

Santé en France

Problèmes et politiques

Collection
Avis et rapports

Mars 2015

Santé en France

Problèmes et politiques

Sous la direction de Stéphane Le Bouler, Éric Jouglu,
Renée Pomarède et Anne Tallec

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.
Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.

© Direction de l'information légale et administrative, Paris, 2015

© Haut Conseil de la santé publique

ISBN 978-2-11-009981-5

Pour nous citer :

Haut Conseil de la santé publique
Santé en France - Problèmes et politiques
Paris, Documentation française, HCSP

Santé en France

Problèmes et politiques

Mars 2015

	Avant-propos	7
	Coordinateurs - Liste des contributeurs	9
	Introduction	11
<hr/>		
CHAPITRE I	Vue d'ensemble sur la santé de la population	13
	Santé perçue, maladies déclarées et limitations dans la vie quotidienne	13
<hr/>		
CHAPITRE II	Problèmes de santé et pathologies	21
	Les cancers	21
	Les maladies cardio-vasculaires	23
	Le diabète et l'obésité	27
	Les maladies respiratoires	29
	Les troubles mentaux et du comportement	31
	Les maladies infectieuses	33
	Les maladies émergentes	35
	Les problèmes liés aux catastrophes naturelles et industrielles	37
	Les accidents	39
<hr/>		
CHAPITRE III	La santé aux différents âges de la vie	41
	Le temps de la grossesse	41
	La santé périnatale	43
	La santé des enfants	45
	La santé des adolescents et des jeunes adultes	48
	La santé des personnes âgées	50
<hr/>		
CHAPITRE IV	Les déterminants de la santé	53
	Concepts, méthodes et cadre général	53
	Conduites et styles de vie	55
	Environnement général	70
	Urbanisme, transports	72
	Santé et travail	74
	Santé et système de soins	75
<hr/>		
CHAPITRE V	Inégalités sociales et territoriales	79
	Concepts et méthodes	79
	Inégalités sociales de santé	82
	Inégalités territoriales de santé	83
	Éléments de comparaison internationale	87

CHAPITRE VI	Enjeux pour les politiques de santé	89
	Développement des maladies chroniques et vieillissement	89
	Faut-il cibler des populations « à risques » ?	94
	Le nouvel agenda des politiques de santé	96
<hr/>		
CHAPITRE VII	Regard international	105
	La santé sans frontières	105
	L'expérience de la réforme chez nos partenaires	109
<hr/>		
CHAPITRE VIII	La réforme de la politique de santé en France	115
	Un peu d'histoire	115
	Un nouveau rapport à la société	117
	Les transformations de la politique nationale de santé	125
	La stratégie nationale de santé aujourd'hui	128
	Les politiques face à la perte d'autonomie	130
<hr/>		
CHAPITRE IX	La territorialisation des politiques de santé	135
	La construction institutionnelle	135
	Enjeux pour de la territorialisation	143
<hr/>		
CHAPITRE X	Bâtir une approche stratégique	153
	Contribution à une approche stratégique de la santé	153
	Les trois temps d'une politique de santé publique et les indicateurs afférents	155
	Le système d'information pour la santé publique	157
	L'évaluation des politiques de santé	161
	La prospective en santé	165
<hr/>		
	Postface	168
	Glossaire	170
	Table des matières détaillée	172

Avant-propos

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été créé par la loi de santé publique de 2004 et mis en place en 2007.

J'ai eu la chance et l'honneur de le présider pour le premier mandat (2007-2011), puis pour le deuxième, actuellement en cours.

J'ai le souvenir d'avoir au cours de ces années souhaité que le HCSP produise un ouvrage complet sur la santé en France à l'usage de tous ceux qui doivent prendre des décisions en matière de santé publique. En effet, une des missions du HCSP est de « fournir aux pouvoirs publics [...] l'expertise nécessaire [...] à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ». Ce travail de synthèse me semblait particulièrement utile pour l'élaboration d'une politique de santé fondée sur la connaissance.

Une première tentative d'élaborer un tel rapport, lors du mandat 2007-2011, avait été infructueuse. Il faut dire que la tâche est difficile et ingrate.

En 2013, Stéphane Le Bouler a accepté cette responsabilité et enfin nous sommes arrivés à réaliser un ouvrage clair et complet. Qu'il soit remercié et avec lui ses co-auteurs (Éric Jouglu, Renée Pomarède et Anne Tallec... La parité est respectée !), ainsi que les nombreux contributeurs, membres du HCSP ou associés.

Cet ouvrage est très bien construit, les chapitres sont courts et assortis chacun d'une bibliographie adaptée. Il est facile à lire, ce qui n'est pas en général la principale qualité de ce type d'ouvrage.

Le HCSP est très fier de ce travail.

Merci encore aux auteurs.

Roger Salamon

Président du HCSP

Coordinateurs

Stéphane Le Bouler, Éric Jouglu, Renée Pomarède et Anne Tallec

Liste des contributeurs

Pierre Arwidson
Harold Astre
Rémi Barré
Bernard Basset
François Beck
Daniel Benamouzig
Claudine Berr
Béatrice Blondel
François Bourdillon
Marie-Hélène Bouvier-Colle
Martine Bungener
Valérie Buthion
Jean-François Buyck
Emmanuelle Cambois
Chantal Cases
Violette Cassar
Basile Chaix
Christine Chan-Chee
Hélène Charreire
Michel Chauviac
Franck Chauvin
Sabine Choppin
Magali Coldefy
Laure Com-Ruelle
Pierre Czernichow
Marie-Christine Delmas
Jean-Claude Désenclos
Paul Dourgnon
Anne Fagot-Campagna
Thierry Fassenot
Daniel Floret
Claire Furhman
Karine Gallopel-Morvan

Fei Gao
Claude Gilbert
Marcel Goldberg
Isabelle Grémy
Pascale Grosclaude
Jean-François Guegan
Romain Guignard
Patrick Hassenteufel
Jean-Louis Hébert
Emmanuel Henry
Serge Hercberg
Jean-Claude Henrard
Catherine Holué
Ellen Imbernon
Laurent Jardinier
Didier Jourdan
Chantal Julia
Viviane Kovess
Thierry Lang
Anne Laporte
Bernard Laumon
Catherine Le Galès
Corinne Le Goaster
Yves Lecarpentier
Stéphane Legleye
Denis Leguay
Armelle Leperre-
Desplanques
Catherine Leport
Pierre Lombrail
Véronique Lucas-Gabrielli
Claude Martin
Gween Menvielle

Caroline Moreau
Yvon Motreff
Marie-Claude Mouquet
Philippe Oberlin
Jean-Michel Oppert
Hélène Peigne-Lafeuille
Christine de Peretti
Patrick Peretti-Wattel
Benôit Péricard
Bernard Perret
Christian Perrone
Philippe Pirard
Grégoire Rey
Stéphane Rican
Jean-Marie Robine
Morgane Rouault-Mouraine
Jean-Bernard Ruidavets
Michel Roussey
Roger Salamon
Catherine Sermet
Christine Sorasith
Bertrand Thélot
Anne Thuret
François Tonnellier
Jean-François Toussaint
François Tuffreau
Jérôme Viguier
Or Zeynep
Marie Zins
Denis Zmirou-Navier
Patrick Zylberman

Introduction

Cet ouvrage s'adresse à l'ensemble des personnes ou institutions qui souhaitent mieux appréhender les questions de santé dans leurs différentes dimensions. Aussi les spécialistes de la santé ne représentent-ils pas l'unique cible.

Si la loi de santé publique de 2004 prévoit que le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) établisse un « *rapport d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer* » et insiste à ce propos sur les inégalités socio-professionnelles et territoriales, le rapport en question n'est pas en tant que tel un rapport sur l'état de santé.

Le travail porte sur les problèmes de santé et les déterminants de santé, mais aussi sur la lecture qu'il convient d'en faire (d'où l'insistance sur les inégalités) et sur les stratégies de prise en charge en termes de politiques publiques, aux différents échelons.

Le parti pris est celui de la concision et de l'explication discursive : ni tableaux, ni courbes, ni cartes mais une tentative d'explication synthétique, pathologie par pathologie, âge par âge, déterminant par déterminant, etc.

Chaque étudiant, chaque responsable politique local, chaque responsable associatif, chaque citoyen qui le lira, doit ainsi mieux comprendre l'étendue et la hiérarchie des problèmes de santé et l'action publique déployée à tous les échelons.

Depuis les rapports du Haut Comité de la santé publique dans les années 1990, le paysage institutionnel a considérablement évolué : la loi de santé publique de 2004 a modifié le cadre programmatique, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a pris une place majeure dans la réflexion sur l'organisation des soins et le financement de la santé, de nouvelles institutions ont été créées ou renforcées, notamment la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) ; la régionalisation a connu une brusque accélération avec la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de 2009. Il ne s'agit pas de refaire aujourd'hui un rapport du type de ceux du Haut Comité de la santé publique mais il convient de garder dans la production, la même exigence d'explications précises et concises.

Santé en France 2015 a été produit par les experts du HCSP et par des chercheurs ou décideurs n'appartenant pas à cette institution. Il retrace quelques-uns des

travaux phares de l'institution mais n'a nullement la vocation d'un rapport d'activité. Plutôt celle d'un témoignage sur les progrès accomplis par le système de santé français et sur ce qu'il reste à faire. Vision modeste et non prescriptive, vision offerte à l'initiative des acteurs pour bâtir collectivement des politiques de santé toujours plus éclairées, au plan national et territorial, vision optimiste aussi, car il ne faut pas méconnaître le chemin parcouru.

Ce document de synthèse arrive opportunément au moment où une nouvelle loi de santé va être discutée au Parlement. De nombreux travaux préparatoires ont permis d'élaborer cette loi. Ceux qui en débattront et ceux qui voudront comprendre l'insistance mise sur telle ou telle pathologie, tel ou tel déterminant, telle ou telle inégalité trouveront dans cet ouvrage éclairages et illustrations.

Il est difficile de faire simple et concis. Que le lecteur veuille bien excuser les longueurs mais aussi les lacunes, dont les coordinateurs de l'ouvrage sont naturellement seuls responsables.

Vue d'ensemble sur la santé de la population

Porter un regard global sur l'état de santé de la population française et sur son évolution est un exercice complexe en raison de la diversité possible des points de vue et des définitions de la santé, ainsi que de la grande variété des pathologies et de leurs déterminants. S'y ajoute une forte variabilité des constats, notamment selon l'âge. Depuis le premier rapport *La santé en France* élaboré dans les années 1990 par le Haut Comité de la santé publique, cette approche a cependant été facilitée et affinée par le développement progressif des systèmes d'information, la plus grande disponibilité des données de santé et l'accroissement de l'expertise des acteurs concernés.

Santé perçue, maladies déclarées et limitations dans la vie quotidienne

En 2012, 66% des personnes âgées de 15 ans ou plus se considéraient en bon ou très bon état de santé, 26% déclaraient un état de santé assez bon et 8% un état de santé mauvais ou très mauvais [1-2]. Les données concernant les maladies chroniques déclarées et la limitation dans les activités de la vie quotidienne apportent un regard complémentaire sur la santé perçue¹. En 2012, 39% des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent une maladie ou un problème de santé chronique et 27% des personnes âgées de 15 ans ou plus se déclarent limitées ou fortement limitées dans leurs activités courantes, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé [2].

Hommes et femmes portent une appréciation différente sur leur santé. Les femmes se déclarent en moins bon état de santé que les hommes. Plusieurs raisons peuvent être mises en avant pour expliquer cette tendance, retrouvée pour la plupart des indicateurs de santé, tant physiques que mentaux, à l'exception de la mortalité. Cette situation pourrait être l'expression d'une meilleure connaissance

1. Ces trois indicateurs constituent d'ailleurs le mini-module santé européen, utilisé dans de nombreuses enquêtes.

par les femmes de leur état de santé en lien avec des contacts plus précoces et plus fréquents avec le système de soin. Elle pourrait aussi s'expliquer par des problèmes de santé spécifiques tels que ceux liés à la grossesse ou à la ménopause, par une plus grande vulnérabilité physique, une plus grande exposition et/ou sensibilité à des facteurs stressants ou à des conflits. Mais elle peut aussi être vue comme l'expression de représentations de la santé et de la maladie différentes entre les sexes, dépendant fortement des rôles sociaux respectifs attendus [3]. Cet écart selon le sexe ne se retrouve pas dans les déclarations concernant les maladies chroniques. En revanche, les femmes déclarent plus souvent que les hommes souffrir de limitations fonctionnelles [2].

Avec l'avancée en âge, les indicateurs se dégradent fortement ; s'y associe une fréquence croissante des situations de polyopathologies, avec leur quasi-généralisation aux âges les plus élevés [4].

Par ailleurs, il existe un gradient social selon le niveau de diplôme et de revenus pour les déclarations concernant la santé. À âge et sexe comparables, les catégories les moins favorisées déclarent un état de santé nettement plus détérioré et des limitations fonctionnelles beaucoup plus fréquentes que les groupes plus favorisés. L'écart entre groupes sociaux est en revanche moins marqué pour les déclarations concernant les maladies ou les problèmes de santé chroniques.

Par rapport aux autres pays européens, la France se situe dans une position moyenne en ce qui concerne l'état de santé perçu et les limitations de longue durée dans les activités de la vie quotidienne. En revanche, elle présente une des fréquences les plus élevées de déclaration de maladies chroniques [5]. Malgré des efforts importants d'harmonisation des modes de recueil, les comparaisons internationales doivent toutefois être considérées avec prudence, en raison de multiples biais potentiels.

Une espérance de vie en hausse mais des incapacités en expansion

L'espérance de vie à la naissance continue à progresser en France. Entre 1990 et 2013, elle est passée pour les femmes de 81,0 à 85,0 ans (+ 4,0 ans). L'augmentation a été plus marquée pour les hommes passant de 72,8 à 78,7 ans (+ 5,9 ans). Malgré cela, l'écart d'espérance de vie entre les sexes reste important (6,3 ans). La France fait partie des pays d'Europe où les femmes vivent le plus longtemps avec l'Espagne, l'Italie et la Suisse. Pour les hommes, l'espérance de vie se situe dans la moyenne des pays européens. En revanche, c'est en France que l'espérance de vie après 65 ans est la plus élevée de tous les pays européens, et ceci quel que soit le sexe. La progression régulière de l'espérance de vie ces deux dernières décennies est principalement liée à la baisse de la mortalité aux âges élevés, avec une contribution massive des gains réalisés après 65 ans et tout particulièrement après 80 ans [6].

La progression de l'espérance de vie aux âges élevés, soulève la question de la qualité de vie des années supplémentaires vécues : gain de vie en bonne santé ou gain de vie avec des maladies chroniques et des incapacités ? D'où le grand intérêt des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) [7-9]. Les premiers calculs d'EVSI réalisés en France au cours des années 1980 montraient que les années de

vie gagnées étaient des années sans incapacités sévères (et même sans incapacités modérées pour les hommes), ce qui a été interprété comme une tendance à la «compression» de l'incapacité (moins d'années vécues en mauvaise santé). Toutefois, depuis le début des années 2000, une tendance contraire à l'expansion des incapacités a été mise en évidence. L'interprétation en est complexe. Concernant particulièrement les 50-65 ans et plus marquée pour les femmes, elle peut résulter d'une survie plus longue des personnes atteintes de maladies et de limitations fonctionnelles. Elle peut aussi s'expliquer par la perception d'un état de santé fonctionnel plus dégradé plutôt que par une réelle dégradation. Pour les femmes, la progression des incapacités touche les générations qui ont été plus nombreuses à travailler et qui sont aujourd'hui en fin de vie active ou jeunes retraitées. Le développement d'analyses complémentaires permettant d'explicitier ces facteurs apparaît aujourd'hui indispensable [6]. Les inégalités sociales sont également très marquées pour le niveau des EVSI : à 35 ans, les cadres ont dix années de plus à vivre que les ouvriers sans limitations fonctionnelles.

Les statistiques d'invalidité illustrent la capacité de la population à exercer une activité professionnelle jusqu'à l'âge de la retraite. Elles sont également à considérer en lien avec l'augmentation de l'âge de fin d'activité professionnelle. Dans la mesure où des prestations en espèces et en nature sont liées à ces reconnaissances d'invalidité par le système de protection sociale, de nombreux facteurs sont susceptibles d'en influencer la fréquence et l'évolution. Les dernières données concernant les assurés du régime général de l'assurance maladie faisaient état, pour l'année 2006, de 580 000 bénéficiaires des prestations correspondantes et de 75 000 admissions dans l'année. Cet effectif était en forte progression (+4,8% par an en moyenne entre 1998 et 2006) [10]. Les 50-59 ans représentaient en 2006 plus de 60% des nouveaux admis. Cette progression est imputable au vieillissement de la population active, à une révision des conditions d'accès aux dispositifs de préretraite mais également à la pénibilité accrue du travail tant d'un point de vue organisationnel que physique. Comme dans les autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), les affections psychiatriques (28%) dont, en premier lieu, les troubles dépressifs réactionnels et névrotiques constituent la première cause d'entrée en invalidité. Viennent ensuite les maladies du système ostéo-articulaire (24%) et plus particulièrement les pathologies rachidiennes et discales et les cancers (13%).

On ne dispose pas de données territorialisées concernant l'EVSI. En revanche, des disparités géographiques importantes existent en matière d'invalidité avec, au sein d'un même régime, des écarts de l'ordre de 1 à 3 des taux de demande de prestations et de 1 à 2 des taux d'attribution entre départements. Ces écarts sont complexes à analyser. Ils résultent à la fois d'écarts d'états de santé, mais aussi de nombreux autres facteurs et notamment des disparités dans les demandes et dans les décisions d'attribution, en lien notamment avec les conditions économiques et sociales locales et avec les modes d'évaluation de situations personnelles et contextuelles [11].

La place croissante des maladies chroniques

Les données relatives aux personnes admises en affection de longue durée (ALD) par les régimes d'assurance maladie apportent des informations sur les maladies dont la gravité ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse [12-13]. Leur reconnaissance par l'Assurance maladie est l'objet d'une certaine variabilité. Pour le seul régime général, le nombre de personnes en ALD atteint en France 8,6 millions fin 2009 (15% de la population protégée). Les maladies les plus concernées sont les affections cardio-vasculaires, les tumeurs, le diabète et les pathologies psychiatriques. Le taux d'ALD croît de façon marquée avec l'âge et il est plus élevé chez les hommes à partir de 50 ans. Il a fortement et régulièrement progressé au cours des deux dernières décennies, passant pour le régime général d'assurance maladie de 8% en 1994 à 12% en 2004 et à 16% en 2012, illustrant le poids croissant des pathologies chroniques. De multiples facteurs contribuent à cette croissance : augmentation et vieillissement de la population, amélioration des traitements et de la prise en charge, développement du dépistage, incidence croissante de certaines affections comme le diabète. Au cours des années récentes, le rythme de cette progression s'est ralenti, sans doute en lien avec un encadrement plus important du dispositif.

Des recours aux hospitalisations en hausse

Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) décrivent une partie de l'activité des établissements de santé. Elles éclairent indirectement sur l'état de santé, même si la variabilité des pratiques de soins et des modalités de codage des données est susceptible de les influencer [14-15]. En France, environ 11 millions de personnes ont été hospitalisées en soins de courte durée en 2011. Ce sont les enfants âgés de moins de 1 an et les personnes âgées de plus de 75 ans qui ont les taux d'hospitalisation les plus élevés. Quel que soit l'âge (à l'exception des 15-44 ans), les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes. Tous âges confondus, chez les hommes, outre les séjours pour surveillance, bilan ou prévention, les diagnostics principaux les plus fréquents pour les séjours de courte durée sont les maladies de l'appareil digestif (y compris des dents et du parodonte), les maladies de l'appareil cardio-vasculaire et les tumeurs. Chez les femmes, après la grossesse et l'accouchement, qui constituent les premières causes de recours, le classement des motifs est identique.

Le poids considérable des soins dans les établissements ayant une activité en psychiatrie n'apparaît pas dans ces données. Plus de deux millions de personnes ont été prises en charge au moins une fois dans l'année en hospitalisation ou en ambulatoire par ces établissements en 2012 [16].

Le nombre de séjours hospitaliers en unité de soins de courte durée a sensiblement augmenté depuis la fin des années 2000, en lien principalement avec la croissance démographique et le vieillissement de la population mais aussi du fait du développement des séjours ambulatoires. Les progressions les plus marquées concernent, pour les deux sexes, les maladies du système ostéo-articulaire, du système nerveux et de l'œil. Pour les hommes, on constate également la forte augmentation des maladies du sang, des maladies génito-urinaires et des maladies endocriniennes (diabète, obésité). Le PMSI ne permet pas d'étudier les disparités sociales des recours, mais les disparités territoriales sont marquées, avec des écarts

entre les régions en termes de fréquence des séjours standardisés sur l'âge qui dépassent 30%. L'épidémiologie mais aussi l'organisation et les pratiques de soins, peuvent expliquer ces différences.

Enfin, depuis quelques années, des estimations du nombre total de patients traités pour les différentes pathologies sont également disponibles, grâce à des travaux de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam). En 2012, 21% des personnes couvertes par le régime général d'assurance maladie et ayant eu recours aux soins souffrent d'une pathologie chronique identifiée comme ALD par l'Assurance maladie, ou qui a donné lieu à une hospitalisation ou à un traitement médicamenteux récent ; 18% étaient concernées par des soins pour une pathologie cardio-neuro-vasculaire ou un traitement du risque vasculaire, 12% pour une maladie psychiatrique ou un traitement psychotrope, 5% pour une maladie respiratoire chronique et la même proportion pour des soins concernant un diabète [17].

