui s'est le plus impliquée dans le choix du sujet. Puis les participants au groupe de travail : membres du HCSP volontaires — parce qu'ils connaissent bien la question traitée ou qu'ils sont motivés par le sujet —, experts extérieurs, membres de l'administration sont choisis.

Ces diverses modalités et la

variété des sujets traités expliquent peut-être que les méthodes de travail varient sensiblement. Même si une constante demeure généralement : c'est le responsable qui choisit la forme et le contenu de ce qui sera le rapport final. Les quatre exemples retenus montrent bien ces variations.

Le groupe sur la santé en milieu carcéral n'était pas familier du sujet et, pour l'appréhender, certains de ses membres se sont rendus en prison.

Pour l'insuffisance rénale chronique, le rapport s'est fondé sur une expertise préalable de l'Inserm. Pour mener le travail sur le dépistage du cancer du

col, il existait déjà un « groupe cancer » au sein du HCSP qui s'est, de surcroît, appuyé sur des experts choisis en dehors du Haut Comité. Quant au travail sur la précarité, il a été essentiellement l'œuvre de deux membres qui, note l'audit, voyaient dans le thème qu'ils connaissaient bien un enjeu pour la société française.

Si le HCSP est informé du déroulement des travaux à mi-parcours, c'est en séance plénière qu'il doit adopter le rapport et les recommandations faites au ministre. Cependant, l'ensemble des membres n'en a pas toujours pris connaissance auparavant. Les recommanda-

tions finales, constate l'audit, représenteraient davantage l'opinion des membres du groupe de travail qui, souvent les a élaborées seul, que celles de l'ensemble des membres du HCSP. Les modalités d'adoption des recommandations sont donc peut-être un maillon faible du travail du Haut Comité sur les rapports thématiques.

Or ces recommandations représentent la partie la plus importante des rapports puisqu'elles concernent la suite réglementaire ou législative qui sera donnée au travail du HCSP (lire l'encadré p. 6 : les suites données aux rapports). Durant ses entretiens, le cabinet GSP



Problèmes de santé publique et d'organisation des soins liés à l'utilisation des produits humains et à leurs produits de substitution (1996)

L'audit estime que ce rapport « est très précis dans ses recommandations pour la transfusion sanguine », mais « reste sur des principes généraux et/ou techniques pour les autres produits d'origine humaine et pour les produits de substitution ». Bien que le rapport recommande notamment de renforcer le rôle de l'État, l'audit ne lui attribue pas la création, en 1998, de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Les encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines et animales (1996)

C'est aux recommandations du rapport du HCSP que l'on doit la création de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments. Les autres recommandations concernent essentiellement le principe de précaution, la mise en place d'un réseau de surveillance de la maladie de

Creutzfeldt-Jakob, de l'observation des maladies émergentes et d'une véritable épidémiologie vétérinaire.

Avis sur la prévention de l'insuffisance rénale chronique et son diagnostic précoce (1997)

C'est sur l'insistance du directeur général de la Santé que ce rapport a été commandité. Il concluait, après une expertise de l'Inserm, à l'inutilité d'un dépistage de masse de l'insuffisance rénale chronique. L'audit indique que la DGS a manqué ensuite de moyens humains pour suivre le sujet. Ce qui explique qu'aucune recommandation positive du rapport n'a été appliquée.

La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé (1998)

L'audit explique que ce rapport possède les défauts de ses qualités. Il est « très riche et foisonnant » mais, comme il aborde des problèmes de société, il « manque parfois de propositions concrètes pour la mise en œuvre de mesures simples ». Cepen-

dant, le rapport reste « un élément constitutif de la documentation » sur la relation entre santé et précarité. Il « est utile pour les politiques car il éclaire le domaine et propose des pistes de réflexion ; pour les acteurs de santé car il aborde des points fondamentaux [...] de la relation entre la santé et la précarité ».

Diabète : prévention, dispositifs de soins et éducation du patient (1998)

Difficile d'innover sur ce genre de thème où les connaissances abondent. Cependant, le rapport a permis de faire avancer certaines idées en matière d'éducation du patient et de prise en charge par l'assurance maladie du diabète non insulino-dépendant (DNID) comme affection de longue durée (ALD). De plus, la circulaire DGS/DH du 4 mai 1999 sur l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2 reprend plusieurs éléments du rapport du HCSP. ■

conseil a rencontré des opinions différentes à propos des propositions d'action. Certaines personnalités estiment qu'il est indispensable de les négocier avec le cabinet du ministre au cours de leur élaboration et de produire un rapport qui soit une sorte de plan opérationnel qui favorisera la mise en place des propositions. D'autres jugent que le rapport doit présenter les informations et des hypothèses à faire valider par le ministre.

Ces opinions différentes posent en fait la question fondamentale du rôle du HCSP et de la place de la tutelle. Ainsi lit-on, dans le rapport d'audit, à propos du positionnement du HCSP par rapport aux saisines dont il fait l'objet :

« il paraît fondamental de choisir entre les deux affirmations suivantes :

- le Haut Comité est un groupe d'experts rassemblant l'ensemble des champs de la santé publique et, à ce titre, il a les moyens de répondre par ses propres moyens à l'ensemble des questions que lui pose le pouvoir exécutif ;

- le Haut Comité est un groupe d'experts généralistes en santé publique dont la formation, l'expérience et le bon sens font d'eux des conseillers pertinents sur l'ensemble du champ de la santé publique en France.

La forme et le contenu des rapports produits par le HCSP doivent impérativement prendre en compte la réponse à la question posée ».

Mais pas seulement. L'audit pose également celle des sujets à traiter par le HCSP. Doit-il aborder des sujets transversaux comme la précarité ? Se cantonner à des sujets précis comme l'insuffisance rénale ? Répondre aux questions sur l'organisation du système de santé ? Aborder des problèmes économiques liés aux dépenses de santé ? Pour illustrer sa réponse, l'audit rappelle les résultats des recommandations formulées dans les rapports étudiés. Inexistants

pour la précarité, thème trop large et trop sociétal. Reprise intégrale pour la santé en milieu carcéral « problème d'organisation du système de santé » et de « prise en charge équitable des détenus par rapport au reste de la population ». Pas de retombées pour les recommandations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus qui nécessite d'établir de nouvelles règles pour les professionnels de santé. Or, constate l'audit, « quelle que soit la qualité des rapports produits, il n'est pas envisageable pour le HCSP de mettre en mouvement le système de santé ».

La conclusion de ces illustrations, c'est que, pour être efficace dans ses recommandations, « le périmètre de réflexion du Haut Comité devrait être, par défaut, en relation avec le champ de compétence du ministère de

de l'exécutif ». Ce qui ne doit cependant pas l'empêcher de « se saisir de sujets dont l'importance aurait échappé au questionnement de l'autorité ministérielle ».

Pour accroître l'efficacité des rapports thématiques du Haut Comité, le cabinet GSP conseil suggère de leur donner une forme plus systématique. Le document final pourrait comporter une analyse de la situation actuelle et des éléments qui fondent les recommandations sur le sujet concerné. Des conclusions techniques constituant la proposition du groupe de travail. Des recommandations clairement identifiées comme étant celles de l'ensemble du HCSP, avec une hiérarchisation des priorités et un calendrier de mise en œuvre. Enfin, des annexes.

L'audit a néanmoins constaté que certaines recommanda-

et de l'autorité de tutelle, des membres de l'administration concernés par le sujet du rapport ». L'audit préconise même que la constitution de ce groupe soit simultanée à la commande du rapport « afin de prévoir, dès celle-ci, les modalités de mise en œuvre des actions » proposées en identifiant leur faisabilité et en levant les obstacles éventuels. Et le rapport d'audit conclut qu'il « paraît essentiel que la relation avec les pouvoirs publics concernés : le ministre de la Santé et, au-delà, son administration, soit réexaminée ».

Quelques mois après cet audit, les quatre « sages » nommés par Elisabeth Guigou ont également constaté que le HCSP et la Conférence nationale de la santé chargés de contribuer à la réflexion du gouvernement et du parlement « rencontrent des difficultés à faire entendre leurs propositions et à leur donner une traduction concrète ». Mais ils sont allés beaucoup plus loin en préconisant la création d'un Conseil national de la santé qui reprendrait en les élargissant les missions du Haut Comité de la santé publique. ■

Marc Patin

La méthode

Pour chacun des rapports analysés sur leur forme et leur contenu, le docteur Jacques Soria et Juliette Manauthon de GSP conseil ont adressé des questionnaires à tous les membres ayant collaboré au rapport afin de connaître le contexte de l'époque, les raisons de la saisine et la méthode de travail suivie par le groupe pour rédiger ses conclusions et ses recommandations. Le nombre de réponses (37,5 %) permet de dégager une tendance sur l'opinion des participants.

Norbert Nabet, interne de santé publique au HCSP, a, de son côté, mené une recherche documentaire pour évaluer l'impact législatif et réglementaire des recommandations formulées par chaque rapport thématique du HCSP.

L'analyse a permis de déterminer quatre typologies différentes de rapports. Pour chacune d'elles, une étude approfondie d'un rapport sélectionné a été menée, notamment par des entretiens téléphoniques avec des membres du groupe de travail ou des personnalités compétentes sur le thème, désignés par le HCSP.

la Santé ». Strictement. Sauf à voir « détaillé de manière très précise » un périmètre qui déborderait sur plusieurs ministères. L'audit va même plus loin puisqu'il indique que le HCSP « doit pouvoir amender, voire refuser, les thèmes de réflexion sur des domaines qui sortent du champ

tions, pourtant simples à mettre en œuvre, ne l'ont pas été du fait d'un manque de « décision politique ». GPS conseil propose également de revoir les modalités de présentation des rapports au ministre. Cette nouvelle procédure associerait, « en plus de représentants du Haut Comité



Haut Comité de la santé publique

8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
télécopie : 01 40 56 79 49
internet : hcsp.ensp.fr