Une diminution de la fréquence de la plupart des causes de décès mais des inégalités sociales et territoriales persistantes

Les taux de décès standardisés par âge diminuent depuis les années 1990 pour la plupart des causes de décès [18]. Les baisses les plus marquées concernent les maladies de l'appareil cardio-circulatoire, respiratoire et digestif, ainsi que les morts violentes. On observe des diminutions particulièrement importantes pour les maladies cérébro-vasculaires, les cardiopathies ischémiques, les accidents de transport, les chutes, la mort subite du nourrisson, le sida et la tuberculose. Le taux de décès par cancer s'est également réduit depuis les années 1990, mais moins nettement et selon un rythme différent en fonction du sexe (-23% pour les hommes, -12% pour les femmes). La baisse a concerné la plupart des localisations, avec une très forte amplitude pour le cancer de l'estomac et, pour les hommes, pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Ces résultats contrastent avec l'augmentation de l'incidence des cancers en partie liée à l'amélioration des diagnostics et à l'effet des dépistages.

Certains de ces résultats peuvent être rapprochés des évolutions positives des comportements de santé et de la performance du système de soin : mesures de prévention pour les accidents de transports ou la mort subite du nourrisson, réduction des comportements à risque pour les maladies liées à l'alcool, efficacité du système de soin pour les maladies cérébro-vasculaires ou le sida, meilleure alimentation pour le cancer de l'estomac. Toutefois, la mortalité liée à certains cancers (pancréas, peau, foie, cerveau), ainsi qu'au diabète et aux maladies dégénératives de la vieillesse (Alzheimer et Parkinson, pour lesquelles la précision et la notification des diagnostics ont été améliorées) évoluent à la hausse. La mortalité par cancer du poumon chez les femmes a fortement progressé, avec un quasi-doublement des taux de décès depuis les années 1990. La France est actuellement le pays d'Europe de l'Ouest où cette progression est la plus marquée, ceci étant directement lié à la hausse de la consommation de tabac chez les femmes depuis les années 1960. Au total, le cancer est devenu, au cours des années 2000, la première cause de décès en France (29% des décès en 2010), devant les maladies cardio-vasculaires (26%) et les morts violentes (7%).

Si la France se situe dans le groupe des pays à espérance de vie élevée, elle se caractérise par des inégalités de mortalité particulièrement marquées et persistantes, entre hommes et femmes, entre territoires, entre groupes sociaux. La surmortalité masculine s'observe pour la plupart des causes de décès : taux de décès cinq fois plus élevé chez les hommes pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, par exemple. Les disparités géographiques sont également marquées : mortalité forte selon un croissant allant de la Bretagne au Nord-Pas-de-Calais, puis vers l'Alsace et de la Champagne à l'Auvergne ; mortalité plus faible au sud : Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et Corse, ainsi qu'en région parisienne. Les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans le Nord-Pas-de-Calais, en Picardie et dans les départements d'outre-mer (DOM). Depuis les années 1990, la mortalité a reculé dans toutes les régions, mais selon un rythme variable : réduction la plus marquée dans les régions ayant déjà un faible taux de décès (Île-de-France, Corse, Rhône-Alpes), ainsi qu'en Alsace, conduisant à des écarts régionaux encore plus importants. Une autre caractéristique des évolutions constatées est l'accentuation des disparités infrarégionales : entre grandes villes et petites villes, entre espaces urbains, périurbains et zones rurales et entre secteurs de résidence des grandes métropoles.

Le niveau des inégalités sociales en termes de mortalité est également particulièrement élevé en France [19-20]. Entre les cadres et les ouvriers, l'écart d'espérance de vie à 35 ans atteint six ans pour les hommes et trois ans pour les femmes, et n'a pas diminué depuis les années 1990. Cette évolution s'explique en grande partie par la mortalité par cancer en lien avec la consommation d'alcool et de tabac (en particulier cancer du poumon) et, dans une moindre mesure, par la mortalité cardio-vasculaire (en particulier les maladies cérébro-vasculaires). Les analyses prenant en compte simultanément les caractéristiques sociales et spatiales montrent qu'après prise en compte des écarts de structure socioprofessionnelle de la population, les disparités régionales restent fortes [21]. La composante régionale constitue ainsi un facteur important des différences de mortalité constatées en France. Cette composante pourrait traduire des différences à la fois en termes de comportements, y compris dans le recours aux soins et de déterminants environnementaux et culturels, plus ou moins intriqués avec les disparités sociales.

Une autre caractéristique persistante de la situation française est l'opposition entre une espérance de vie très favorable pour les personnes ayant atteint l'âge de 65 ans et une mortalité « prématurée » (avant 65 ans) élevée. Pour mieux expliquer cette situation, un indicateur de la mortalité « évitable » au sein de la mortalité « prématurée » regroupe des causes jugées « évitables » particulièrement liées aux comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, suicides, accidents de la route, etc.) [22]. Selon cet indicateur, la France apparaît dans une situation très défavorable, qui met en évidence l'impact particulièrement fort des comportements de santé à risque et exprime plus généralement un retard dans la prévention.

La variété et la complémentarité des indicateurs de santé pris en compte dans cette synthèse illustrent les principales caractéristiques de l'état de santé de la population française et leurs évolutions récentes. Certains enjeux en découlent

directement, comme ceux concernant la mortalité « prématurée » et « évitable » et les questions d'inégalités sociales et territoriales [22]. Qu'il s'agisse d'élaborer différents plans et programmes à l'échelon national ou dans les régions, l'amélioration des systèmes d'information est un objectif permanent. Quand un certain nombre de problèmes techniques et institutionnels seront résolus, les analyses de l'état de santé devraient également pouvoir davantage s'appuyer sur des données issues de croisements entre grandes bases de données médico-administratives (Assurance maladie, données hospitalières, causes de décès, données sur l'activité professionnelle issues des caisses de retraite, données sur les revenus, etc.), qui permettront notamment de mieux documenter les questions des parcours de santé et des inégalités sociales.

DÉFINITIONS

Espérance de vie à la naissance : durée de vie moyenne (âge moyen au décès) d'une génération fictive dans les conditions de mortalité de l'année considérée. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.

Espérance de vie à l'âge x : nombre moyen d'années restant à vivre au-delà d'un âge x (ou durée de survie moyenne à l'âge x), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

Espérance de vie sans incapacité (EVS_I) : nombre moyen d'années vécues sans incapacité ; se calcule en combinant les données de survie et de santé déclarée.

Taux de mortalité infantile : rapport entre le nombre de décès de l'année d'enfants de moins d'un an à l'ensemble des enfants nés vivants.

Taux brut de mortalité : rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de la même année.

Taux de mortalité prématurée : rapport du nombre de décès d'individus âgés de moins de 65 ans de l'année à la population des moins de 65 ans la même année.

Taux de mortalité par âge : rapport du nombre de décès d'individus d'une classe d'âge donnée au cours de l'année à la population de cette même classe d'âge la même année.

Taux standardisé de mortalité : taux de mortalité d'une population, ajusté en fonction d'une distribution standard par âge (population de référence). Il est calculé comme une moyenne pondérée des taux de mortalité par âge d'une population donnée, les coefficients de pondération correspondant à la distribution par âge de la population de référence. La standardisation a pour but de contrôler les différences de structure d'âge lorsque l'on compare la mortalité entre différentes populations (par exemple selon les régions).

Morbidité d'une population : nombre de personnes malades ou nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donné. On distingue plusieurs types de morbidité.

Morbidité ressentie (état de santé perçu) : ensemble des affections telles que les individus les ressentent et les interprètent.

Morbidité déclarée : affections déclarées par les individus dans le cadre d'enquêtes en population.

Morbidité diagnostiquée : affections diagnostiquées et traitées par le corps médical, chez des individus ayant eu recours à des médecins.

Morbidité prévalente : nombre de cas d'une maladie donnée ou de personnes atteintes de cette maladie existant dans une population déterminée à un moment donné, sans distinction entre cas nouveaux et anciens.

Morbidité incidente : nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée ou des personnes atteintes de cette maladie, pendant une période donnée, dans une population déterminée.

Références

- [1] Sermet C. Santé perçue et morbidité déclarée : état des lieux et évolution. *Actualité et dossier en santé publique*, 2012, 80, 6-12.
- [2] Célant N., Guillaume S., Rochereau T. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*. Rapport Irdes 556, 2014, 302 p.
- [3] Inpes. *Baromètre santé 2010*.
- [4] Le Pape A., Sermet C. La polyopathie des personnes âgées : quelle prise en charge à domicile ? Congrès « Soigner à domicile », Paris, 11 et 12 octobre 1996.
- [5] *La santé en France et en Europe : convergences et contrastes*. HCSP, Collection Avis et rapport, La Documentation française, 2012, 265 p.
- [6] INED. Sieurin A., Cambois E., Robine J.M. *Les espérances de vie sans incapacité en France. Une tendance récente moins favorable que dans le passé*. Document de travail 170, 2011.
- [7] Cambois E., Robine J.M. Tendances et disparités d'espérance de vie sans incapacité en France, *Actualité et dossier en santé publique*, 2012, 80, 28-32.
- [8] Cambois E., Blachier A., Robine J.M. Aging and health in France: an unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years. *Eur J Public Health*, 2012. doi: 10.1093/eurpub/cks136.
- [9] Dourgnon P., Or Z., Sorasith C. Les inégalités de recours aux soins en France, retour sur une décennie de réformes. *Actualité et dossier en santé publique*, 2012, 80, 33-35.
- [10] Cuerq A., Paita M., Ricordeau P. Les causes médicales d'invalidité en 2006. Cnam-TS, *Points de repère*, 2008, 16, 8 p.
- [11] Aballea P, Marie E. *L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque*. IGAS, Mai 2012, 294 p.
- [12] Site de l'Assurance maladie, Cnam-TS : www.ameli.fr
- [13] *La santé observée dans les Pays de la Loire*. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. 2012, 237 p.
- [14] Mouquet M.C., Oberlin P. L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1993 et 2010 en France métropolitaine. *Actualité et dossier en santé publique*, 2012, 80, 13-17.
- [15] Enquête de morbidité hospitalière. Drees, base nationale PMSI-MCO.
- [16] Statistique annuelle des établissements de santé. www.SAE-diffusion.sante.gouv.fr
- [17] *Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2015 (loi du 13 août 2004)*, Cnam-TS.
- [18] Aouba A., Jouglu E., Eb M., Rey G. L'évolution de la mortalité et des causes de décès entre 1990 et 2009. *Actualité et dossier en santé publique*, 2012, 80, 24-28.
- [19] Mackenbach J., Stirbu I., Roskam A.J. et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New Eng J Med*, 2008, 358 (23), 2468-2481.
- [20] Menvielle G., Chastang J.F., Luce D., Leclerc A. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2007, 55, 97-105.
- [21] Rican S, Jouglu E, Salem G. Inégalités socio-spatiales de mortalité en France. *Bull Epidemiol Hebd*, 2003, 30-31, 142-145.
- [22] Jouglu E., *Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable »*. HCSP, Collection Documents, La Documentation française, 2013, 31 p.

Problèmes de santé et pathologies

Les cancers

Les cancers forment un ensemble de pathologies très hétérogène, tant du point de vue des facteurs de risque que de la prise en charge ou du pronostic. Leur poids progresse aussi bien en termes de morbidité (355 000 nouveaux cas en France en 2012), que de nombre de décès (148 000 décès en 2012). Les localisations dont l'incidence est la plus élevée sont le sein chez la femme et la prostate chez l'homme, devant le colon-rectum et le poumon [1]. Le cancer du poumon, dont le tabac constitue le principal facteur de risque, est devenu la première cause de mortalité par cancer en France. La consommation d'alcool constitue également un facteur de risque important (cancer des voies aéro-digestives et du foie). Les facteurs nutritionnels jouent un rôle protecteur pour de nombreux cancers. Le cancer du sein et le cancer colorectal bénéficient tous deux d'un dépistage organisé.

Au cours des trente dernières années, on constate une augmentation de l'incidence de nombreux cancers et une diminution des taux de décès [2-3]. Ces évolutions divergentes s'expliquent, pour certaines tumeurs, par une meilleure détection et/ou l'extension du dépistage conduisant à une augmentation du nombre de cancers diagnostiqués, sans augmentation réelle du risque de développer la maladie. C'est ce que l'on observe en particulier pour les cancers du sein et de la prostate, qui ont été à l'origine de la plus grande part de l'augmentation des cancers jusqu'au milieu des années 2000.

A contrario, la baisse d'incidence et de mortalité pour certaines localisations, comme les cancers des voies aéro-digestives ou du larynx, est spectaculaire ; elle doit être rapprochée de la diminution de la consommation d'alcool en France depuis les années 1960 et, plus récemment, du tabac chez les hommes.

Pour d'autres localisations, la hausse simultanée de l'incidence et de la mortalité est préoccupante. Il s'agit notamment, pour les deux sexes, des mélanomes cutanés, des myélomes, des lymphomes malins non hodgkiniens, des cancers du système

nerveux central, et, pour les femmes, du cancer du poumon. Les tendances les plus récentes montrent que, pour les hommes, seuls les mélanomes et dans une moindre mesure, les leucémies aiguës sont encore en progression alors que les autres cancers voient leur mortalité diminuer. Pour les femmes, les cancers du poumon continuent d'augmenter à la fois en incidence et en mortalité [4].

Les cancers du sein et de la prostate ont vu leur incidence diminuer brutalement depuis le milieu des années 2000. Pour les cancers du sein, cette baisse est probablement temporaire et résulte de la diminution de la prescription de l'hormonothérapie substitutive à la ménopause. Pour les cancers de la prostate, elle survient dans un contexte où le dosage du *Prostate Specific Antigen* - antigène prostatique spécifique (PSA) comme test de dépistage est discuté et ses conséquences délétères reconnues (surdepistage, complications et séquelles de traitements). Il est aussi possible que la «fraction dépistable» de ces cancers ait été effectivement dépistée et il est difficile de prévoir l'évolution à venir pour ces deux localisations.

L'évolution des cancers du foie et du pancréas, plus difficile à interpréter, est marquée par une létalité très élevée et une progression de l'incidence alors que la mortalité est plutôt stable pour les hommes (mais augmente pour les femmes).

Les études de survie confirment des disparités considérables selon les localisations [5]. La survie nette à 10 ans varie de 4% pour le foie ou le pancréas à 93 % pour le cancer du testicule. La survie a progressé pour la majorité des cancers entre 1990 et le milieu des années 2000. Pour le cancer de la prostate, cette amélioration est due à la fois à une anticipation des diagnostics du fait du dosage du PSA, qui augmente la durée d'observation de la maladie, et à une prise en charge plus efficace car plus précoce. Un mécanisme analogue explique l'amélioration du pronostic des cancers du sein, de la thyroïde, du rein, du colon et du rectum. S'y ajoutent vraisemblablement des progrès dans la prise en charge thérapeutique. Pour quelques cancers comme certaines hémopathies malignes, les progrès thérapeutiques constituent la cause essentielle des gains de survie.

Les données de mortalité confirment la situation globalement plus favorable des régions du sud de la France métropolitaine par rapport à celles du nord [5]. Pour les hommes, la mortalité par cancer la plus élevée est observée dans le nord-est, le nord-ouest mais aussi dans le centre de la France. Le sud de la France et l'Île-de-France ont les taux de décès les plus faibles. Pour les femmes, l'Île-de-France présente une situation moins favorable que pour les hommes. Ces différences sont principalement liées aux cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures, plus fréquents dans le nord et le nord-ouest alors que les cancers recto-coliques sont plus fréquents dans le nord-est. Pour les autres localisations, on observe souvent une mortalité supérieure dans le nord mais les différences sont moins nettes [6].

La situation vis-à-vis des cancers reste nettement plus défavorable pour les hommes qui présentent des taux d'incidence et de décès plus élevés et des localisations pour lesquelles la survie est moindre. Cependant, l'évolution semble chez eux plus favorable que chez les femmes.

Si l'anticipation du diagnostic liée au dépistage va de pair avec une amélioration de la prise en charge, le dépistage est aussi à l'origine du diagnostic d'une plus importante proportion de cancers peu évolutifs et de bon pronostic. L'un des enjeux actuels pour le système de soins est donc de prendre en charge ces « nouveaux cancers » avec des procédures adaptées, moins agressives, en diminuant les effets iatrogènes sans pour autant entraîner une perte de chance.

Pour les cancers associés au tabac et à l'alcool, la survie est courte et les progrès thérapeutiques faibles. Ceci montre l'importance des actions de prévention car les gains potentiels en termes de mortalité sont considérables. Les stratégies de prévention des comportements à risque doivent prendre en compte les caractéristiques sociales des populations qui ont un poids très important dans le domaine du cancer. C'est ainsi le cancer qui contribue le plus fortement à la surmortalité des hommes sans diplôme, les inégalités les plus fortes concernant les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures. Ces localisations sont également principalement en cause dans les disparités entre régions.

D'autres enjeux majeurs comme l'amélioration de l'organisation des soins, l'accès renforcé au dépistage et l'insertion sociale pendant et après la maladie doivent aussi être considérés, en prenant en compte la question des inégalités.

Références

- [1] *Les cancers en France en 2013*. Collection état des lieux et des connaissances. Boulogne-Billancourt, Ouvrage collectif édité par l'INCa, 2014. 256 p. <http://www.e-cancer.fr>
- [2] **Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A. S., Bossard N.** *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012*. Partie 1 : Tumeurs solides. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2013, 122 p. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/>
- [3] **Monnereau A., Remontet L., Maynadié M., Binder-Foucard F., Belot A., Troussard X., Bossard N.** *Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012*. Partie 2 : Hémopathies malignes. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2013, 88 p. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/>
- [4] **Hill C., Jouglà E., Beck F.** Le point sur l'épidémie de cancer du poumon due au tabagisme. *Bull Epidemiol Hebd*, 2010, 19-20, 210-213.
- [5] **Grosclaude P., Remontet L., Belot A., Danzon A., Rasamimanana Cerf N., Bossard N.** *Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2007*. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. InVS, INCa, 2013, 410 p.
- [6] Site du CépiDc-Inserm : www.cepidc.inserm.fr

Les maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) occupent en France une place prépondérante dans la morbidité et la mortalité. Elles constituent le premier motif d'admission en ALD et la troisième cause d'hospitalisation et représentent la deuxième cause de décès après les cancers avec près de 150 000 morts chaque année, soit près de 30 % de l'ensemble des décès [1].

Plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux, fréquents et souvent associés, favorisent la survenue des maladies vasculaires : hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, tabagisme, sédentarité, surpoids.

On constate de fortes disparités sociales et territoriales de mortalité cardio-vasculaire, mais de moindre amplitude que pour la mortalité par cancer. Les disparités sociales s'observent à la fois en fonction de la catégorie socio-professionnelle, du niveau d'études et des revenus. Les disparités géographiques se caractérisent par une surmortalité au nord de la France métropolitaine mais également dans certaines régions du sud. Les écarts sont plus marqués pour les maladies cérébro-vasculaires (avec notamment une surmortalité dans les zones rurales), que pour les cardiopathies ischémiques. Pour ces dernières, le niveau de mortalité varie moins en fonction de la taille des communes que de leur région d'appartenance (croissant nord de surmortalité).

La prévalence des facteurs de risque explique une partie de ces disparités. D'autres facteurs (expositions chimiques ou physiques ou psychosociales) sont susceptibles d'expliquer une part du gradient, au même titre que le recours au système de soin. L'utilisation du système de soin est ainsi socialement différenciée, à la fois dans l'accès primaire (premier contact avec le système de soin) et secondaire aux soins (prise en charge), de manière plus ou moins marquée. Le rôle des déterminants sociaux serait ainsi au moins aussi important dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires en amont et en aval de l'hospitalisation que pendant.

Trois de ces affections — les accidents vasculaires cérébraux, les cardiopathies ischémiques et l'insuffisance cardiaque — représentent un enjeu de santé publique essentiel par leur incidence et leur prévalence élevées, par leur coût humain, social et économique majeur et du fait de l'hétérogénéité de leur prise en charge préventive et curative à l'échelle nationale.

Les accidents vasculaires cérébraux

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC), dont l'hypertension artérielle constitue le principal facteur de risque, affectent 400 000 personnes en France. À l'origine de 6% de l'ensemble des décès (33 000 par an), ils représentent la troisième cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme. Ils constituent également la première cause de handicap acquis de l'adulte [2]. Les séquelles des AVC sont d'autant plus limitées que les patients sont pris en charge rapidement par des structures adaptées permettant un diagnostic et des soins précoces. La prise en charge des AVC par une filière spécifique est ainsi associée à une réduction de leur mortalité [3].

Des efforts particuliers ont été entrepris avec le Plan national de lutte contre les AVC 2010-2014. Le bilan à mi-parcours est plutôt positif pour la prise en charge des patients en phase aiguë avec la création de 125 unités neuro-vasculaires pour 140 prévues. En revanche, le suivi des patients à domicile et en institution doit être amélioré. En 2007, un peu moins de 10% des patients étaient hospitalisés en rééducation fonctionnelle après un AVC, avec de fortes disparités régionales [4].

La mortalité par AVC diminue en France comme ailleurs en Europe et aux États-Unis, et cette baisse concerne tous les âges de la vie. Cette amélioration résulte à la fois d'une réduction d'incidence des AVC et des récives, et de l'amélioration de leur prise en charge [5].

Toutefois, au cours des deux dernières décennies, les taux d'incidence ou d'hospitalisation pour AVC chez l'adulte jeune (avant 65 ans) ont augmenté en

Les cardiopathies ischémiques

Europe et aux États-Unis [6]. Ces tendances sont à rapprocher de l'augmentation de l'obésité, du diabète et du tabagisme chez l'adulte jeune.

La baisse de fréquence de la maladie coronaire observée en France depuis les années 1980 s'est poursuivie ces dernières années. Cette baisse a essentiellement concerné les personnes âgées de plus de 55 ans mais n'est pas observée chez les plus jeunes et chez les femmes. Elle concerne l'incidence et la mortalité de l'infarctus du myocarde et les décès coronaires [7-9]. En revanche, la létalité hospitalière et la létalité générale sont restées relativement stables pendant cette période.

En 2008, 56 000 personnes ont été hospitalisées pour infarctus du myocarde en France. Entre 2000 et 2008, ce nombre a diminué de 7,4% correspondant à une réduction de 17,2% du taux contrôlé pour l'âge.

Dans les deux dernières décennies, la prise en charge des patients présentant un syndrome coronaire aigu a été bien codifiée et standardisée et est devenue homogène selon les régions. La pratique de l'angioplastie a fortement progressé aux dépens de la thrombolyse. Les traitements médicamenteux de suite sont également identiques selon les régions et conformes aux recommandations. Toutefois, la prescription de réadaptation fonctionnelle après l'épisode aigu reste faible avec de fortes disparités régionales [10].

L'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque touche surtout les personnes âgées. Elle est fréquente (2 à 3% de la population), à forte mortalité (au moins 22 000 décès soit 4,1% de l'ensemble des décès par an) et à forte létalité (de l'ordre de 9% en intra-hospitalier) [11], à l'origine de nombreuses hospitalisations pour décompensation aiguë (150 000 en 2008) [12] et susceptible d'affecter grandement la qualité de vie des patients. La loi de santé publique de 2004 prévoyait la réduction d'au moins 20% en cinq ans des hospitalisations pour décompensation aiguë mais cet objectif n'a pas été atteint (les taux sont restés stables durant la période 2002-2008).

Moins d'un patient sur cinq reçoit la trithérapie recommandée (inhibiteur de l'enzyme de conversion, bêtabloquant et diurétique). À l'inverse, un quart des patients consomment des anti-inflammatoires non stéroïdiens, déconseillés dans cette pathologie [13].

L'insuffisance cardiaque constitue un enjeu de santé publique majeur : sa prévalence augmente avec le vieillissement de la population et l'accroissement de la survie des patients après un syndrome coronaire aigu.

Les facteurs de risque cardio-vasculaire

Le dépistage et le contrôle médical et thérapeutique de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies et du diabète, facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires associés entre eux restent insuffisants ou insuffisamment efficaces.

En effet, l'hypertension artérielle touche une personne sur trois avec une prévalence plus élevée dans le nord de la France que dans le sud. Malgré une intensification des traitements et une meilleure prise en compte des facteurs de risque associés, le contrôle tensionnel reste imparfait, en partie en raison d'un recours insuffisant aux polythérapies anti-hypertensives [14].

La fréquence des dyslipidémies (taux trop élevé de cholestérol LDL, ou taux trop faible de cholestérol HDL) a régressé en France entre 1996 et 2007, passant de 55 % à 48,5 %. La baisse du niveau moyen de cholestérolémie dans la population constatée pendant cette période a concerné de façon plus marquée les sujets traités par un hypolipidémiant que les personnes sans traitement, et les personnes les plus âgées. En revanche, on observe, en population générale, une augmentation de la concentration moyenne des triglycérides de près de 8 % pendant cette même période [15] liée en grande partie à un accroissement de la fréquence de la surcharge pondérale.

La prévention primaire des cardiopathies ischémiques, des accidents vasculaires cérébraux et de l'insuffisance cardiaque est un enjeu essentiel de santé publique. Les prévalences de l'hypertension artérielle et de certaines dyslipidémies, mais aussi celles de l'obésité et du diabète de type 2 qui sont en augmentation, sont très associées aux comportements alimentaires et au niveau de sédentarité de la population. Avec la lutte contre le tabagisme, la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique constituent des cibles prioritaires en matière de lutte contre les maladies cardio-vasculaires.

Références

- [1] Aouba A., Eb M., Rey G., Pavillon G., Jouglu E. Données sur la mortalité en France et évolutions depuis 2000. *Bull Epidemiol Hebd*, 2011, 22, 249-255.
- [2] Ménard J, de Peretti C. *Maladies cardio-vasculaires*. In : *Traité de santé publique*, 2^e édition. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2007, 342-349.
- [3] Béjot Y., Aboa-Eboulé C., Jacquin A., Troisgros O., Hervieu M., Durier J., Osseby G.V., Giroud M. Stroke care organization overcomes the deleterious 'weekend effect' on 1-month stroke mortality: a population-based study. *Eur J Neurol*, 2013, 20 (8), 1177-1183.
- [4] de Peretti C., Chin F., Tuppin P., Béjot Y., Giroud M., Schnitzler A., Woimant F. Personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral en France : tendances 2002-2008. *Bull Epidemiol Hebd*, 2012, 10-11, 125-130.
- [5] Accidents vasculaires cérébraux. In : Danet S (dir). *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011*. Drees, 292-295. http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011_69_maladies_cardio_obj72.pdf
- [6] Rosengren A., Giang K.W., Lappas G., Jern C., Torén K., Björck L. Twenty-four-year trends in the incidence of ischemic stroke in Sweden from 1987 to 2010. *Stroke*, 2013, 44 (9), 2388-2393.
- [7] Wagner A., Ruidavets J.B., Montaye M., Bingham A., Ferrières J., Amouyel P., Ducimetière P., Arveiler D. Évolution de la maladie coronaire en France de 2000 à 2007. *Bull Epidemiol Hebd*, 2011, 40-41, 415-419.
- [8] de Peretti C., Chin F., Tuppin P., Danchin N. Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008. *Bull Epidemiol Hebd*, 2012, 41, 459-465.
- [9] Danet S (dir). *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011*. Drees.
- [10] Ruidavets J.B., Montaye M., Bingham A., Wagner A., Dallongeville J., Ducimetière P., Arveiler D., Ferrières J. Prise en charge thérapeutique de l'insuffisance coronaire aiguë inaugurale dans trois régions françaises en 2006. *Bull Epidemiol Hebd*, 2011, 40-41, 426-431.
- [11] Solomon S.D., Dobson J., Pocock S., Skali H., McMurray J.J., Granger C.B. *et al.* (and for the Candesartan in heart failure: Assessment of reduction in mortality and morbidity (CHARM) investigators). Influence of nonfatal hospitalization for heart failure on subsequent mortality in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 2007, 116 (13), 1482-1487.
- [12] Pérel C., Chin F., Tuppin P., Danchin N., Alla F., Juillièrre Y., de Peretti C. Taux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en 2008 et évolutions en 2002-2008, France. *Bull Epidemiol Hebd*, 2012, 41, 466-470.

-
- [13] Merlière J., Couvreur C., Smadja L., Jolivet A. Caractéristiques et trajet de soins des insuffisants cardiaques du Régime général. Cnam-TS, *Points de repère*, 2012, 38, 14 p.
- [14] Wagner A., Arveiler D., Ruidavets J.B., Cottel D., Bongard V., Dallongeville J., Ferrières J., Amouyel P., Haas B. État des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007 : l'étude Mona Lisa. *Bull Epidemiol Hebd*, 2008, 49-50, 483-486.
- [15] Ferrières J., Bongard V., Dallongeville J., Arveiler D., Cottel D., Haas B., Wagner A., Amouyel P., Ruidavets J.B. Trends in plasma lipids, lipoproteins and dyslipidaemias in French adults, 1996-2007. *Arch Cardiovasc Dis*, 2009, 102 (4), 293-301.
-

Le diabète et l'obésité

Des problèmes de santé très liés

La prévalence du diabète traité en France est estimée à 4,8% en 2011, à partir des consommations d'antidiabétiques oraux et d'insuline et des admissions en affection de longue durée pour diabète [1]. L'enquête nationale nutrition santé de 2006, qui incluait un critère de glycémie, estimait que dans la population de 18 à 74 ans, près de 20 % des cas de diabète sont méconnus et près de 10% des cas de diabète connus ne sont pas traités [2]. La prévalence globale du diabète dépasserait donc 6%. La prévalence du diabète traité croît avec l'âge et atteint 22% chez les hommes âgés de 75-80 ans et 16% chez les femmes âgées de 80-84 ans. Elle est particulièrement élevée dans les départements d'Outre-mer, puis dans le nord-est de la métropole [3], ainsi que dans les populations de faible niveau socio-économique ou originaires de pays à risque élevé [4].

La prévalence du diabète traité était estimée à 4,4% en 2009 *versus* 2,6% en 2001 selon une méthodologie similaire [3]. Cette augmentation se poursuit, en particulier dans les départements dans lesquels la prévalence est déjà élevée [1-3]. Elle est liée au vieillissement de la population mais aussi à l'augmentation concomitante de la prévalence du surpoids et de l'obésité. Le diabète de type 2, qui représente en France 92% des cas, résulte en effet d'une interaction étroite entre génétique et environnement. Son émergence sur des terrains génétiquement prédisposés est favorisée par la sédentarité et l'obésité, qui constituent des facteurs de risque modifiables [4].

En 2012, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte atteignait respectivement 32 et 15%, selon l'étude Obepi, ces résultats étant en outre sous-estimés par le caractère déclaratif du poids et de la taille dans cette enquête. La forte augmentation de la prévalence de l'obésité observée entre 1997 (8,5%) et 2009 (14,5%) semble se ralentir. Les écarts entre groupes sociaux sont très marqués, avec un gradient qui tend à s'aggraver : en 1997, l'obésité touchait 12% des personnes ayant des revenus mensuels inférieurs à 1 200 € contre 5% de celles dont les revenus dépassaient 3 800€. En 2009, ces chiffres atteignaient respectivement 24 et 8%. Les inégalités géographiques sont également très fortes [5].

La prise en charge thérapeutique

Insuffisance rénale terminale, cécité, amputations, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral et insuffisance cardiaque révèlent toute la gravité du diabète. Ces complications peuvent être prévenues par un contrôle efficace des facteurs de risque, puis traitées quand elles surviennent. Les enquêtes Entred successives ont documenté d'importantes améliorations dans la prévention, le dépistage et le

traitement entre 2001 et 2007 [4]. Surtout, les traitements médicamenteux sont devenus plus fréquents et plus intensifs, entraînant un meilleur contrôle glycémique, des lipides et du niveau tensionnel. Toutefois, des essais cliniques récents ont montré les risques d'un contrôle trop strict. Certaines molécules ont été retirées de la vente compte tenu de leur risque iatrogène. Les objectifs thérapeutiques ont donc été nuancés et individualisés [6]. Si la fréquence des amputations du membre inférieur a récemment diminué, et si la survenue des autres complications est vraisemblablement retardée, la fréquence des complications cardio-vasculaires et rénales (impliquant la dialyse) stagne [4]. L'augmentation de la prévalence du diabète et l'allongement de la survie des personnes diabétiques lié à une meilleure prise en charge [3] contribuent en effet à une augmentation de la prévalence du diabète compliqué.

L'obésité, outre son retentissement sur le bien-être de l'individu, entraîne des co-morbidités majeures : maladies cardio-vasculaires, arthrose, stéatose hépatique, syndrome d'apnées du sommeil, troubles respiratoires, etc. La détection de ces complications, en particulier du syndrome d'apnées du sommeil, est plus fréquente et la prise en charge de l'obésité se structure avec la création de centres de référence, mais elle reste tardive et complexe. En revanche, la chirurgie bariatrique (de l'estomac et de l'intestin) en cas d'obésité morbide est un plein essor [1]. Ses effets sont prometteurs mais ses risques mal connus. La chirurgie bariatrique devient même métabolique lorsqu'elle consiste à opérer des patients en surpoids afin de les guérir du diabète.

Le diabète représente aujourd'hui plus de 5% des dépenses de l'Assurance maladie, et celles-ci sont en forte croissance [1]. Compte tenu des enjeux, la mobilisation institutionnelle est large. La HAS a publié des recommandations sur le dépistage, le traitement et le suivi du diabète et également sur l'obésité. Plusieurs objectifs de la loi de santé publique de 2004 portaient sur l'obésité et le diabète mais ils n'ont pas été atteints. Des plans nationaux de santé publique consacrés au diabète, à la nutrition-santé et à l'obésité ont été mis en œuvre ou sont en cours. Les réseaux de prise en charge du diabète ont, depuis plus de dix ans, œuvré pour rationaliser la prise en charge. Le diabète est par ailleurs en tête des programmes d'éducation thérapeutique autorisés par les agences régionales de santé (ARS). Plus récemment, l'Assurance maladie a, pour améliorer l'efficacité, directement engagé plusieurs actions vers les médecins (mémos de rappel du parcours de soins, indicateurs spécifiques de la rémunération sur objectifs de santé publique) et les assurés (programme Sophia d'accompagnement du diabète ou santé active pour la population générale). Une évaluation approfondie de ces actions reste nécessaire [6].

Références

- [1] Rapport sur les charges et produits 2014, 11 juillet 2013. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014. Cnam-TS. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/index.php>
- [2] Bonaldi C., Vernay M., Roudier C., Salanave B., Oleko A., Malon A., Castetbon K., Fagot-Campagna A. A first national prevalence estimate of diagnosed and undiagnosed diabetes in France in 18- to 74-year-old individuals: the French Nutrition and Health Survey 2006/2007. *Diabet Med*, 2011, 28 (5), 583-589.

-
- [3] Ricci P, Blotière P.O., Weill A., Simon D., Tuppin P., Ricordeau P., Allemand H. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? *Bull Epidemiol Hebd*, 2010, 42-43, 425-431.
- [4] *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*. Rapport 2011, Dress.
- [5] ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids. www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi_2012.html
- [6] Jourdain-Menninger D., Lecoq G., Morel A. *Évaluation de la prise en charge du diabète*. IGAS, Rapport n° RM2012-033P, avril 2012.
-

Les maladies respiratoires

L'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive sont deux affections respiratoires qui occupent une place importante en santé publique par leur fréquence et leur gravité potentielle.

L'asthme

L'asthme est une maladie multifactorielle qui résulte de l'interaction entre gènes et environnement. Son étiologie n'est pas clairement élucidée, mais les facteurs responsables de son exacerbation sont bien identifiés : allergènes, infections respiratoires, polluants de l'air, tabac, stress.

C'est la maladie chronique la plus fréquente de l'enfant, avec une prévalence qui atteint environ 10% et des écarts marqués entre les régions, celles d'outre-mer et de l'ouest de la France métropolitaine apparaissant les plus touchées [1-3]. Chez l'adulte, la prévalence globale est d'environ 6%. Elle varie selon les milieux socio-professionnels (plus élevée chez les chômeurs, les inactifs, les ouvriers et les employés) et selon le niveau de revenus et d'études [4].

Au cours de la période 2008-2010, 950 décès par asthme ont été enregistrés en moyenne chaque année, dont 60 chez des personnes âgées de moins de 45 ans. Les taux de mortalité standardisés sur l'âge ont nettement diminué entre 2000 et 2010, y compris chez les moins de 45 ans [5], vraisemblablement du fait des progrès thérapeutiques.

Néanmoins, le contrôle de la maladie reste souvent insuffisant. Ainsi, les enquêtes en milieu scolaire montrent que plus d'un tiers des élèves présentant un asthme actuel ont eu, dans l'année écoulée, au moins quatre crises, un réveil nocturne en moyenne par semaine ou une crise grave [2]. Selon l'Enquête santé et protection sociale 2006, 38 % des personnes dont l'asthme n'était pas contrôlé déclaraient n'avoir pas pris de traitement de fond dans l'année écoulée [4].

De ce fait, les hospitalisations pour crise d'asthme, qui sont en grande partie évitables par une prise en charge adaptée, restent fréquentes : plus de 50 000 séjours en France métropolitaine en 2011, dont 63% concernaient des enfants âgés de moins de 15 ans. Entre 1998 et 2011, les taux d'hospitalisation standardisés sur l'âge ont nettement diminué chez l'adulte mais légèrement augmenté chez l'enfant [5].

Dans ce contexte, les efforts sont à poursuivre dans la diffusion des recommandations ainsi que dans l'éducation thérapeutique des patients afin d'améliorer la prise en charge, notamment dans les groupes sociaux les moins favorisés chez lesquels l'asthme est à la fois plus fréquent et moins bien contrôlé [3].

La broncho- pneumopathie chronique obstructive

Affection dont le principal facteur de risque est le tabac (responsable de 80% des cas), la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) touche surtout les hommes mais les écarts hommes-femmes tendent à se réduire, en raison du rapprochement des habitudes tabagiques. Les symptômes de bronchite chronique (toux et expectoration habituelle pendant trois mois chaque année) sont souvent banalisés, de sorte que trois personnes atteintes sur quatre ne seraient pas diagnostiquées. La prévalence de la bronchite chronique chez les adultes âgés de 45 ans ou plus était estimée à 4% en France au début des années 2000 [6]. La prévalence de la BPCO est plus complexe à estimer puisqu'elle nécessite la mesure de la fonction respiratoire : elle était à cette même période de l'ordre de 7,5% chez l'adulte [7].

Entre 2008 et 2010, en moyenne 17 500 décès par an ont mentionné une BPCO, dont la moitié en cause initiale du décès. En 2010, les taux de mortalité par BPCO (en tant que cause initiale) étaient de 41/100 000 chez les hommes et 18/100 000 chez les femmes. Entre 2000 et 2010, les taux de mortalité ont diminué chez les hommes et sont restés stables chez les femmes [8].

Les exacerbations de BPCO sont un facteur de mauvais pronostic sur l'évolution de la maladie, les plus sévères nécessitant une hospitalisation. En 2011, selon l'indicateur utilisé, on recense entre 85 000 et 130 000 hospitalisations liées à une exacerbation de BPCO. Entre 1998 et 2011, les taux d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO ont augmenté chez les hommes (+2% par an) comme chez les femmes (+6% par an) [8].

Dans les prochaines années, le poids de la maladie devrait augmenter en raison de l'allongement de la durée de vie et de la diminution de la mortalité cardiovasculaire. Dans ce contexte, les principaux enjeux concernant cette affection sont l'amélioration de son diagnostic, afin que soit mise en place une prise en charge adaptée permettant de réduire les exacerbations et d'améliorer la qualité de vie, et la lutte contre son principal facteur de risque, la consommation de tabac.

Références

- [1] Delmas M.C., Fuhrman C. L'asthme en France : synthèse des données épidémiologiques descriptives. *Rev Mal Respir*, 2010, 27, 151-159.
- [2] Delmas M.C., Guignon N., Leynaert B., Com-Ruelle L., Annesi-Maesano I, Herbet JB, Fuhrman C. Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France. *Arch Pediatr*, 2009, 16, 1261-1269.
- [3] Delmas M.C., Guignon N., Leynaert B., Annesi-Maesano I., Com-Ruelle L., Gonzalez L., Fuhrman C. Prévalence et contrôle de l'asthme chez le jeune enfant en France. *Rev Mal Respir*, 2012, 16, 688-696.
- [4] Afrite A., Allonier C., Com-Ruelle L., Le Guen N. *L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes*. Irdes, Questions d'Economie de la santé, 2008, 138, 8 p.
- [5] Surveillance épidémiologique de l'asthme en France. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Asthme/Surveillance-epidemiologique-de-l-asthme-en-France>
- [6] Fuhrman C., Delmas M. C. Epidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. *Rev Mal Respir*, 2010, 27, 160-168.
- [7] Roche N., Zureik M., Vergnenegre A., Huchon G., Neukirch F. Données récentes sur la prévalence de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France. *Bull Epidemiol Hebd*, 2007, 27-28, 245-248.
- [8] Bronchopneumopathie chronique obstructive. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Bronchopneumopathie-chronique-obstructive>

Les troubles mentaux et du comportement

Les troubles de la santé mentale couvrent un champ vaste et hétérogène, allant de la souffrance psychique consécutive aux difficultés relationnelles et sociales jusqu'aux pathologies psychiatriques sévères et durables, souvent sources d'une situation de handicap. Leur poids est difficile à appréhender et reste globalement sous-estimé, en France comme dans d'autres pays.

En termes de mortalité directe, les troubles mentaux ne sont pas au premier plan, mais sont souvent des déterminants décisifs d'autres causes [1]. Dans les populations atteintes de pathologies psychiatriques caractérisées, les taux de décès sont multipliés par sept pour le suicide et les accidents et par deux pour les pathologies somatiques [2]. Le suicide est à l'origine d'environ 10 400 décès en 2011, chiffre qui serait en outre sous-estimé d'environ 10%. Le taux de mortalité par suicide est en baisse depuis le milieu des années 1980 mais demeure élevé, en comparaison avec le taux moyen des pays de l'Union européenne [3].

En 2011, pour près de 3% des bénéficiaires du régime général, les troubles mentaux ont constitué un motif d'hospitalisation au cours des cinq dernières années ou ont donné lieu à une prise en charge en ALD. Ils se classent ainsi au cinquième rang des affections chroniques, derrière les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires, le diabète et les cancers [4]. Les pathologies mentales le plus souvent à l'origine des prises en charge en ALD sont les troubles de l'humeur (dépression en particulier), les troubles mentaux organiques (démences le plus souvent) et les psychoses (schizophrénies notamment) [5]. Ces dernières représentent l'une des causes majeures du handicap psychique.

Les troubles schizophréniques représentent 45% des diagnostics principaux chez les patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie, illustrant l'impact très lourd de ces troubles sur la vie des personnes atteintes [8].

Les troubles dépressifs apparaissent comme la première cause de perte d'années vécues en bonne santé dans les pays à revenu élevé [6]. Les troubles mentaux constituaient en 2006 la première cause d'admission en invalidité (28%) des assurés du régime général [7].

Les enquêtes en population générale permettent de suivre les problèmes les plus fréquents. Selon le Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), entre 2005 et 2010, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) n'a pas évolué (8%) mais la part des EDC n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge est en recul. La prévalence des EDC est associée au fait de vivre seul, d'avoir subi des violences (en particulier sexuelles), aux deuils précoces, à la consommation de tabac, ainsi que, chez les femmes, à la situation de chômage. En 2010, 4% de la population déclarent avoir eu des pensées suicidaires et 0,5% avoir fait une tentative de suicide dans l'année. Les femmes sont plus souvent concernées que les hommes, et le fait d'avoir subi des violences constitue le facteur de risque le plus important [9].

La prévalence des troubles mentaux est marquée par un gradient social [10], les prévalences les plus élevées étant observées chez les personnes vivant dans les situations les plus précaires. Ces liens sont toutefois à considérer avec prudence, les troubles mentaux pouvant tout à la fois être facteurs de risque et conséquences de l'exclusion sociale.

La prise en charge des troubles mentaux les plus sévères, qui relève de soins spécialisés, n'est actuellement pas optimale, et de nombreux freins sont régulièrement identifiés : démographie et répartition sur le territoire des psychiatres, non-remboursement par l'Assurance maladie des actes de psychologue, cloisonnement entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, et au sein du secteur sanitaire entre la ville et l'hôpital, stigmatisation et auto-stigmatisation des patients, etc. [11-13].

Les enjeux de santé publique en matière de pathologies psychiques se concentrent aujourd'hui en France sur la prévalence des suicides, la détection et la prise en charge précoce et spécialisée des troubles psychotiques et sur le repérage et la prise en charge des dépressions. Une évolution de l'organisation du système de soins psychiatriques, alliant meilleure répartition des ressources, spécificité des réponses et proximité apparaît notamment souhaitable.

Références

- [1] **Jougla E.**, *Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable »*. HCSP, Collection Documents, La Documentation française, 2013. 31 p.
- [2] **Scott K.M., Von Korff M., Alonso J., Angermeyer M.C., Bromet E., Fayyad J. et al.** Mental-physical comorbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*, 2009, 39 (1), 33-43.
- [3] Taux de décès par suicide dans l'Union européenne. Insee, 14 décembre 2012. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=98&ref_id=Suicide
- [4] *Propositions de l'Assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2013*. Cnam-TS, 19 juillet 2012, 134 p.
- [5] Fréquence des ALD, tableau III. Assurance maladie ; 31 déc. 2011. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-des-ald-au-31-12-2011.php>
- [6] *The global burden of disease: 2004 update* [Internet]. OMS ; 2008 oct. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html
- [7] **Cuerq A., Païta M., Ricordeau P.** Les causes médicales de l'invalidité en 2006. Cnam-TS, *Point de repère*, 2008, 16, 8 p.
- [8] ATIH, base RIM P, 2011, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [9] *Baromètre santé 2010*. Inpes. <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>
- [10] **Bresson M.** Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence. *Cah Int Sociol*, 2003, 115 (2), 311-326.
- [11] **Kovess-Masféty V., Lebreton-Lerouvillois G., Gilbert F.** Utilisation du système de soin en santé mentale et planification : données régionales et intrarégionales. *L'Encéphale*, 2007, Suppl 5, S157-S163.
- [12] **Dumesnil H., Cortaredona S., Verger P., Cavillon M., Mikol F., Aubry C., Sebbah R., Verdoux H.** La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Drees, *Études et Résultats*, 2012, 810, 8 p.
- [13] **Giordana J.Y.** *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Paris, Masson, 2010, 264 p.

Les maladies infectieuses

Les maladies transmissibles sont contrôlées dans les pays développés grâce à l'action conjointe de l'hygiène, des réseaux d'eau potable et d'assainissement et du contrôle microbiologique de la chaîne alimentaire.

À ces méthodes de prévention universelle s'est ajoutée la vaccination, dont l'efficacité a été remarquable pour diminuer la mortalité et la morbidité infectieuses. Les antibiotiques, dans les années 1950, ont de plus permis une chute de la mortalité par infection de 75 % en quinze ans. Dans ce contexte, les autorités de santé de plusieurs pays industrialisés avaient prévu à la fin des années 1970 la disparition des maladies infectieuses, qui paraissaient alors une survivance du passé.

Certaines maladies ont complètement ou presque complètement disparu, essentiellement sous l'effet de la vaccination. La variole a été éradiquée de la surface de la terre. Pour la poliomyélite et la diphtérie, aucun cas autochtone n'a été observé récemment en France. Certaines maladies persistent en raison d'une vaccination insuffisante, en particulier la rougeole (23 000 cas cumulés déclarés en France depuis 2008) qui sévit par bouffée épidémique. Ainsi en 2011, 15 000 cas ont été dénombrés, 1 500 ont présenté une pneumonie grave, 31 une encéphalite et dix personnes en sont décédées.

En France, la mortalité infectieuse représente environ 5 % des causes de décès. Elle est faible chez les jeunes (2/100 000) mais 100 fois plus élevée chez les sujets âgés. Les causes varient avec l'âge : infections périnatales et intestinales avant 25 ans, sida et hépatites virales chez les adultes jeunes, pneumonies et septicémies chez les sujets âgés.

Alors qu'il s'agit de fléaux planétaires, la mortalité et la morbidité attribuables au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme restent relativement limitées en France.

Environ 150 000 personnes sont infectées par le VIH en France. L'incidence moyenne des nouvelles contaminations a été estimée en 2012 à 18/100 000 personnes par an, mais elle atteint 147/100 000 en Guyane, 56/100 000 en Guadeloupe et 39/100 000 en Île-de-France. En 2012, environ 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité. Parmi ces nouveaux diagnostics, 40 % étaient précoces mais près de 30 % étaient réalisés au stade sida ou chez des patients déjà très immunodéprimés et la plupart (84 %) n'avaient pas bénéficié de traitement antirétroviral. La population la plus touchée est celle des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes qui connaît aussi, depuis 2003 une augmentation des diagnostics de syphilis et de gonococcies, en lien avec des comportements sexuels à risque. Les personnes d'origine étrangère (principalement d'Afrique subsaharienne) restent très touchées, même si le nombre de contaminations est en baisse depuis 2003. Enfin, les contaminations par le VIH persistent chez les usagers de drogues injectables utilisant du matériel contaminé.

L'incidence de la tuberculose a continué à baisser au cours des dernières années. Près de 5 000 cas ont été notifiés en 2011, soit une incidence de 8/100 000 habitants (contre 16/100 000 en 1993 et 10/100 000 en 2003). Mais il existe de fortes disparités géographiques, l'Île-de-France (15/100 000), Mayotte (18/100 000)

et la Guyane (23/100 000) étant les zones les plus touchées. Certains groupes sont particulièrement à risque, avec des taux d'incidence qui dépassent 50/100 000 : les personnes sans domicile fixe (183/100 000) et celles nées à l'étranger, notamment dans des pays d'Asie ou d'Afrique à forte prévalence de tuberculose. Les tuberculoses résistantes au traitement restent rares mais sont à surveiller attentivement, notamment chez des patients venant de pays de l'ex-URSS.

Le paludisme est, en France métropolitaine, une maladie quasi exclusivement observée chez les voyageurs (3 510 cas de paludisme d'importation en 2012). Les pays de contamination se situent en Afrique subsaharienne dans 95 % des cas. Les voyageurs les plus à risque et les plus exposés sont les migrants d'origine africaine (78 %), résidant en France et retournant dans leur pays d'origine pour visiter amis et famille. L'espèce *Plasmodium falciparum* est responsable dans 88 % des cas et 10 % des accès de paludisme sont des formes graves. Dans les territoires non métropolitains, il n'y a pas de paludisme, sauf en Guyane française.

Face aux microbes, les hommes sont inégaux en raison de leurs facteurs génétiques propres. Des travaux de recherche sur la réceptivité individuelle laissent ainsi espérer une meilleure adéquation des actions de prévention. De plus, la réceptivité de la population évolue. Les traitements immunodépresseurs permettent la guérison ou la rémission de maladies autrefois mortelles (cancers, hémopathies, maladies auto-immunes, etc.) mais génèrent parfois des situations d'immuno-dépression chronique, les personnes concernées devenant alors sensibles à de nombreux agents infectieux banals chez les personnes immunocompétentes.

Par ailleurs, les soins intensifs et les méthodes invasives de réanimation permettent de sauver des vies, mais les dispositifs artificiels introduits dans le corps peuvent s'infecter à partir de la flore résidente des malades ou par contamination croisée *via* le personnel soignant. Le prix à payer pour la survie est parfois la survenue d'infections nosocomiales, dont la prévention par l'hygiène n'est pas toujours aisée. Le même phénomène survient avec l'implantation de plus en plus courante de matériel étranger (prothèses ostéo-articulaires, valves cardiaques, cardiostimulateurs, etc.).

Enfin, dans les pays industrialisés dont la population vieillit, on compte une proportion importante de personnes très âgées aux défenses immunitaires affaiblies. La perte d'autonomie génère parfois des complications (escarres, pneumonies de déglutition, infections urinaires) et la vie en institution peut faciliter la propagation d'infections respiratoires ou de gastro-entérites, parfois mortelles.

Dans les prochaines années, la lutte contre les maladies infectieuses va faire face à de nouveaux défis, tel le développement de la résistance aux antibiotiques des bactéries responsables d'infections graves. La multi-résistance de certaines bactéries hospitalières est devenue courante et on observe le développement de l'ultra-résistance, voire de la toto-résistance. La résistance, phénomène hospitalier, se répand dans la communauté (pneumocoques dans les crèches, staphylocoque doré résistant à la méticilline, bactéries de cystite chez la femme...).

La sélection de mutants résistants a pu être contournée jusqu'à présent par le développement régulier de nouveaux antibiotiques. Mais le risque de pénurie

d'innovations existe, avec seulement deux nouveaux antibiotiques enregistrés à la *Food and Drug Administration* américaine (FDA) entre 2008 et 2012. Des difficultés majeures risquent d'apparaître pour certains types de soins (chirurgie, soins aux prématurés, chimiothérapie des cancers, soins intensifs et réanimation) en raison du manque d'antibiotiques efficaces.

La vaccination constitue un autre défi. Pour les maladies infectieuses les plus fréquentes et les plus graves, les vaccins existent. L'enjeu est désormais de faire en sorte que les résultats obtenus ne soient pas remis en cause par une perte de confiance du public, mettant en doute la nécessité de se faire vacciner.

Références

- [1] Plotkin S.L., Plotkin S.A. *A short story of vaccination*. In: *Vaccines*. Plotkin SA, Orenstein WA, eds, Philadelphia, WB Saunders, 2004, 1-15.
- [2] Floret D. Les résistances à la vaccination. *Med Sciences*, 2010, 26, 1-7.
- [3] Gavazzi G., Krause K.H. Ageing and infection. *Lancet Infect Dis*, 2002, 2, 659-666.
- [4] Carlet J., Astagneau P., Brun-Buisson C., Coignard B., Salomon V., Tran B. *et al.* French national program for prevention of healthcare-associated infections and antimicrobial resistance, 1992-2008: positive trends but perseverance needed. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2009, 30, 737-745.
- [5] Bion J., Richarson A., Hibbert P., Beer J., Abrusci T., McCutcheon M. *et al.* "Matching michigan": a 2-year stepped interventional programme to minimise central veinous catheter-blood stream infections in intensive care units in England. *BMJ Qual Saf*, 2013, 22, 110-123.
- [6] Infectious Diseases Society of America (IDSA), Spellberg B., Blaser M., Guidos R.J., Boucher H.W., Bradley J.S., Eisenstein B. *et al.* Combating antimicrobial resistance: policy recommendations to save lives. *Clin Infect Dis*, 2011, 52, Suppl 5, S397-S428.

Les maladies émergentes

La France n'est pas à l'abri de l'importation d'un nouveau microbe transmissible et dangereux, le risque étant majoré par l'amplitude et la rapidité des voyages à travers le monde. L'actualité des dernières années a confirmé l'émergence de certaines maladies infectieuses comme le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) dû à une nouvelle souche de coronavirus d'origine animale, le chikungunya, la grippe dans une forme pandémique, ou aujourd'hui la maladie à virus Ebola.

Les maladies infectieuses émergentes (MIE) sont des maladies liées à un agent infectieux, nouveau, ou nouvellement reconnu. Leur dissémination est fonction de l'environnement, y compris humain et socio-économique. Sources potentielles de crises sanitaires, au niveau national et international, elles peuvent provoquer troubles et désorganisation sociale du fait de deux caractéristiques principales : leur contagiosité et leur gravité.

L'intensité et l'extension du phénomène varient de quelques dizaines de cas localisés à des milliers, voire des millions. L'incertitude est une constante au début de l'émergence. Les facteurs de variabilité relèvent en partie de l'agent infectieux, de sa capacité de diffusion et de ses modalités de transmission, mais aussi de l'hôte, de sa fragilité, de ses capacités d'observation, d'intervention et de prévention, et des conditions environnementales.

La stratégie d'identification doit être élaborée en fonction de la présentation clinique et de l'orientation étiologique initiale. L'identification des agents

inconnus est l'affaire de laboratoires spécialisés, sécurisés, disposant d'outils élaborés de détection et de culture ou d'isolement. Le travail en réseau (national et international), la communication rapide des résultats scientifiques sur les sites internet officiels (OMS, agences nationales) en cas d'urgence épidémiologique (SRAS, grippe aviaire, Ebola) sont cruciaux.

Les agents infectieux connus pour causer une maladie infectieuse chez l'humain sont nombreux : environ 1 400 dont 60% d'origine zoonotique [1]. Parmi la centaine d'agents infectieux émergents recensés ces 40 dernières années, 73 à 75% ont une origine animale avérée [2-4].

La déforestation et les nouvelles pratiques agricoles, les changements démographiques, sociétaux et comportementaux, ainsi que la précarité des conditions de vie font le lit des nouvelles infections. Les transports régionaux et intercontinentaux de biens économiques, d'animaux et de personnes favorisent la dispersion et les échanges d'agents infectieux ou de leurs vecteurs et réservoirs. Les capacités évolutives, en particulier des virus ou des bactéries, conduisent à leur adaptation à de nouveaux contextes.

Un grand nombre d'agents infectieux émergents, et en particulier des virus, ont leur origine dans les situations de perturbation écologique ou de perte de diversité biologique [5].

L'analyse spatiale est un outil pour la prédiction des émergences. Si la distribution géographique des agents infectieux est peu connue, la spatialisation des déterminants majeurs des émergences (taille de population humaine, densité humaine, connexions entre populations, niveau de perturbation écologique, perte de diversité biologique...) est possible et a déjà été mise en œuvre pour prédire leur survenue [5-6].

Les alertes n'ont pas manqué, qui font évoluer l'organisation de la prise en charge : le SRAS est ainsi réputé avoir provoqué une véritable « révolution » dans la gouvernance mondiale des maladies infectieuses ; le chikungunya, qui a frappé plus de 35% de la population de l'île de La Réunion en 2006, a contribué à renforcer la surveillance et la veille épidémiologique en France ; la grippe pandémique A/H1N1 de 2009 a questionné nos pratiques de communication et le degré d'adhésion de la population à la vaccination de masse.

La préparation à ce type d'événement, régulièrement ravivée par la survenue d'épidémies (Ebola en 2014), doit intégrer une dimension européenne et mondiale et s'appuyer sur le Règlement sanitaire international [7-8].

Références

- [1] Taylor L.H., Latham S.M., Woolhouse M.E. Risk factors for human disease emergence. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 2001, 356 (1411), 983-989.
- [2] Woolhouse M.E., Antia R. Emergence of new infectious diseases. In: Stearns SC, Koella JC, eds, *Evolution in Health and Disease*. Oxford, Oxford university Press, 2007, 215-228.
- [3] Woolhouse M.E., Gowtage-Sequeira S. Host range and emerging and reemerging pathogens. *Emerg Infect Dis*, 2005, 11, 1842-1847.
- [4] Smith K., Guégan J.F. Changing Geographic Distributions of Human Pathogens. *Ann Rev Ecol Evol System*, 2010, 41, 231-250, doi: 10.1146/annurev-ecolsys-102209-14463.

-
- [5] Bonds M.H., Dobson A.P., Keenan D.C. Disease ecology, biodiversity, and the latitudinal gradient in income. *PLoS Biol*, 2012, 10, e1001456.
 - [6] Jones K.E., Patel N.G., Levy M.A., Storeygard A., Balk D., Gittleman J.L., Daszak P. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*, 2008, 451, 990-993. doi: 10.1038/nature06536.
 - [7] Leport C., Guégan J.F. *Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives*. HCSP, Collection Avis et Rapports, La Documentation française, 2011, 207 p.
 - [8] Leport C., Guégan J. F., Zylberman P., Bitar D., Bricaire F., Cavallo J.D., Eliaszewicz M., Moatti J.P. Proceedings of the seminar on Emerging Infectious Diseases, November 9, 2011, Current trends and proposals. *Médecine & Maladies Infectieuses*, 2012, 42, 569-573.

Les problèmes liés aux catastrophes naturelles et industrielles

Le risque de survenue d'événements environnementaux majeurs et imprévus d'origine humaine (accident industriel, incendie, etc.) ou naturelle (aléa météorologique extrême, feu de forêt, séisme, etc.) est très présent dans nos sociétés. Ces événements sont susceptibles d'induire un choc sévère, une rupture brutale, tant écologique que psychosociale et économique qui dépasse les possibilités de la communauté affectée à faire face [1] et constituent ainsi de véritables catastrophes.

Les études épidémiologiques disponibles soulignent l'amplitude et la variété des conséquences sanitaires de ces événements [2-6]. Il peut s'agir des effets somatiques immédiats et directement liés à un phénomène physique (onde de pression d'une explosion, chaleur, etc.) ou à la dispersion d'agents dangereux pour la santé (substances toxiques). L'explosion de l'usine AZF à Toulouse en 2001 a ainsi provoqué la mort de trente personnes et plusieurs milliers de blessures avec une forte proportion de lésions auditives liées à l'onde de choc [3].

Les bouleversements immédiats de l'environnement liés à une telle catastrophe (conditions d'hébergement dégradées, perturbation des voies de communication et mise hors d'état des dispositifs de soins) peuvent aussi avoir un impact négatif, par exemple par le biais d'intoxications au monoxyde de carbone dues à l'utilisation inappropriée de générateurs [4] ou de difficultés d'accès aux soins. Le vécu d'une catastrophe peut provoquer un traumatisme psychologique à court terme (état de stress aigu, insomnie). Celui-ci a pu être mis en évidence au sein des populations touchées par la tempête Xynthia en 2010 [5-6], se traduisant notamment par l'augmentation des ventes de médicaments psychotropes (anxiolytiques, somnifères, antidépresseurs, etc.), ainsi que par un recours important aux cellules d'urgence médico-psychologique mises à disposition dans les zones affectées.

À plus long terme, les impacts sanitaires peuvent résulter de l'exposition à des agents de nature chimique ou radiologique lors des catastrophes, ou de la contamination durable de l'environnement (eau, aliments, sol). Cinq ans après la catastrophe de Tchernobyl, l'incidence des cancers de la thyroïde chez les enfants âgés de moins de 15 ans a nettement augmenté en Biélorussie du fait de l'exposition aux iodures radioactifs dans les deux mois qui ont suivi l'accident [2]. L'importance des impacts différés liés au traumatisme psychologique est aussi

fréquemment constatée. Les études épidémiologiques réalisées plus d'un an après l'explosion de l'usine AZF parmi les enfants, les adultes et les travailleurs proches du lieu de l'explosion ont montré une prévalence de symptômes anxieux, dépressifs ou de troubles du comportement encore significativement élevée [3]. La persistance et l'importance de ces effets résultent non seulement de la violence de l'exposition aiguë à l'événement mais aussi de la fragilité socio-économique des populations touchées, de l'importance et de la durée des perturbations de la vie courante secondaires à la catastrophe (relogement, déplacement des écoles, chômage technique, etc.), des pertes matérielles et économiques, ainsi que de la détérioration du tissu social et de la difficulté du territoire touché à retrouver une dynamique de développement satisfaisante [2].

Tous ces exemples, mais aussi les événements survenus au Japon en 2011, montrent combien les catastrophes peuvent bouleverser profondément le fonctionnement d'une société ou d'un pays. Le changement climatique et l'industrialisation en accroissent le risque de survenue [7]. L'anthropisation et les modifications de l'environnement qui en découlent peuvent en aggraver l'impact potentiel.

Ce constat s'applique en France particulièrement au risque d'inondation pour lequel une évaluation a montré que près d'un habitant sur quatre y est exposé [8]. Ainsi, il apparaît important de considérer, au titre des stratégies déployées par les pouvoirs publics, les dispositifs et moyens renforçant les capacités de résilience de nos communautés à de tels aléas. Dans ce contexte, et plus généralement dans toutes les situations relevant du champ des catastrophes, il est primordial d'avoir une appréciation rigoureuse de la nature et de l'importance des impacts sanitaires de ces événements, et des facteurs qui les déterminent au niveau collectif comme au niveau individuel. Les sciences humaines et sociales ont beaucoup à apporter à la planification des réponses à ces événements, comme à la gestion même de ceux-ci [9-10].

Références

- [1] Noji E.K. *The public health consequences of disasters*. New-York, Oxford University Press, 1997, 488 p.
- [2] Verger P., Aulagnier M., Schwoebel V., Lang T. *Démarches épidémiologiques après une catastrophe*. Collection Réponses environnement, La Documentation française, 2005, 265 p.
- [3] Lang T., Schwoebel V., Diène E., Bauvin E., Lapierre-Duval K., Guinard A., Cassadou S ; *Scientific and Operational Committees*. Assessing post-disaster consequences for health at the population level: experience from the AZF factory explosion in Toulouse. *J Ep. Community Health*, 2007, 61 (2), 103-107.
- [4] Coquet S., Mansotte F., Cabot C., Ricoux C., Sauthier N., Motreff Y., Verrier A. Phénomène climatique exceptionnel et intoxications au monoxyde de carbone : de la surveillance à l'action de santé publique, France, Sud-Ouest, janvier 2009. *BEH*, 2011, 45-46, 467-471.
- [5] Motreff Y., Pirard P., Gorla S., Labrador B., Gourier-Fréry C., Nicolau J., Le Tertre A., Chan-Chee C. Increase in psychotropic drug deliveries after the Xynthia storm, France. *Prehosp Disaster Med*, 2013, 28 (5), 428-433.
- [6] Raguenaud M.E., Germonneau P., Leseigneur J., Chavagnat J.J., Motreff Y., Vivier Darrigol M., Pirard P. Epidemiological surveillance linked to an outreach psychological support program after the Xynthia storm in Charente-Maritime, France, 2010. *Prehosp Disaster Med*, 2012, 27 (5), 483-488.
- [7] Auger P.L., Verger P., Dab W., Guerrier P., Lachance A., Lajoie P., Leroux R., Rhainds M., Roy L. A. Sinistres naturels et accidents technologiques. In : Gérin M (éd), *Environnement et santé publique, Fondements pratiques*, Acton Vale, Edisem, 2003, 517-535.
- [8] *La première évaluation préliminaire des risques d'inondation*. www.developpement-durable.gouv.fr/La-premiere-evaluation.html

[9] *Guide national de préparation à la sortie de la phase d'urgence à la suite d'un accident nucléaire conduisant à des rejets de moyenne ampleur et de courte durée sur le territoire français.* <http://post-accidentel.asn.fr/Situations-d-urgence/La-preparation-et-l-entrainement/Guide-de-preparation-a-la-sortie-de-la-phase-d-urgence>

[10] *Guide de gestion de l'impact environnemental et sanitaire en situation post-accidentelle. Cas des accidents d'origine technologique, méthode générale*, 32 p. http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/12006_Guide-post-accident_Methode-generale_DEF_26-04-12_light.pdf

Les accidents

En matière de traumatismes non intentionnels, on distingue les accidents de la circulation routière, les accidents du travail et les autres accidents de la vie courante.

Les accidents de la circulation ont provoqué en 2011 en France métropolitaine, près de 4 000 décès (décès dans les trente jours suivant l'accident). Malgré une augmentation régulière du trafic routier, le risque de décéder n'a cessé de diminuer depuis le début des années 1970 (18 000 décès en 1972) [1]. En lien avec une politique très volontariste, cette baisse a été particulièrement forte au cours de la dernière décennie (-52 % entre 2001 et 2010). La France occupe désormais le 11^e rang des pays de l'Union européenne (UE) en termes de nombre de décès par million d'habitants. L'Observatoire national interministériel de la sécurité routière a recensé 81 000 blessés, dont 30 000 hospitalisés en 2011, mais ces chiffres ne reflètent que très imparfaitement la réalité de la morbidité routière [2]. En effet, même si le décès est évité, les séquelles peuvent être importantes, consécutives le plus souvent à un traumatisme crânien, à une lésion médullaire ou à une atteinte invalidante du membre inférieur. En moyenne, on recense une survie avec séquelles majeures pour un décès. Ce ratio est plus élevé pour les usagers de deux-roues (motorisées ou non) et moindre pour les piétons et les automobilistes [3]. Il décroît progressivement de l'adolescence aux âges les plus avancés.

Les accidents du travail sont recensés au niveau des systèmes de réparation des différents régimes d'assurance maladie². Les statistiques de la Cnam-TS³ font état pour l'année 2012, de plus de 640 000 accidents du travail (soit environ 35 pour 1 000 salariés), dont environ 550 ont conduit à un décès et de 90 000 accidents de trajet, dont plus de 300 décès [3].

Les accidents de la vie courante regroupent les accidents domestiques, les accidents en lien avec la scolarité (y compris de trajet), les accidents de sport et les accidents de vacances et de loisirs. Ils ne font pas l'objet d'un recensement systématique, leur connaissance reposant sur des travaux épidémiologiques spécifiques [4]. Selon l'InVS, les accidents de la vie courante ayant conduit à consulter un professionnel de santé touchent chaque année 11 millions de personnes, dont 4,5 millions ont dû avoir recours à un service d'urgences, et plus de 500 000 ont été hospitalisées. Ils sont responsables de plus de 20 000 décès [5]

-
2. Ceci exclut le régime des indépendants (qui n'a pas de système de réparation) et notamment l'ensemble des artisans ; ceci empêche également la consolidation des chiffres qui ne sont pas recueillis de la même manière.
 3. Celles-ci ne concernent que les assurés du régime général et sont limitées aux accidents qui ont entraîné un arrêt de travail d'au moins 24 heures.

et concernent tous les âges (plus de 200 enfants en meurent annuellement). Neuf mille de ces décès sont dus à une chute (dont 3/4 à plus de 65 ans). Selon certains travaux, un tiers des accidents de la vie courante pourraient être facilement évités par des mesures simples de prévention, de réglementation ou d'information [6].

Les accidents du travail, et plus encore ceux de la vie courante, sont d'une grande diversité contextuelle. Les déterminants sont multiples et souvent mal identifiés. Les causes des accidents de la circulation sont en revanche mieux connues, en raison des circonstances standardisées de ce type d'accident, mais aussi de l'attention particulière que leur porte la société (et donc la recherche). Ces causes sont multifactorielles et relèvent à la fois du véhicule, des usagers et des infrastructures. Le rôle de la vitesse des véhicules est prépondérant : elle augmente à la fois la fréquence et la gravité des accidents. Les autres facteurs peuvent être considérés comme des facteurs « multiplicatifs » de ce risque vitesse. Au cours de la dernière décennie, la part attribuable à la conduite sous l'emprise de l'alcool est restée stable (le tiers des accidents mortels). La baisse de moitié de la mortalité routière s'explique essentiellement par la réduction de la vitesse (ainsi que par divers progrès technologiques et le port de la ceinture de sécurité). Le nombre de décès attribuables à l'alcool a ainsi diminué dans les mêmes proportions que la mortalité globale (alors que la prévalence des conduites d'alcoolisation est restée pratiquement constante). Parmi les autres facteurs inventoriés, on peut citer la conduite sous l'emprise de stupéfiants ou de certains médicaments psychoactifs, diverses pathologies, notamment celles induisant déficit d'attention ou hypovigilance (leur liste fait l'objet d'un arrêté), ou l'usage du téléphone en conduisant [7].

Pour chacun de ces grands types d'accidents, des inégalités tant sociales que territoriales sont pressenties. Elles restent à quantifier et plusieurs travaux en cours s'emploient à le faire. Au-delà de la mortalité, l'autre grand enjeu est le handicap, et ce d'autant plus qu'il concerne souvent les victimes les plus jeunes (qui survivent plus volontiers à des tableaux lésionnels graves susceptibles de laisser des séquelles).

Références

- [1] *La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2011*. ONISR, La Documentation française, 2013, 599 p.
- [2] **Amoros E., Martin J.L., Lafont S., Laumon B.** Actual incidences of road casualties, and their injury severity, modelled from police and hospital data, France. *Eur J Public Health*, 2008, 18 (4), 360-365. doi: 10.1093/eurpub/ckn018.
- [3] *L'Assurance maladie Risques Professionnels, rapport de gestion 2011*. Cnam-TS, Direction des risques professionnels. www.risquesprofessionnels.ameli.fr
- [4] **Thélot B.** Traumatismes. In : Astagneau P., Ancelle T. (eds), *Surveillance épidémiologique. Principes, méthodes et application en santé publique*. Paris, Médecine Sciences, Lavoisier, 2011, 212-230.
- [5] **Barry Y., Lasbeur L., Thélot B.** Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008. *Bull Epidémiol Hebd*, 2011, 29-30, 328-332. http://www.invs.sante.fr/display/?doc=applications/mortalite_traumatismes
- [6] **Philippakis A., Hemenday D., Alexe D.M., Dessypris N., Spyridopoulos T., Petridou E.** A quantification of preventable unintentional childhood injury mortality in the United States. *Inj Prev*, 2004, 10 (2), 79-82.
- [7] **Mignot D., Mizzi J.P. (coord).** *L'insécurité routière : facteurs et mesures. Des enseignements pour la France*. Revue de la littérature scientifique. Rapport pour l'Assemblée Nationale : mission d'information relative à l'analyse des causes des accidents de la circulation et à la prévention routière, 2011.

La santé aux différents âges de la vie

Le temps de la grossesse

La santé des femmes au moment de la grossesse représente une préoccupation importante dans un pays qui présente l'un des taux de fécondité les plus élevés d'Europe, et qui recense chaque année plus de 800 000 femmes enceintes [1]. Dans la grande majorité des cas, la grossesse ne constitue pas une période à risque pour la santé de la mère et de l'enfant à naître. Elle reste néanmoins une période de vulnérabilité, qui nécessite des contacts réguliers avec les professionnels du secteur médico-social et une mobilisation importante du système de santé.

Les principaux déterminants du risque de complications pendant la grossesse sont bien connus. Parmi ces facteurs, si la fréquence du tabagisme maternel tend à diminuer en France, elle reste toutefois élevée (en 2010, 17% des femmes ont une consommation régulière de tabac au 3^e trimestre de la grossesse), au même titre que la consommation d'alcool (en 2010, près d'une femme sur cinq se sachant enceinte en consomme). D'autres facteurs présentent des tendances évolutives clairement défavorables, comme l'augmentation de la prévalence de l'obésité maternelle et la dégradation de la situation sociale de certains ménages [2].

L'âge maternel constitue, en plus de ces éléments, un déterminant majeur du déroulement de la grossesse. Cet âge s'est élevé de manière régulière au cours des dernières décennies : aujourd'hui, les femmes sont âgées, en moyenne, de plus de 30 ans au moment de leur accouchement, contre 27 ans au début des années 1980.

Les progrès importants de l'assistance médicale à la procréation (AMP) et la diffusion de ces techniques auprès des couples présentant des problèmes d'infertilité ont contribué à l'élévation de l'âge maternel, ainsi qu'à l'augmentation du taux de grossesses multiples. En 2011, le nombre de tentatives d'AMP (inséminations artificielles et fécondations *in vitro*) s'établit à plus de 140 000 en France, et 23 000 enfants nés cette année-là (soit près de 3% des naissances) sont issus d'une AMP [3].

L'âge maternel et les grossesses multiples sont des facteurs déterminants de la mortalité maternelle, indicateur dont le suivi constitue un axe essentiel de la surveillance en santé périnatale [4]. Cette mortalité est deux fois plus élevée à 35-39 ans qu'à 25 ans et huit fois plus élevée au-delà de 45 ans. Sur la période 2007-2009, l'Enquête nationale et confidentielle sur la mortalité maternelle (ENCMM) permet d'estimer, de manière fiable, à 85 le nombre de ces décès survenant chaque année en France (dont les deux tiers concernent des femmes âgées d'au moins 30 ans) [5].

Cette enquête permet aussi de disposer de données robustes pour l'évaluation de la qualité des soins obstétricaux. Pour 60% des décès expertisés en 2007-2009, la prise en charge des femmes enceintes est jugée non optimale, c'est-à-dire non conforme aux recommandations de bonne pratique. Cette proportion est cependant en nette diminution par rapport à la période 1998-2000, où elle s'établissait à 72%.

La France se caractérise par un profil des causes de décès maternel très particulier, puisque les hémorragies obstétricales occupent une place prépondérante. La fréquence des hémorragies du *post-partum* a toutefois nettement diminué au cours des années récentes [5]. Cette situation illustre les impacts positifs que peuvent avoir conjointement la diffusion de recommandations de bonne pratique, leur relais et les actions menées à une échelle territoriale adaptée (en particulier par les réseaux régionaux de périnatalité), ainsi que la mobilisation forte des professionnels de terrain.

La variabilité des pratiques autour des césariennes programmées à terme, qui représentent actuellement 7% des modes d'accouchement (avec d'importantes disparités selon les maternités), témoigne toutefois des marges de progression encore possibles autour de la pertinence des soins dans le domaine de la périnatalité [6].

Une hétérogénéité des prises en charge est également observée dans les différentes dimensions du suivi de la grossesse (consultations prénatales, échographies obstétricales, préparation à la naissance et à la parentalité, dont l'entretien prénatal précoce). Les facteurs sociaux jouent un rôle majeur dans ces inégalités, les femmes en situation économique précaire présentant de manière systématique les suivis prénatals les plus insuffisants [7].

Si les mesures mises en avant dans le dernier Plan de santé publique relatif à la santé périnatale 2005-2007 témoignent d'une réelle volonté d'amélioration de la prise en charge des femmes en situation de précarité, la réduction des inégalités sociales autour de la grossesse reste un défi d'actualité pour les politiques de périnatalité menées en France [8-9].

Références

- [1] Bellamy V., Beaumel C. *Bilan démographique 2012. La population croît, mais plus modérément.* Insee Première, 2013, 1429, 4 p.
- [2] Blondel B., Lelong N., Kermarrec M., Goffinet F. *Coordination nationale des Enquêtes nationale périnatales. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales.* *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2012, 41, 2, 151-166.

-
- [3] Rapport médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine 2012. *Activité d'assistance médicale à la procréation 2011, 2013*, 78 p.
 - [4] *The European perinatal health report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. Euro-Peristat project, SCPE, Eurocat, 2013, 252 p.
 - [5] **Saucedo M., Deneux-Tharaux C., Bouvier-Colle M.H.** Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007-2009. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2013, 42 (7), 613-627.
 - [6] *Indications de la césarienne programmée à terme. Méthode recommandations pour la pratique clinique*. HAS, 2012, 19 p.
 - [7] **Vilain A., Gonzalez L., Rey S., Matet N., Blondel B.** Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. Drees, *Études et résultats*, 2013, 848, 6 p.
 - [8] **Puech F.** L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. Le Plan de périnatalité 2005-2007. *Actualité et dossier en santé publique*, 2007-2008, 61-62, 35-45.
 - [9] *Évaluation du plan périnatalité 2005-2007*. Rapport final. Ministère de la Santé et des Sports, Planète publique, 2010, 140 p.

La santé périnatale

Si la plupart des 820 000 enfants qui naissent chaque année en France sont en bonne santé, les risques de morbidité grave et de mortalité à la naissance et au cours de la première année de vie sont élevés, de même que les conséquences du déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la période néonatale sur la santé et le développement psychomoteur des enfants et la survenue de maladies chroniques à l'âge adulte [1-2-3].

La mortalité est estimée à 8,9 pour 1 000 naissances en France⁴ [4-6]. La mortalité spontanée représente 60% de ces décès et celle induite par les interruptions médicales de grossesse (IMG) 40%. Ce taux est difficilement comparable d'un pays à l'autre car la pratique et les délais légaux pour les IMG varient, de même que les règles d'enregistrement des mort-nés en termes d'âge gestationnel et de poids [4]. Ceci dit, les taux de mortalité infantile continuent à baisser dans des pays qui ont traditionnellement des taux bas, tels que la Finlande, la Suède et l'Islande, ce qui montre qu'il est actuellement encore possible de réduire la mortalité [5].

Les principaux indicateurs de morbidité portent sur l'âge gestationnel, le poids de naissance, la présence d'une anomalie congénitale et la survenue d'une souffrance fœtale ou néonatale. La prématurité a un impact particulièrement important. Elle concernait 6,6% des naissances en 2010 et a augmenté régulièrement au cours des quinze années précédentes [7]. Or la mortalité dans le premier mois de vie dépasse 10% chez les enfants nés avant 32 semaines et atteint 2 à 3% parmi les enfants nés à 32-33 semaines, contre moins de 2 pour mille, à partir de 37 semaines [1].

De nombreux facteurs peuvent agir directement en faveur ou en défaveur de la santé périnatale à court et long terme. La situation socio-démographique des

4. A partir des données de séjours hospitaliers d'accouchement. L'enregistrement à l'état civil de tous les mort-nés à partir de 22 semaines ou 500 grammes n'est plus obligatoire depuis 2008. Un décret permet en effet aux parents endeuillés de demander l'enregistrement de leur enfant mort-né pour toute grossesse à partir de quinze semaines, sans obligation de leur part.

femmes et leurs comportements de prévention peuvent avoir un impact important. Certaines tendances vont dans le sens d'une meilleure prévention et d'une meilleure santé : augmentation du niveau d'études des femmes, diminution de la consommation de tabac pendant la grossesse, augmentation de l'allaitement maternel [7] (des progrès sont encore possibles en ces deux derniers domaines [8]). En revanche, d'autres évolutions sont moins favorables, telles que le report des naissances vers des âges plus tardifs, le développement de la précarité et l'augmentation de l'indice de masse corporelle [7-9]. Ainsi, la proportion de femmes qui ont eu un enfant à 35 ans ou plus est passée de 13 % en 1995 à 19 % en 2010, alors que les risques pour la mère et l'enfant augmentent significativement à ces âges.

Les pratiques médicales dans la période périnatale s'appuient sur un nombre très important de recommandations de pratiques cliniques, sur des protocoles de soins et des revues de morbi/mortalité. L'interprétation de la mortalité ou de la prématurité doit aussi tenir compte des décisions médicales prises dans certaines situations. Ainsi, on peut décider de provoquer un accouchement prématuré en réalisant une césarienne avant travail, dans l'intérêt de l'enfant ou de la mère [9], ou bien être amené à éviter ou suspendre des soins à un nouveau-né quand son développement est très compromis, en cas d'extrême prématurité par exemple [1].

À ceci s'ajoute le dépistage néonatal systématique de cinq maladies graves (phénylcétonurie, hyperplasie congénitale des surrénales, hypothyroïdie congénitale, drépanocytose et mucoviscidose)⁵.

Bien que la périnatalité soit un domaine où les politiques publiques ont depuis longtemps cherché à favoriser l'égalité d'accès aux soins, on observe des différences sociales marquées pour les indicateurs de santé périnatale, notamment pour les femmes seules, très jeunes, sans ressources ou arrivées récemment sur le territoire [9]. Les disparités sont aussi territoriales, non seulement au niveau de la santé, mais dans les comportements de prévention et la mise en place de nouveaux dispositifs de prévention [9,11-12].

Pour la compréhension de la situation périnatale, la France manque d'un système d'information fondé sur un registre médical des naissances, enrichi par des liens avec d'autres registres sur la mortalité et la morbidité ou d'enquêtes *ad hoc*, à l'instar de ce qui se fait dans d'autres pays européens [13].

Références

- [1] Larroque B., Bréart G., Kaminski M., Dehan M., André M., Burguet A. *et al.* Survival of very preterm infants: Epipage, a population-based cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2004, 89, F139-144.
- [2] Larroque B., Ancel P.Y., Marchand-Martin L., Cambonie G., Fresson F., Pierrat V. *et al.* Special care and school difficulties in 8-year-old very preterm children: the Epipage cohort study. *PLoS One*, 2011, 6, e21361.
- [3] Wadhwa P. D., Buss D., Entringer S., Swanson J. M. Developmental origins of health and disease: brief history of the approach and current focus on epigenetic mechanisms. *Semin Reprod Med*, 2009, 27, 358-368

5. Ce programme national mis en place il y a quarante ans, confié par les pouvoirs publics à l'Association française pour la prévention et le dépistage des handicaps de l'enfant (AFDPHE), a permis à près de 20 000 enfants d'avoir un diagnostic et une prise en charge précoces, préservant ainsi leur développement somatique et mental [9].

-
- [4] **Mouquet M.-C., Rey S.** Le nouveau suivi de la mortalité en France depuis 2012. *Etudes et résultats* 2014, 901
- [5] *Mortalité infantile en Europe*. Eurostat. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- [6] **Niel X.** *Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente. L'apport de l'échantillon démographique permanent*. Insee, Document de travail, 2011, F1106.
- [7] **Blondel B., Lelong N., Kermarrec M., Goffinet F.** La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2012, 41, 151-166.
- [8] **Zeitlin J., Mohangoo A.** *European Perinatal Health Report*. Paris, 2008. www.europeristat.com
- [9] **Blondel B., Kermarrec M.** *Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Enquête nationale périnatale 2010. Drees, Rapport 2011. <http://www.sante.gouv.fr>
- [10] **Roussey M.** Dépistage néonatal : évolution, nouveautés. *Rev Prat*, 2010, 24, 469-471.
- [11] **Bonet M., Blondel B., Khoshnood B.** Evaluating regional differences in breastfeeding in French maternity units: a multilevel approach. *Publ Health Nutr*, 2010, 13, 1946-1954.
- [12] **Blondel B., Mahjoub N., Drewniak N., Launay O., Goffinet F.** Failure of the vaccination campaign against A(H1N1) influenza in pregnant women in France: results from a national survey. *Vaccine*, 2012, 30, 5661-5665.
- [13] **Blondel B., Fresson J., Ancel P.Y., Bouvier-Colle M.H.** Surveillance en santé périnatale. In : Astagneau P., Ancelle T. (eds), *Surveillance épidémiologique : Principes, méthodes et applications en santé publique*. Lavoisier, Paris, 2011.

La santé des enfants

La santé des jeunes enfants, considérés ici de 1 à 14 ans, est bonne en France, comme en témoignent un certain nombre d'indicateurs importants. Le taux de mortalité en 2011 est de 0,17 pour 1 000 enfants âgés de 1 à 4 ans et de 0,10 pour 1 000 enfants âgés de 5 à 14 ans, le plus faible de toutes les tranches d'âge [1-2]. Les hospitalisations sont peu fréquentes et ne cessent de diminuer (les 1-14 ans représentent 7% des courts séjours hospitaliers). La morbidité est faible et concerne des pathologies essentiellement bénignes : respiratoires, ophtalmologiques, dentaires, etc. Le recours aux soins entraîne en moyenne 6,4 consultations par an par enfant (pédiatre ou généraliste en ville, PMI) ; 10 % concernent des examens systématiques, 6% des vaccinations et 40% des pathologies respiratoires.

La mortalité (1 286 décès en 2011) est essentiellement due aux accidents et aux cancers (tumeurs et leucémies), auxquels s'ajoutent de 1 à 4 ans les conséquences tardives des malformations congénitales. Les taux de décès ont baissé de 35% entre 2000 et 2011 (36% pour les garçons et 34% pour les filles) [1].

Les accidents de la vie courante, principale cause de décès avant 15 ans (300 décès par an), se produisent à la maison, à l'école ou pendant le sport ; les garçons sont deux fois plus concernés que les filles. Les circonstances de décès les plus fréquentes sont les chutes, les suffocations, les noyades, les intoxications et les accidents par le feu. De nombreuses actions de prévention ont été mises en œuvre alliant actions communautaires et individuelles, actions d'information et réglementation sur les produits. Le taux de mortalité a baissé de 11% entre 2004 et 2008. Cette diminution a été plus importante chez les filles. Les décès par noyade et par suffocation ont particulièrement décliné durant cette période [2].

Les troubles du développement moteur, psychique et sensoriel peuvent avoir des conséquences majeures sur le développement du jeune enfant et entraver ses

acquisitions. La surdité permanente est diagnostiquée tardivement (entre 16 mois et 3 ans), le dépistage systématique néonatal a été décidé en 2012. Les autres troubles de l'audition comme les troubles de la vision sont dépistés au cours des examens systématiques de l'enfant par les médecins généralistes ou les pédiatres exerçant en ville ou dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI) ou de la santé scolaire. Il en est de même des troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention dont la fréquence est difficile à déterminer, des troubles envahissants du développement (type autisme) et des différents troubles des apprentissages. Leur repérage a fait l'objet d'un certain nombre de propositions de la HAS depuis 2005 [3-5].

Les troubles mentaux ont un poids important. Avec les troubles du comportement, ils constituent, selon les données de l'Assurance maladie (2004 – mise à jour 2008), le premier motif d'admission en ALD des moins de 15 ans. La prévalence des recours en secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (3% des moins de 15 ans en 2003) illustre également le poids important des troubles de santé mentale à ces âges.

Entre 2000 et 2006, le taux de surpoids chez les 5-6 ans est passé de 14,4% (dont 3,4% d'obésité) à 12,1% (dont 3,4% d'obésité) ; pour les 10-11 ans, il est de 19% (dont 4% d'obésité) avec une stabilité de 2002 à 2008 [1-6]. Les inégalités sociales sont importantes, les élèves relevant de l'éducation prioritaire sont presque deux fois plus souvent obèses (7% contre 4%). Les comportements nutritionnels, tels que la prise d'un petit-déjeuner ou la consommation de fruits et légumes ou l'absence de prise quotidienne de boissons sucrées, sont plus fréquents chez les enfants de cadres que chez les enfants d'ouvriers. De même, des différences existent pour le temps passé devant les écrans de télévision, d'ordinateur ou de jeux vidéo, et 69% des enfants de cadres contre 45% des enfants d'ouvriers y passent moins d'une heure par jour.

La santé bucco-dentaire s'améliore régulièrement depuis 20 ans, sous l'effet des progrès de l'hygiène, des habitudes alimentaires et de l'effet préventif du fluor. En 1987, un enfant de âgé 6 ans avait en moyenne un peu moins de quatre dents cariées, absentes ou obturées (CAO 3,7). En 2006, cet indice est réduit à 1,4. De même, à 12 ans, cet indice est passé de 4,2 en 1987 à 1,2 en 2006. Cependant, les inégalités sociales et territoriales restent marquées (à 12 ans, CAO de 1,5 en ZEP et de 1,6 en zone rurale) et le recours aux soins est différencié : quand il existe des caries, 11% d'enfants de cadres n'ont aucune dent cariée soignée contre 29% des enfants d'ouvriers [2].

La prévention vaccinale a permis de faire reculer les maladies infectieuses qui, autrefois, tuaient les enfants (variole, diphtérie, coqueluche) ou leur laissaient de lourdes séquelles (poliomyélite). La couverture vaccinale pour diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche est bonne à cette période de la vie (3 doses 96%). Celles contre l'hépatite B (3 doses : 39% en 2005, 47% en 2008, 74% en 2011), contre la rougeole (2 doses : 74% en 2005, 85% en 2008) progressent [7]. Le calendrier vaccinal des enfants, dense et jugé complexe, a été simplifié début 2013 sur les recommandations du HCSP [8], dans l'espoir que la couverture vaccinale en serait améliorée.

LE DISPOSITIF DE L'ENFANCE EN DANGER

Les violences que sont susceptibles de subir ou de provoquer les mineurs s'inscrivent dans le champ plus large de l'enfance en danger, qui inclut également les situations, beaucoup plus fréquentes, de carences éducatives. Le dénombrement des décès d'enfants par violence reste difficile, notamment en raison de biais de déclaration avec les accidents. Le repérage et la prise en charge des enfants concernés sont essentiels, à la fois pour les protéger à court terme mais aussi en raison des conséquences possibles de ces situations sur leur vie d'adultes. Le fait que 25% des personnes sans-domicile nés en France aient été placés dans leur enfance en foyer ou en famille d'accueil illustre l'ampleur des risques liés à ces situations [9].

Le développement harmonieux de l'enfant, à l'école notamment [10], est un enjeu essentiel. Les déterminants socio-économiques sont en effet à l'œuvre dès le début de la vie, au moment des apprentissages scolaires, sociaux et comportementaux. Au moment où les inégalités de santé se creusent chez l'adulte, les politiques de prévention dans l'enfance (soutien à la parentalité, socialisation dès le plus jeune âge, dépistage, repérage, diagnostic et prise en charge précoces des dysfonctionnements) et d'éducation pour la santé (individuelle et communautaire) doivent se renouveler pour éviter que ces inégalités s'enracinent dès l'enfance.

Le dispositif de surveillance de l'enfance en danger s'est consolidé au fil du temps. Il repose sur les cellules de recueil des informations préoccupantes (Crip) et les observatoires départementaux de l'enfance en danger créés par la loi en 2007, sous la responsabilité des Conseils généraux. Au plan national, l'Observatoire national de l'enfance en danger a pour mission de mettre en cohérence les données collectées. En 2012-2013, environ 300 000 jeunes (soit 2% des moins de 20 ans) ont bénéficié de mesures au titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et 184 000 mineurs ont fait l'objet d'une réponse judiciaire, suite à des faits de délinquance. Chaque année, au moins 3% des mineurs font donc l'objet d'une mesure de protection de l'enfance en danger.

Références

- [1] **Aouba A., Eb M., Rey G., Pavillon G., Jouglu E.** Données sur la mortalité en France et évolutions depuis 2000. *Bull Epidemiol Hebd*, 2011, 22, 249-255.
- [2] **Danet S (dir).** *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique.* Rapport 2011. Drees.
- [3] *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires.* Saint-Denis-la-Plaine, HAS, Service des recommandations professionnelles, 2005, 132 p.
- [4] *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires.* Saint-Denis-la-Plaine, HAS Service des recommandations professionnelles, 2005, 110 p.
- [5] *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme.* Saint-Denis-la-Plaine, HAS, juin 2005.
- [6] **Guignon N., Collet M., Gonzalez L.** La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Drees, *Études et résultats*, 2010, 737; **Guignon N.** Encadré : Surpoids et obésité chez les enfants de 6 ans en France, 2005-2006. *Bull Epidemiol Hebd*, 2011, 8-9, 95.
- [7] *Dossier Couverture vaccinale.* InVS. www.invs.sante.fr. Mise à jour 3 juin 2013.
- [8] Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. *Bull Epidemiol Hebd*, 2013, 14-15, 129-158.

- [9] **Yaouancq F., Duée M.** Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situation. *In France, portrait social*. Édition 2014. Ed. Insee, 2014, 123-138.
- [10] *Avis relatif à la politique de santé à l'école*. HCSP, juillet 2012.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=272> ; *Avis relatif à la médecine scolaire*, février 2013.
http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20130227_medecinescolaire.pdf

La santé des adolescents et des jeunes adultes

Les taux de mortalité des 15-24 ans sont très faibles, de 0,21 (femmes) à 0,57 (hommes) décès pour 1000 en 2011 [1] et ont diminué au cours des dix dernières années [2], ce qui peut être mis au crédit de progrès en termes de prévention (accidents) et de soins (tumeurs). Les taux d'hospitalisation et d'admission en ALD sont également très bas dans cette classe d'âge. Le regard que portent les jeunes sur leur propre santé conforte ce constat, puisque 96% des 15-30 ans se déclarent plutôt en bonne santé [3].

Cette situation globalement favorable ne saurait toutefois masquer les inégalités territoriales ou sociales et surtout, celles qui existent dès cet âge entre hommes et femmes. Ainsi, la surmortalité masculine qui n'existe pas chez les 5-14 ans, s'élève à 2 chez les 15-19 ans et atteint le pic de 3,5 chez les 20-24 ans [1]. Par comparaison aux jeunes hommes, les jeunes femmes apprécient plus négativement leur santé en termes de qualité de vie et rapportent des consultations plus fréquentes auprès des professionnels de santé [3]. Par rapport à ceux qui travaillent, les jeunes au chômage ont près de trois fois plus souvent une représentation négative de leur santé et, indépendamment des revenus, déclarent trois fois plus souvent renoncer aux soins [3].

La consommation de tabac, la consommation d'alcool et l'obésité sont en France à l'origine des deux tiers du fardeau considérable des maladies non transmissibles chez les adultes [4].

C'est chez les 15-30 ans que la prévalence du tabagisme est la plus élevée [5] (44% de fumeurs actuels, dont 36% de quotidiens). Entre 2005 et 2010, cette prévalence a augmenté de 4 points alors qu'elle avait baissé de 5 points entre 2000 et 2005, passant de 46 à 41%.

La consommation annuelle d'alcool chez les 15-30 ans a augmenté entre 2005 et 2010 (82% versus 79%), tout comme l'usage hebdomadaire d'alcool et les épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante [5]. En 2010, un tiers des 15-19 ans ont rapporté au moins une ivresse au cours des douze derniers mois (41% des garçons, 25% des filles), contre un quart en 2005.

Dans le domaine de la nutrition, les indicateurs évoluent également de façon défavorable. Entre 1997 et 2012, la prévalence de l'obésité des 18-24 ans est passée de 2,1 à 5,4% et, sur les années récentes, c'est dans cette classe d'âge que l'augmentation a été la plus marquée [6, 11].

La jeunesse constitue dans tous les domaines une étape de transition et de choix. Si certaines manifestations de mal-être ou de souffrance psychique sont inhérentes au travail psychique de l'adolescence et sont à mettre en lien avec ces transforma-

tions, d'autres s'inscrivent dans une dimension psychopathologique qu'il importe de repérer et de prendre en charge.

En 2010, près de 1% des jeunes de 15-30 ans ont fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois, et c'est dans cette tranche d'âge que ce taux est le plus élevé. Un constat analogue est établi pour les scores de qualité de vie. Si, d'une façon générale, les 15-30 ans ont de meilleurs scores de santé physique que leurs aînés, c'est entre 15 et 19 ans que le score de santé mentale apparaît le plus dégradé.

Les filles présentent des scores de qualité de vie plus mauvais que les garçons pour la santé physique comme pour la santé mentale et tentent plus souvent de se suicider. À l'inverse, plus de 80% des jeunes qui décèdent par suicide sont des garçons et, en lien avec la plus forte prévalence masculine des psychoses, ces derniers souffrent plus souvent de troubles mentaux graves [7].

Malgré des avancées notables, les accidents et les suicides restent les deux principales causes de décès des jeunes, appelant à la poursuite et au renforcement des efforts en matière de prévention. Les trois quarts de ces décès concernent de jeunes hommes. Cette surmortalité masculine ne peut plus être considérée comme inévitable [8].

Concernant les habitudes en matière de tabac, d'alcool et de nutrition, qui s'installent pendant la jeunesse et dont les évolutions sont actuellement défavorables, le riche répertoire des options préventives [9-10] est en permanence à adapter, par le biais notamment d'expérimentations conduites avec des méthodes rigoureuses.

Références

- [1] *Taux de mortalité par sexe et par âge en France*. www.cepidc.inserm.fr
- [2] **Aouba A, Eb M, Rey G, Pavillon G, Jouglu E**. Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. *Bull Épidémiol Hebd*, 2011, 22, 249-255.
- [3] **Beck F, Richard J.B. (dir)**. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres santé, 2013, 344 p.
- [4] *Noncommunicable diseases country profiles 2011*. Geneva, WHO Global Report, 2011, 209 p.
- [5] **Beck F, Richard J.B. (dir)**. *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres santé, 2013, 344 p.
- [6] ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids. Une enquête Inserm/Kantar Health/Roche. http://www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi_2012.html
- [7] *La santé des jeunes en pays de la Loire*. Observatoire régional de la santé Pays de la Loire, 2009. http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/santejeunes/2009santejeunesPdL_rapport.pdf
- [8] **William D.R.** The Health of Men: Structured Inequalities and Opportunities. *Am J Public Health*, 2003, 93 (5), 724-731.
- [9] **Babor T, Caetano R, Casswell S. et al.** *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. New York, Oxford University Press, 2010.
- [10] **Albuquerque M, Starr G, Schooley M, Pechacek T, Henson R.** *Advancing tobacco control through evidence-based programs*. In: *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, ed. Promising Practices in Chronic Disease Prevention and Control: A Public Health Framework for Action*. Atlanta, Centers for Disease Prevention and Health Promotion, 2003.
- [11] **Brownell K.D., Kersh R, Ludwig D.S. et al.** Personal responsibility and obesity: a constructive approach to a controversial issue. *Health Aff (Millwood)*, 2010, 29, 379-387.

La santé des personnes âgées

La population française continue de vieillir, sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations du *baby boom*. La part des personnes âgées de moins de 20 ans diminue, alors que celle des 65 ans ou plus augmente (18,7% en 2013). Les plus de 75 ans représentent actuellement 10% de la population [1]. Les projections de l'Insee indiquent que ce sont dans les classes d'âges extrêmes que les effectifs vont le plus augmenter dans les années qui viennent. L'espérance de vie à 65 ans en France est la plus élevée d'Europe [2]. En 2010, elle atteint 22,8 ans pour les femmes et 18,6 ans pour les hommes (soit respectivement de 1,6 et 1,9 an de plus qu'en 2000).

Il faut bien mesurer les enjeux. La révolution de la longévité étire et fragmente les différents âges de la vie. La catégorie des personnes âgées n'est pas homogène [3] et la représentation qu'on s'en fait évolue. Les seniors retraités mais encore très actifs, ont remplacé le troisième âge ; on le voit dans les campagnes de marketing. Le quatrième âge est apparu, appelé aussi « vieillesse dépendante » avec ses problèmes de santé et de restriction d'activité [4]. Cette catégorisation sociale est propre à nos sociétés et risque de contribuer un peu plus à stigmatiser le « grand âge ».

Ceux qui sont appelés les séniors sont globalement en bonne santé, quand bien même ils sont fréquemment atteints par un certain nombre de pathologies (déficiences sensorielles, troubles de mémoire immédiate, maladies dégénératives notamment rhumatismales, diabète...). Les femmes sont souvent atteintes d'ostéoporose post-ménopausique ne nécessitant qu'une surveillance régulière ou pour certaines un traitement, afin d'en prévenir les complications. Généralement, ces troubles ne s'accompagnent pas de retentissement important dans leur vie quotidienne. Le recours au médecin et la consommation médicamenteuse progressent régulièrement à partir de 45 ans, les femmes étant nettement plus consommatrices de médicaments, notamment de psychotropes.

Une partie des personnes âgées connaît des problèmes de santé plus sévères, en lien avec la survenue d'un accident cardio-vasculaire ou cérébro-vasculaire, d'un cancer ou d'une maladie neurodégénérative (Parkinson, Alzheimer...) [5-6].

À partir de 70 ans, les limitations fonctionnelles deviennent plus fréquentes, conséquence d'une association de problèmes physiques, sensoriels et cognitifs.

A partir de 80-85 ans s'expriment de façon importante au quotidien, les effets conjugués de la sénescence et des conséquences fonctionnelles et sociales des maladies chroniques invalidantes, dont la fréquence augmente avec l'âge. Les deux tiers des personnes très âgées déclarent ainsi des douleurs physiques d'une intensité importante, sources d'incapacités et de handicaps (70% des hommes et 80% des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, 50% deux, voire trois), ainsi qu'une gêne dans les activités quotidiennes.

Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité qui s'observent après 60 ans, témoignent d'un effet de long terme sur la santé de la catégorie professionnelle et des conditions de vie et de travail qui lui sont associées.

Pour les personnes souffrant de pathologies multiples, la prise en charge est complexe, et avec des pratiques de soins qui sont devenues plus actives au cours de la dernière décennie. La part des personnes âgées a fortement augmenté dans les files actives hospitalières pour les soins de court séjour en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). En 2008, 37% des personnes âgées de 80 ans ou plus ont ainsi été hospitalisés en MCO au moins une fois au cours des douze derniers mois, et elles représentent un quart des séjours de ces services [7].

Pour faire face aux conséquences sociales de la dépendance, des dispositifs tels que l'allocation personnalisée d'autonomie ont été mis en place. Aujourd'hui, 1,2 million de personnes en bénéficient, dont la grande majorité (950 000) vit à domicile. Pour ces dernières, l'entourage et notamment la famille apportent une aide substantielle, qui a été estimée en moyenne à plus de cinq heures par jour. Les conditions d'accueil dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) se sont améliorées au cours des dernières décennies mais la question de l'accessibilité financière de ces établissements constitue une préoccupation pour de nombreuses familles.

« Selon les dernières prévisions de l'Insee :

- la France comptera 73,6 millions d'habitants en 2060, soit 11,8 millions de plus qu'aujourd'hui ;*
- la part des 60 ans ou plus dans la population va augmenter jusqu'en 2035, passant de 21,7 à 31 %. Après 2035, elle devrait continuer à croître à un rythme plus modéré et plus sensible aux différentes hypothèses, en particulier sur la mortalité ;*
- 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, soit quatre fois plus qu'aujourd'hui.*

Le marqueur de cette évolution est l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance : en 2008, 77,6 ans pour les hommes, 84,4 ans pour les femmes — en 2060 respectivement 86 et 91,1 ans.

[...] Le vieillissement n'implique pas nécessairement la dépendance, y compris au grand âge. En effet, seule une partie des personnes très âgées est dépendante. Le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, défini par le nombre de personnes bénéficiaires de la prestation d'aide à l'autonomie (APA), augmente avec l'âge : 5 % des bénéficiaires de l'APA ont moins de 70 ans, 75 % plus de 79 ans, 50 % plus de 85 ans, 25 % plus de 89,5 ans, soit au total (en 2010), 1 185 000 personnes. En moyenne, les nouveaux bénéficiaires ont 83 ans. Selon les prévisions du groupe de travail « Dépendance 2011 » (scénario intermédiaire pour la France métropolitaine), le nombre de personnes dépendantes doublerait d'ici 2060 pour passer de 1,15 million de personnes à 2,3 millions, alors que les plus de 75 ans, qui étaient 5,2 millions en 2007 (8,9 % de la population), seraient 11,9 millions en 2060 (16,2 % de la population). La dépendance est l'une des questions que pose le défi majeur du vieillissement. »

Les personnes du grand âge sont représentées en nombre pour la première fois dans l'histoire de l'humanité : ceci interroge sur la place de la personne âgée dans la société, dans une perspective intergénérationnelle [8-9]. Toutes les dimensions de l'avancée en âge doivent être appréciées, en tenant compte de l'environnement qui, s'il est défaillant (isolement social, barrières architecturales), peut aggraver la prégnance des incapacités fonctionnelles et des restrictions d'activités de la vie quotidienne.

Réduire la fragmentation des dispositifs professionnels (sanitaire, médico-social et social), tant au niveau de leur organisation, de leur financement que de la fourniture de prestations, est un enjeu majeur si l'on veut maintenir l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie des personnes, le plus longtemps possible et au meilleur coût. D'où l'insistance sur le passage d'une médecine d'organe à une médecine plus globale et l'importance de la thématique du parcours de soin.

Références

- [1] Bilan démographique 2014.
http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo
- [2] *La santé en France et en Europe : convergences et contrastes*. HCSP, collection Avis et rapport, La Documentation française, 2012, 265 p.
- [3] **Henrard J.C.** *Les défis du vieillissement. La vieillesse n'est pas une maladie*. Paris, La Découverte, 2002.
- [4] **Lalive D'Epinay C., Spini D.** *Les années fragiles. La vie au-delà de 80 ans*. Presses Université de Laval, Québec, 2007.
- [5] **Danet S (dir).** *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*. Drees, Rapport 2011.
- [6] *Évaluation à mi-parcours du plan cancer 2009-2013*. HCSP, 2012.
- [7] *Impact du vieillissement de la population sur l'activité hospitalière (2007-2010). Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus*. ATIH.
<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009600003FF>
- [8] **Henrard J. C.** *La perte d'autonomie, un nouvel enjeu de société*. Paris, L'Harmattan, 2012, 145 p.
- [9] **Dreyer P., Ennuyer B., eds.** *Quand nos parents vieillissent. Prendre soin d'un parent âgé*. Autrement, 2007, 347 p.

Les déterminants de la santé

À une vision de la santé centrée sur le système de soins et de prévention médicale s'est substituée progressivement une autre approche des déterminants de santé, de conception plus large, dont les conséquences pour les politiques de santé publique sont notables [1-2].

Il s'agit de ne plus se limiter au patient malade, mais de prendre en compte la personne qui risque de le devenir, pour engager une démarche de prévention qui se situe pour une large part en amont de la maladie ou dans sa phase précoce. Cette démarche n'est pas orientée de manière exclusive vers un individu, et des actions collectives dans le champ sanitaire et au-delà sont requises.

Concepts, méthodes et cadre général

Les déterminants de la santé sont de divers ordres : intrinsèques à l'individu (génétique, métabolique, etc.), comportementaux (nutrition, consommation d'alcool, de tabac, etc.), environnementaux (habitat, bruit, exposition aux polluants, etc.), économiques (revenus), sociaux (support et réseau social, niveau d'éducation, travail), territoriaux, etc. La liste est très longue et leur rôle très diversifié, conduisant à des réponses bien différentes, de la volonté d'éradication d'un facteur de risque à une attitude de laisser faire, de strictes règles administratives ou légales à de simples conseils, de la mise en place de lourds programmes de dépistage à des tentatives ponctuelles de promotion de la santé.

Si certains déterminants relèvent directement du système de santé, nombre d'entre eux et sans doute les plus importants relèvent de l'ensemble des politiques, réalité résumée dans la formule « la santé dans toutes les politiques » mise en exergue lors de la présidence finlandaise de l'Union européenne [3].

Ainsi, le champ des déterminants de la santé s'avère immense, les enjeux majeurs, les erreurs fréquentes. Si en matière de médecine clinique et de soins le concept de la décision fondée sur les preuves est bien assimilé, il n'en est pas encore de même pour la prévention.

La complexité tient également au fait que les déterminants de la santé ne sont pas indépendants les uns des autres. Des liens existent depuis le génome, qui s'exprime différemment selon l'environnement [4], jusqu'aux conditions de vie et de travail, à la vie quotidienne, sociale et culturelle qui influence les comportements dits « individuels », tout cela dans un emboîtement de type « poupées russes » bien décrit par Whitehead [5-7].

Enfin, il ne faut pas négliger que les déterminants s'enchaînent également au cours du temps dès la conception (vie utérine) et à partir de la naissance. Les états de santé de la personne adulte reflètent donc son exposition tout au long de la vie à un ensemble complexe de déterminants de la santé, avec des enchaînements qui sont parfois biologiques, comme le lien entre le diabète et le petit poids de naissance, et parfois sociaux. Ainsi, l'influence de la position socio-économique des parents sur la trajectoire sociale des enfants et leur état de santé a été bien démontrée.

Cet enchaînement des causes impose de nouvelles approches des comportements. Leur modification ne peut pas reposer uniquement sur des incitations individuelles. Elle doit prendre en compte leurs dimensions sociale et économique, leur sensibilité aux prix, aux réglementations, à l'environnement physique, culturel et social. Mais les comportements sont aussi liés aux conditions de l'enfance. Changer de comportement suppose le sentiment de pouvoir maîtriser, contrôler sa vie (autoefficacité), capacités qui se construisent de façon déterminante dans l'enfance. En bref, il s'agit de créer des environnements favorables à la santé et de faciliter les choix « sains » [8].

Constater que les déterminants échappent largement au système de soins nécessite de penser la santé dans toutes les politiques et donc de développer des approches intersectorielles. Il peut s'agir des politiques de protection sociale, de transport, d'aménagement urbain, de conditions de travail. Des travaux récents ont ainsi montré que les dépenses consacrées à l'aide au logement dans certains groupes de la population sont largement compensées par la réduction de l'utilisation du système de soins [9]. Si la santé ne peut piloter l'ensemble des politiques publiques, l'évaluation d'impact en santé représente une possibilité d'inclure une réflexion sur les conséquences sanitaires des politiques qui portent sur l'ensemble des déterminants sociaux.

Références

- [1] *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health (CSDH)*, Geneva, World Health Organization, 2008.
- [2] *Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. HCSP, La Documentation française, 2010.
- [3] **Ståhl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K., eds.** *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 2006.
- [4] **Kelly-Irving M., Mabile L., Grosclaude P., Lang T., Delpierre C.** The embodiment of adverse childhood experiences and cancer development: potential biological mechanisms and pathways across the life course. *Int J Public Health*, 2013, 58, 3-11.
- [5] **Whitehead M., Dahlgren G.** *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up*. Parts 1 and 2, OMS, 2006.
- [6] **Lang T., Lepage B., Schieber A.C., Lamy S., Kelly-Irving M.** Social Determinants of Cardiovascular Diseases. *Public Health Rev*, 2012, 33, 601-622.

-
- [7] **Leclerc A., Kaminski M., Lang T.** *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action.* Paris, La Découverte/Inserm, 2008, 300 p.
- [8] *Choosing Health: Making healthy choices easier.* Department of Health, London, 2004.
- [9] **Doran K.M., Misa E.J., Shah N.R.** Housing as health care – New York's Boundary-Crossing Experiment. *N Engl J Med*, 2013, 369, 2374-2377.
-

Conduites et styles de vie

Connaissances et perception des risques

Tout au long de notre vie, nous sommes confrontés à des risques, et leur connaissance, jointe à notre niveau d'aversion pour le risque, détermine notre capacité à nous y soustraire. Cette évidence est déclinée, sous différentes formes, dans les sciences qui étudient les comportements humains. La prévention nécessite d'ailleurs de diffuser auprès du public des connaissances sur les risques auxquels il est exposé. C'est d'autant plus nécessaire que la gestion d'un risque par les pouvoirs publics implique de prendre en compte les perceptions du risque des profanes, sans quoi les mesures prises sont souvent inopérantes. Les difficultés de gestion de la crise liée au virus de la grippe A(H1N1)2009 en constituent une bonne illustration. Mais la perception du risque n'est qu'un des éléments qui influencent les comportements individuels. La perception de sa propre capacité à y faire face, le fait que les mesures préventives proposées soient considérées comme efficaces entrent aussi en ligne de compte. Sans oublier le plaisir et autres bénéfices que nous pouvons retirer d'une conduite à risque, ainsi que les risques concurrents (effets secondaires d'un vaccin, prise de poids en cas d'arrêt tabagique, etc.) [1].

Les campagnes d'information des dernières décennies ont amélioré les connaissances de la population. Toutefois, du point de vue des experts, le public « sous-estime » certains risques et en « surestime » d'autres : ainsi, la proximité d'une centrale nucléaire est perçue par la population comme plus cancérigène que la sédentarité et autant qu'une alcoolisation chronique [2], ce qui est éloigné des fractions attribuables à ces différents facteurs telles que les estiment les épidémiologistes. Toutefois, si les profanes ne perçoivent pas les risques de la même façon que les experts, leurs perceptions sont souvent riches et complexes, et reposent sur des formes de rationalité cohérentes et convaincantes, mais distinctes de la rationalité savante. Elles dépendent par exemple de la perception du caractère plus ou moins familier, choisi ou subi, juste ou injuste, du risque [3]. Ces perceptions dépendent aussi des préférences temporelles des individus (on ne perçoit pas un risque de la même façon selon que l'on vit au jour le jour ou que l'on peut planifier son avenir), ainsi que de la confiance accordée aux autorités de santé, confiance souvent très faible [4].

En conséquence, pour prévenir les problèmes de santé, il ne suffit pas d'informer un public supposé ignorant : il faut le convaincre et ce n'est pas facile, car le profane a souvent déjà formé ses propres perceptions, en utilisant parfois d'autres sources d'information comme Internet, et ces perceptions ont une certaine inertie. Par exemple, un fumeur peut admettre que le tabagisme est cancérigène, mais seulement à partir d'une certaine consommation quotidienne et d'un certain nombre d'années, seuils qu'il situe généralement au-delà de sa propre pratique [5].

Enfin, les perceptions du risque sont socialement différenciées et participent à la production des inégalités sociales de santé [6]. Afin de lutter contre ces inégalités, il importe donc aujourd'hui de mieux comprendre les perceptions des différents risques, d'en tenir compte dans les politiques de prévention et de restaurer la confiance du public à l'égard des informations préventives.

Références

- [1] Peretti-Watel P., Obadia Y., Arwidson P., Moatti J.P. Un risque, ça va ! Trois risques, bonjour les dégâts ? Les difficultés de l'éducation pour la santé à prévenir des risques comportementaux multiples. *Promot Educ*, 2008, 15 (1), 40-45.
- [2] Beck F., Gautier A. (eds). *Baromètre cancer 2010*. Saint-Denis, Éditions Inpes, 2012, coll. Baromètres santé, 270 p. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1405.pdf>
- [3] Slovic P. *The Perception of Risk. Risk, Society, and policy Series*. London, Earthscan Publications, 2000, 473 p.
- [4] *Baromètre IRSN 2012. La perception des risques et de la sécurité par les Français*. Fontenay-aux-Roses, IRSN, 2012. http://www.irsn.fr/FR/IRSN/Publications/barometre/Documents/IRSN_barometre_2012.pdf
- [5] Peretti-Watel P., Constance J., Guilbert P., Gautier A., Beck F., Moatti J.P. Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey. *Tob Control*, 2007, 16 (5), 351-356.
- [6] Peretti-Watel P., Moatti J.P. *Le principe de prévention*. Paris, Seuil, collection La République des Idées, 2009, 112 p.

Environnement familial et social

Dans les modèles théoriques de la santé utilisés en santé publique, les environnements physique et socio-économique de vie ainsi que les réseaux sociaux figurent parmi les grands déterminants de la santé [1]. Or la famille est à la fois une cellule économique qui dispose de ressources et au sein de laquelle se produit du capital humain, un lieu de vie (voire plusieurs), une communauté et un réseau social, un lieu de production de santé à travers des modes de vie collectifs et les soins apportés, mais aussi à travers le patrimoine génétique et les possibles contaminations entre membres.

De manière générale, les indicateurs de santé sont généralement plus favorables chez les adultes vivant en couple, et plus encore en couple marié, comparativement à ceux qui vivent seuls, séparés ou en familles monoparentales. Ce constat, vérifié également à âge et statut social comparables, a le plus souvent été effectué sur des données transversales ; une partie de cette association positive entre mariage et santé résulte d'effets de sélection, les personnes en mauvaise santé étant moins amenées à se marier [2]. La position plus favorable des adultes mariés couvre un large éventail d'indicateurs de santé physique et mentale, d'incapacité et de mortalité ; on observe notamment une surmortalité des adultes non mariés pour les causes de décès liés aux conduites risquées (tabac, alcool, suicides, accidents). Mais ce constat a été également confirmé sur des données longitudinales tenant compte de la plus grande probabilité de se marier des personnes en bonne santé, ce qui renforce l'hypothèse d'un rôle spécifique de la vie en couple, et plus particulièrement en couple marié, sur l'état de santé déclaré. Cet effet semble plus visible sur les couples sans enfants cohabitant, plus âgés et ayant généralement partagé une plus longue vie commune ; une partie des études montrent également que cet effet favorable du mariage est plus élevé pour les hommes que

pour les femmes, mais l'évolution et la persistance de cet écart au fil du temps sont discutées par les chercheurs [3].

Des travaux récents permettent d'expliquer et parfois de nuancer ce rôle « protecteur » du mariage sur la santé dans un contexte de complexification des structures familiales [3]. Ainsi, les personnes mariées ont un niveau de vie en moyenne plus élevé et plus stable et bénéficient davantage des couvertures sociales en matière de santé, qui facilitent leur accès aux soins. En France, les personnes vivant en famille monoparentale ont bien plus souvent le ticket modérateur des soins à leur charge, par manque d'assurance santé complémentaire, à sexe et âge comparables, que les couples sans enfant ou avec enfant⁶. De plus, le mariage, à travers le contrôle social exercé par le conjoint, est généralement associé à une réduction des comportements défavorables à la santé, notamment pour les hommes. Il est également associé à un soutien émotionnel et social plus important, au moins pour les couples bénéficiant d'une bonne qualité de relations. Des approches plus médicales ont même conclu que les interactions entre époux influencent directement les réactions immunitaires et celles des systèmes cardio-vasculaires et endocriniens.

Mais la santé des adultes varie aussi selon l'histoire familiale et ce qui a été vécu durant l'enfance. En France, des associations ont été mises en évidence entre conditions ou événements de vie difficiles dans l'enfance et une plus mauvaise santé déclarée [4-5]. Au-delà de l'histoire de vie des individus, la transmission intergénérationnelle de la santé a également fait l'objet d'études récentes [6-7]. Elles concluent que l'état de santé des adultes âgés de plus de 50 ans est directement associé au statut socio-économique de leur mère et indirectement, à travers leur situation socio-économique actuelle, à celui de leur père. Toutes choses égales par ailleurs, une association avec la longévité du père est également observée. Pour la France, près de 20% de l'état de santé perçu serait ainsi associé à des caractéristiques des parents.

Ces effets persistants des influences familiales à l'âge adulte convainquent facilement que le rôle de la famille sur la santé est aussi essentiel pendant l'enfance. La recherche en la matière s'est largement concentrée sur deux axes : le rôle du niveau socio-économique des parents sur la santé des enfants et celui de la composition de la famille dans laquelle ils grandissent. Pour les enfants comme pour les adultes, un gradient social de l'état de santé est observé ; la fréquence de l'obésité, par exemple, décroît lorsque le niveau social des parents s'élève. Certaines déficiences sont moins bien prises en charge dans les familles socialement défavorisées. C'est le cas de la détection et de la correction des troubles de la vue pour les enfants scolarisés dans les zones d'éducation prioritaire, avec de possibles conséquences défavorables sur les apprentissages [1].

6. En 2010, l'indice à âge et sexe comparable de la part de personnes avec ticket modérateur à charge était respectivement de 0,75 pour un couple sans enfant, 0,83 pour un couple avec enfant(s), 1,26 pour une famille monoparentale et 1,58 pour une personne seule (Enquête santé et protection sociale 2010, Irdes).

En matière de composition familiale, le modèle de la famille traditionnelle avec deux parents a souvent servi de référence, les recherches ayant montré que les enfants y jouissaient d'indicateurs de santé plus favorables que dans les familles recomposées ou monoparentales. Mais il existe également de fortes variations au sein de chacun de ces grands types de famille, ce qui limite la portée des conclusions sur l'influence de ces compositions familiales [3]. Les transitions familiales, notamment en cas de mésentente et de séparation des parents, sont également susceptibles d'influer temporairement sur les symptômes dépressifs des enfants.

La famille est enfin un « espace de production de santé » à travers l'aide et les soins apportés, en interaction avec le système de soins [8]. Ce rôle est évident pour ce qui concerne les soins apportés aux enfants par leurs parents, plus particulièrement leurs mères. Mais cette forme de soins concerne tous les membres de la famille, notamment en cas de maladie grave ou chronique. Lorsque les possibilités fonctionnelles d'une personne sont altérées, la prise en charge de la dépendance repose aujourd'hui largement sur la famille. C'est le cas lorsque les personnes dépendantes vivent à domicile, et quel que soit leur âge : elles sont assistées régulièrement par un ou deux aidants familiaux en moyenne, éventuellement en complément d'aides professionnelles à domicile. Ainsi, huit personnes sur 10 âgées de 60 ans et plus bénéficient d'un soutien familial, qui combine souvent aide aux tâches de la vie quotidienne et soutien moral, voire financier [9]. Pour les adultes âgés de 20 à 59 ans, 95 % reçoivent une aide de leur famille pour des raisons de santé ou de handicap, sans intervention de professionnels dans 85 % des cas [10]. Les personnes âgées résidant en établissement bénéficient également du soutien familial : visites, assistances diverses, soutien financier et moral. Ces soins, et l'aide en matière de santé, sont largement marqués par les rôles sociaux de genre, les femmes (épouses, filles, belles-filles) en assurant une grande part [8].

L'investissement des aidants familiaux, souvent dans la durée, auprès de leurs proches dépendants, comporte des risques pour eux-mêmes largement mis en évidence dans la littérature. Même si l'aide apportée est valorisante, elle est associée à une charge perçue comme lourde par les aidants dans un cas sur cinq : tensions avec la personne aidée ou avec sa famille, manque de temps pour soi ou pour les proches, sacrifices faits, poids financier, isolement, dégradation de la santé ou encore absence de reconnaissance [11]. L'intervention de professionnels, même si elle représente parfois une charge de coordination, réduit l'isolement des aidants et les risques qu'ils encourent.

Références

- [1] *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. HCSP. La Documentation française, 2009.
- [2] **Ross C.E., Mirowsky J., Goldstein K.** The impact of the family on health: the decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 1990, 52, 1059-1078.
- [3] **Carr D., Springer K.W.** Advances in family and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and the Family*, 2010, 72, 743-761.
- [4] **Blanpain N.** Perdre un parent pendant l'enfance : Quels effets sur le parcours scolaire, professionnel, familial et sur la santé à l'âge adulte ? Drees, *Études et résultats*, 2008, 668.
- [5] **Cambois E., Jusot F.** Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France. *Eur J Public Health*, 2011, 21, 667-673.

-
- [6] Devaux M, Jusot F, Trannoy A, Tubeuf S. La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents. *Economie et statistiques*, Insee, 2008, 411, 25-46.
- [7] Trannoy A. Inégalités de santé : le rôle des transmissions intergénérationnelles. *Économie publique*, 2009, 1-2, 24-25.
- [8] Cresson G., Mebtoul M. (dir.). *Famille et santé*, 2010. Presses de l'EHESP.
- [9] Soullier N. L'aide humaine auprès des adultes à domicile : l'implication des proches et des professionnels. Drees, *Études et Résultats*, 2012, 827.
- [10] Soullier N. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. Drees, *Études et Résultats*, 2011, 771.
- [11] Soullier N. Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie. Drees, *Études et Résultats*, 2012, 799.

Vie affective et sexuelle

La santé reproductive tend de plus en plus à être intégrée dans une approche plus large de la sexualité qui se réfère à un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel [1].

Les enjeux contemporains de la santé sexuelle s'inscrivent dans un contexte de prolongation et de diversification des trajectoires sexuelles, ainsi que de rapprochement des pratiques entre hommes et femmes [2]. La vie sexuelle active débute en moyenne à 17 ans (17,6 ans pour les femmes et 17,2 pour les hommes) et se prolonge bien au-delà de 50 ans [2-3]. Si l'âge aux premiers rapports reste relativement stable, l'âge à la première maternité a sensiblement augmenté (28 ans), élargissant la période dite de «jeunesse sexuelle», au cours de laquelle les risques infectieux et les grossesses accidentelles sont les plus fréquents [2].

L'usage du préservatif s'est rapidement imposé comme une norme en début de vie sexuelle en réponse aux campagnes de lutte contre le VIH ; il concerne désormais plus de neuf jeunes sur dix lors du premier rapport [2-3]. Les résultats de l'enquête KABP 2010 indiquent toutefois un relâchement des pratiques préventives chez les moins de 30 ans, moins nombreux à utiliser un préservatif lors de leur dernier rapport, dans le contexte d'une relation récente ou de multipartenariat dans l'année [2]. Ces évolutions sont sans doute à mettre en rapport avec l'augmentation de l'incidence de certaines infections sexuellement transmissibles (Chlamydia et Gonorrhoea) sur la même période, en particulier chez les moins de 25 ans [4].

La dernière décennie est également marquée par une stabilisation de la pratique contraceptive. Après quarante ans de médicalisation continue, on constate pour la première fois une légère diminution du recours à la pilule sur cette période [5]. La couverture par une contraception reste toutefois très élevée (plus de 97% des femmes concernées) et très largement médicalisée. La méthode la plus utilisée reste la pilule (50%), suivi du stérilet (21%), ce dernier restant toutefois réservé aux femmes âgées de plus de 30 ans qui ont déjà eu des enfants [5]. Le recours au stérilet est plus fréquent en France que dans d'autres pays européens [6]. Les méthodes au «long cours» (implant et stérilet) ont peu progressé chez les femmes âgées de moins de 30 ans (6% d'utilisation parmi celles concernées par la contraception), qui sont pourtant les plus à risque de grossesses non prévues et malgré des indications tout aussi favorables que chez les femmes plus âgées [7]. Cette rigidité de la norme contraceptive contribue sans doute à l'augmentation des interruptions volontaires de grossesses (IVG) chez les jeunes (+12% entre 2000

et 2006), qui semble toutefois s'être stabilisée depuis (21 pour 1 000 femmes âgées de moins de 25 ans en 2010) [8]. La prévention de ces échecs de la contraception, très majoritairement liés aux arrêts temporaires ou aux erreurs de prise de contraceptifs nécessitant une vigilance régulière, appelle à la promotion des méthodes au long cours, plus efficaces et moins souvent interrompues.

Références

- [1] *Sexual Health: a new focus for WHO*. WHO, Progress in Reproductive Health Research, 2004, 67.
- [2] **Bajos N., Bozon M.** *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, Genre et Santé*. Paris, La Découverte, 2008.
- [3] **Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Lydié N, Semaille C, Warszawski J ; group KABP France.** An 18-year follow-up of HIV knowledge, risk perception and practices in young adults living in France. *AIDS*. 2013, 27, 1011-1019.
- [4] **Warszawski J., Goulet V.** Sexually transmitted infections: inequalities in access to screening. In: *Bajos N, Bozon M (eds), Sexuality in France*. Oxford, The Bardwell Press, 2012, 425-446.
- [5] **Bajos N., Bohet A., Leguen M., Moreau C.** La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et Sociétés*, 2012, 492, 4 p. http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
- [6] *World contraceptive use 2012*. United Nations <http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2012/MainFrame.html>
- [7] **Moreau C., Bohet A., Hassoun D., Teboul M., Bajos N; Fecond working group.** Trends and determinants of use of long acting reversible contraception utilization among young women in France: results from 3 national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril*, 2013, 100, 451-458.
- [8] **Vilain A.** Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. Drees, *Études et Résultats*, 2012, 804. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er804.pdf/>

Alimentation

De nombreux travaux scientifiques ont mis en évidence, au cours des dernières années, le rôle des facteurs nutritionnels, tant comme facteur de protection que comme facteur de risque pour de nombreuses maladies chroniques dont les maladies cardio-vasculaires (MCV) et les cancers, les deux premières causes de mortalité en France.

Dans le domaine cardio-vasculaire, l'alimentation intervient sur les facteurs de risques intermédiaires de la maladie (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, obésité) [1]. Ainsi, les apports en lipides et en acides gras saturés sont associés à une augmentation du risque de dyslipidémie et de diabète, la diminution de leurs apports permettant une réduction de 16% de l'incidence des MCV [1]. Quant aux apports en sel, ils sont associés à une augmentation du risque d'hypertension artérielle. La diminution de ces apports permettrait une réduction de 5 à 8 cas/100 000 habitants de l'incidence des MCV [2].

Les comportements nutritionnels sont un déterminant important des cancers [4-5]. Les facteurs pour lesquels les niveaux de preuves sont les plus convaincants sont l'alcool⁷, ainsi que la viande rouge et la charcuterie⁸ pour ce qui est des facteurs augmentant le risque, les fruits et légumes pour ce qui concerne les apports bénéfiques⁹.

7. La part des cancers attribuable à la consommation d'alcool était en 2007 de 11 % chez l'homme et de 4,5 % chez la femme [6].
8. La consommation excessive de viande rouge et de charcuterie augmenterait de 20 à 30 % le risque de cancer.
9. Leur rôle protecteur concerne de nombreux cancers [3].

La reconnaissance de l'importance des facteurs nutritionnels en tant que déterminants modifiables de l'état de santé a été le moteur de la mise en place d'une politique nutritionnelle de santé publique ambitieuse depuis 2001, à travers le Programme national nutrition santé (PNNS) [7]. Ce programme, plurisectoriel, vise à promouvoir les facteurs de protection alimentaire et à réduire l'exposition aux facteurs de risque de maladies chroniques, au niveau de la population générale ou de groupes à risque spécifiques. Il traite tant la question des apports nutritionnels que des dépenses par l'activité physique. Il existe un certain consensus international, que le PNNS développe, sur les stratégies à mettre en œuvre. Celles-ci visent, d'une part, l'évolution des comportements individuels en s'appuyant sur des actions d'information et d'éducation et, d'autre part, la modification de l'environnement alimentaire et physique, facilitant l'adoption progressive de comportements favorables. Le Plan obésité 2010-2013, articulé avec le PNNS, a permis d'initier le développement d'une prise en charge coordonnée des personnes obèses.

Une étude de la situation nutritionnelle en France au regard des objectifs du PNNS a été menée en 2006 ; son renouvellement permettra d'en suivre l'évolution [8]. D'autres travaux apportent d'ores et déjà des éléments quant à l'évolution des consommations alimentaires. Celles-ci ont par exemple évolué favorablement chez les adultes entre 1998 et 2007 : augmentation de 10% de la consommation de fruits et légumes, baisse de la consommation de viande, augmentation de la part des lipides dans l'énergie consommée, au détriment des protéides [9]. Concernant l'obésité, l'augmentation de sa prévalence chez l'adulte entre 2009 et 2012 n'est plus statistiquement significative [8]. Chez les enfants, la prévalence du surpoids et de l'obésité s'est stabilisée, mais avec des inégalités sociales qui restent très marquées : elle atteignait 18% en 2007 chez les enfants de 7-9 ans de parents « ouvriers et employés » et 11 % chez ceux des groupes sociaux les plus favorisés [10].

La réduction des inégalités sociales de santé dans le domaine nutritionnel constitue une priorité, portée par le PNNS 3 (2011-2015). L'action sur l'environnement, facilitant l'adoption par l'ensemble de la population de comportements favorables, apparaît ici essentielle.

Références

- [1] *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. World Health Organization, 2007.
- [2] **Bibbins-Domingo K., Chertow G.M., Coxson P.G., Moran A., Lightwood J.M., Pletcher M.J. et al.** Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease. *New Engl J Med*, 2010, 362, 590-599.
- [3] *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. World Health Organization, 2009.
- [4] *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, Washington DC, 2007.
- [5] *Policy and Action for Cancer Prevention. Food, Nutrition, and Physical Activity: a Global Perspective*. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, Washington DC, 2009.
- [6] *Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations*. Institut national du cancer, Réseau national alimentation cancer recherche, 2009.
- [7] **Hercberg S., Chat-Yung S., Chauliac M.** The French National Nutrition and Health Program: 2001-2006-2010. *Int J Public Health*, 2008, 53, 68-77.

- [8] Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). *Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)*. InVS, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007.
- [9] *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA 2) 2006-2007*. Afssa, 2009.
- [10] Salanave B., Péneau S., Rolland-Cachera M.F., Hercberg S., Castetbon K. *Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007*. InVS, Université de Paris 13, 2011, 34 p.

Activité physique et sédentarité

L'activité physique est un élément fondamental du maintien de la santé, avec un bénéfice substantiel à tous les âges. La réduction moyenne du risque de mortalité toutes causes chez les sujets les plus actifs est de l'ordre de 30%, chez les hommes comme chez les femmes [1 - 5]. L'activité physique est associée à une réduction de l'incidence et de la mortalité des principales pathologies chroniques [1 - 5].

La pratique hebdomadaire de 150 minutes d'activité physique d'intensité au moins modérée (marche rapide par exemple) permet une diminution du risque de morbidité cardio-vasculaire de 20 à 35%. En prévention secondaire, la mise en place d'une activité physique régulière chez les sujets présentant une insuffisance coronarienne ou ayant eu un infarctus du myocarde est associée à une diminution de la mortalité de 25%. Les mécanismes expliquant ces effets relèvent d'actions directes sur le système cardio-vasculaire et d'actions indirectes, principalement par la réduction du niveau de nombreux facteurs de risque (pression artérielle, hyperglycémie, profil lipidique).

L'activité physique est également associée à un risque diminué d'incidence et de mortalité par cancer, de l'ordre de 30% pour le cancer du côlon (pour les deux sexes) et de 20% pour le cancer du sein. L'activité physique permet une réduction de près de 60% du risque de devenir diabétique de type 2 chez les sujets à risque (intolérants au glucose) [6]. L'activité physique participe aussi au bien-être psychologique et à l'amélioration de la santé mentale, en particulier pour des troubles tels que la dépression et l'anxiété [3]. De nombreux travaux montrent les effets bénéfiques d'une activité physique régulière sur le maintien des performances physiques et cognitives lors de l'avancée en âge (prévention des chutes, déclin cognitif) [3].

Le gain le plus important en termes de bénéfices pour la santé est obtenu chez les sujets inactifs qui deviennent au moins modérément actifs, c'est-à-dire qui pratiquent 150 minutes par semaine d'activité d'intensité modérée à élevée [4-5]. Un gain supplémentaire est obtenu pour des volumes plus importants d'activité physique. Pour les niveaux élevés d'activité, le bénéfice potentiel doit toutefois être pondéré par les risques d'une pratique très intensive [2-3].

En France, en 2006, d'après l'étude ENNS, près des deux tiers des adultes (64% des hommes et 62% des femmes) pratiquaient l'équivalent de la recommandation des 150 minutes par semaine d'activité d'intensité modérée [7]. Les catégories sociales les plus favorisées pratiquent le plus d'activité physique dans le cadre des loisirs [8]. En France, les différences de pratique d'activité physique entre les territoires restent mal connues.

La promotion d'une activité physique quotidienne d'intensité modérée constitue l'un des objectifs du PNNS [9]. Elle s'appuie sur des actions d'information et d'éducation (en 2011, plus de 90% de la population adulte connaissait le repère «au moins 30 minutes d'activité physique quotidienne») et des modifications du cadre de vie. À ce titre, les acteurs locaux (collectivités territoriales, établissements de santé et médico-sociaux, entreprises, établissements scolaires, milieu associatif, etc.) constituent des maillons clés de la promotion de l'activité physique.

Concernant les personnes malades, la remise en mouvement constitue une composante à part entière des traitements et passe par la sensibilisation et la formation des professionnels de santé pour un accompagnement des patients adapté à leur état de santé, compatible avec leurs goûts, leurs capacités et leurs possibilités financières, visant à promouvoir l'activité physique et sportive dans la vie quotidienne et l'activité physique adaptée.

Références

- [1] *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services (USDHHS), Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
- [2] **Oppert J.M., Simon C., Rivière D., Guezennec C.Y.** *Activité physique et santé : arguments scientifiques, pistes pratiques*. Paris, ministère de la Santé, Collection « Les synthèses du PNNS », 2006.
- [3] *Activité physique – Contextes et effets sur la santé*. Paris, Inserm, Expertise collective, 2008.
- [4] **Haskell W.L., Lee I.M., Pate R.R., Powell K.E., Blair S.N., Franklin B.A., Macera C.A., Heath G.W., Thompson P.D., Bauman A;** American College of Sports Medicine; American Heart Association. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 2007, 116, 1081-1093.
- [5] *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington DC, US Department of Health and Human Services, 2008.
- [6] **Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, Uusitupa M, Tuomilehto J.** Finnish Diabetes Prevention Study Group. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*, 2003, 26 (12), 3230-3236.
- [7] **Usen.** *Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)*. InVS, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007.
- [8] **Vuillemin A., Escalon H., Oppert J.M.** *Activité physique et sédentarité*. In : Escalon H., Bossard C., Beck F. (eds), *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis, Inpes Editions, 2008, 239-272.
- [9] **Hercberg S., Chat-Yung S., Chauliac M.** The French National Nutrition and Health Program: 2001-2006-2010. *Int J Public Health*, 2008, 53, 68-77.

Consommation d'alcool

Avec le tabac et la nutrition, l'alcool constitue en France l'un des déterminants majeurs de l'état de santé de la population. Son usage excessif est susceptible de provoquer à la fois des dommages physiques, en lien notamment avec sa toxicité importante, des situations de dépendance, en raison de son fort pouvoir addictif, et des dommages sociaux à travers les altérations du comportement qu'il génère. Le coût social de l'alcool a été estimé à 37 milliards d'euros en 2005, les dépenses de santé ne représentant que 16% de ce montant [1].

Depuis les années 1960, la consommation d'alcool a été réduite de moitié, en lien avec la baisse de la consommation de vin. Mais elle avoisine encore 12 litres

d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus en 2012, ce qui place la France parmi les pays les plus gros consommateurs d'Europe et du monde [2]. Ce constat, qui n'est pas nouveau, s'inscrit dans un contexte qui associe un ancrage et une valorisation très forts de la consommation de boissons alcoolisées dans la culture culinaire et festive française, et des enjeux socio-économiques importants [3].

La consommation d'alcool est expérimentée précocement au cours de la vie, avant le tabac et le cannabis. En 2010, 59% des élèves de sixième des collèges disent avoir déjà bu une boisson alcoolisée, et cette proportion dépasse 80% chez les élèves de troisième [4].

La grande majorité des adultes consomment régulièrement de l'alcool : selon le Baromètre santé 2010 de l'Inpes, près de 40% des 18-75 ans en déclarent une consommation au moins hebdomadaire, et seuls 14% déclarent ne pas en avoir consommé au cours de l'année.

Mais les modes de consommation sont très différents selon l'âge et connaissent des évolutions importantes. Les consommations régulières et relativement modérées, qui sont plutôt le fait des personnes plus âgées, sont en recul marqué. Ainsi, 11% des 15-75 ans déclarent en 2010 une consommation quotidienne de boissons alcoolisées, soit deux fois moins qu'en 1995.

Les consommations fortes et ponctuelles, plutôt adoptées par les jeunes adultes chez lesquels elles s'inscrivent en général dans un contexte festif et convivial, sont en revanche en forte augmentation. Les épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante¹⁰ (API) et la survenue d'ivresses sont ainsi de plus en plus fréquemment déclarés. Les augmentations les plus marquées concernent les hommes âgés de 26 à 30 ans, dont 40% rapportent des API mensuelles (27% en 2005), et les femmes âgées de 20-25 ans chez lesquelles cette proportion atteint 17% (11% en 2005).

Enfin, si la consommation d'alcool dans son ensemble concerne encore massivement les hommes, les comportements des jeunes générations sont nettement moins différenciés selon le sexe.

Conséquence de ces évolutions, la part des individus de 15-85 ans à risque chronique ou de dépendance est restée stable entre 2005 et 2010, à près de 9% (15% chez les hommes, 3% chez les femmes). En revanche, celle des individus à risque ponctuel est en augmentation et atteint 28% en 2010 (38% chez les hommes, 18% chez les femmes) [5].

La vulnérabilité sociale, le chômage ou le fait de vivre seul sont associés aux consommations d'alcool à risque. Toutefois, avec l'élévation dans l'échelle sociale, la consommation régulière d'alcool diminue chez les hommes et augmente chez les femmes. Ainsi, plus le milieu social est favorisé, plus les comportements des hommes et des femmes convergent. Par ailleurs, alors que la part des individus ayant une consommation à risque est restée relativement stable entre 2005 et 2010, elle a fortement augmenté chez les personnes au chômage et plus encore chez les étudiants [5].

10. Consommation d'au moins six verres en une seule occasion.

En lien avec la forte prévalence de ces usages problématiques, les dommages liés à l'alcool sont considérables, pour les consommateurs mais aussi pour les tiers. Globalement, 33 000 à 49 000 décès seraient attribuables chaque année à l'alcool, soit 6 à 9% des décès [6-7]. Environ 75 % de ces décès concernent des hommes et 40 % surviennent avant 65 ans, ce qui fait de l'alcool une des principales causes de décès prématuré. Les principales pathologies à l'origine de ces décès sont les cancers (voies aéro-digestives supérieures, foie, sein, côlon-rectum), dont 10 % sont attribuables à l'alcool, et les maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, cardiopathie ischémique) [7-8]. L'alcool accroît également le risque d'accident, de chute et de suicide. Il est ainsi en cause pour 31 % des tués dans les accidents de la circulation routière et pour 15 % des blessés hospitalisés [9].

Les dommages sociaux associés à la consommation d'alcool sont complexes à apprécier. Ceci dit, il est établi que l'abus d'alcool augmente la gravité de certains délits, notamment les agressions physiques et sexuelles, les risques d'incivilités et d'agressions et les risques de violences familiales [5].

Le développement actuel des consommations ponctuelles et importantes chez les jeunes incite à porter une attention particulière à leurs dommages sur la santé. Avant 20 ans, en effet, sur un cerveau en cours de maturation, la consommation d'alcool et notamment l'intoxication massive ont des effets neurotoxiques qui entravent les capacités d'apprentissage et de mémorisation. De plus, les consommations ponctuelles importantes affectent la neurogenèse. Ces atteintes sont plus importantes chez les filles que chez les garçons. En outre, les personnes exposées de façon répétée, à l'adolescence, seront beaucoup plus vulnérables à l'addiction à l'alcool, à l'âge adulte [9].

Pendant la grossesse, l'alcool a une toxicité sans seuil pour le fœtus et peut conduire au syndrome d'alcoolisation fœtale, dont le nombre est estimé entre 400 et 1 200 cas par an. Dans sa forme complète, il comporte malformation crânienne, retard mental, troubles des apprentissages, de la mémoire, de l'attention et du comportement.

Les constats des dommages dus à l'alcool dans notre pays sont éloquentes, même si des progrès en matière de connaissance restent à faire [10]. De nombreux plans, comportant des mesures très variées, ont été mis en place pour lutter contre les addictions, et notamment l'alcool, mais les enjeux dans ce domaine restent considérables et une politique globale et cohérente est indispensable. Parmi les actions qui ont fait la preuve de leur efficacité, outre celles qui concernent la limitation de l'offre dont il importe qu'elles soient portées tant au plan national que par les acteurs locaux, deux grands types d'intervention semblent encore insuffisamment développées. Il s'agit d'une part des programmes de renforcement des compétences psychosociales, dont l'intérêt dépasse de très loin le seul champ de l'alcool, d'autre part des actions de repérage précoce et d'interventions brèves par les professionnels de santé de premier recours, notamment les médecins généralistes [11-12].

Références

- [1] Kopp P, Fenoglio P. Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2006.
- [2] Palle C. Encadré : Les ventes d'alcool en France. *Bull Epidemiol Hebd*, 2013, 16-18, 180.
- [3] Palle C. Le poids économique de l'alcool. In : *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis, OFDT, 2013, 154-159.
- [4] Godeau E, Navarro F, Arnaud C. (dir). *La santé des collégiens en France/2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Saint-Denis, Inpes, coll. Études santé, 2012, 254 p.
- [5] Beck F, Guignard R, Richard J.B. *Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyses du Baromètre santé Inpes*. Inpes, La Documentation française, 2014, 255 p.
- [6] Guérin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en 2009. *Bull Epidemiol Hebd*, 2013, 16-18, 163-168.
- [7] Rey G., Boniol M., Jouglu E. Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration for French data for 2006. *Addiction*, 2010, 105, 1018-1029.
- [8] *La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2011*. ONISR (Observatoire national interministériel de sécurité routière), La Documentation française, Paris, 2013, 689 p.
- [9] *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*. Paris, Inserm, expertise collective, 2014.
- [10] *Avis relatif au suivi de consommations d'alcool et leurs conséquences sur la santé pour une meilleure prévention*. HCSP, avril 2014.
- [11] Reynaud M. *Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*. Synthèse, MILDT, 2013, 109 p.
- [12] *Interventions efficaces en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : une synthèse des connaissances*. Résultats saillants. Paris, Inpes, 2012, 7 p.

Consommation de tabac

Le tabac est un des principaux déterminants de la santé et la première cause de décès évitable en France. Il est responsable en 2010 d'un décès sur sept (chaque année 73 000 décès directs et 2 000 par tabagisme passif) [1] et de 16% des années potentielles de vie perdues (*Global burden disease*, 2010). Pour autant, sa consommation n'est pas interdite et le tabac est en vente libre, sauf pour les mineurs.

L'usage quotidien du tabac concerne 29% de la population française âgée de plus de 15 ans (31% des hommes et 24% des femmes). Cette proportion a augmenté de 2005 à 2010, pour la première fois depuis plusieurs décennies. Parallèlement, l'envie d'arrêter de fumer (65% en 2005 / 58% en 2010) et la crainte des maladies liées au tabac diminuent. Cependant, chez les fumeurs, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est en baisse et la proportion de fumeurs de plus de dix cigarettes par jour diminue. De plus, les fumeurs ne fument plus dans les lieux publics (interdiction) et de plus en plus rarement à leur domicile (sensibilisation aux risques du tabagisme passif). Chez les jeunes, l'âge d'initiation au tabagisme (16,4 ans) semble plus tardif depuis les années 2000 (hausse des prix, interdiction de vente aux mineurs). La prévalence du tabagisme quotidien a augmenté chez les femmes (23% en 2005 / 26% en 2010) et particulièrement chez les 45 à 64 ans (+7%), reflet de l'arrivée d'une génération de fumeuses dans cette tranche d'âge. Le tabagisme est associé à un niveau socio-économique moins élevé (diplôme, revenu, profession) : plus de 50% des chômeurs et plus de 60% des chômeurs sans diplôme fument régulièrement. Ce gradient se retrouve aussi chez les jeunes où, à âge égal, les étudiants sont moins souvent fumeurs que les actifs (23% / 42%) et

que les jeunes chômeurs (56%) ; pour les femmes enceintes, le tabagisme est également associé à un plus faible niveau d'éducation. Enfin, alors que l'envie d'arrêter de fumer est identique selon les catégories, la réussite du sevrage tabagique est plus importante dans les catégories sociales élevées [2-3].

L'apparition en 2007 de la cigarette électronique a modifié le paysage de la consommation de tabac. En 2013, huit millions de Français l'ont essayée et au moins un million l'utilisent quotidiennement — le plus souvent en alternance avec le tabac [4]. Porteuse d'espoir comme moyen d'aboutir au sevrage tabagique, son efficacité ne semble cependant pas supérieure à celle des patchs nicotiniques ; elle présente en outre l'inconvénient de renormaliser l'action de fumer. Ce phénomène étant récent, le HCSP a appelé à suivre l'évolution de ces consommations et leur impact [5].

Reflète de ces évolutions, les ventes de tabac ont reculé de 6% en 2013 par rapport à 2012 [6]. Mais depuis le début des années 2000, les achats transfrontaliers augmentent. Ainsi, 17% des fumeurs déclarent se fournir en tabac hors des frontières françaises en 2013, contre 15% en 2010.

Le nombre annuel de morts attribuables au tabac a été estimé à 73 000 en 2004 (59 000 hommes et 14 000 femmes), plus de la moitié survenant avant 65 ans (mortalité prématurée). Les principales causes de ces décès sont les cancers du poumon (22 000 hommes, 4 000 femmes) et ceux des voies aéro-digestives supérieures, ainsi que les maladies cardio-vasculaires (13 000 hommes, 5 000 femmes) [1].

Outre la mortalité, les conséquences du tabagisme sont importantes en termes de morbidité : affections pulmonaires (dont cancer), affections cardio-vasculaires, auxquelles s'ajoutent les problèmes spécifiques sur la santé génésique (diminution de la fécondité, retard de croissance intra-utérin, grossesse extra-utérine, accouchement prématuré), augmentation des complications péri-opératoires, etc.).

L'excès de risque pour ces pathologies liées au tabac est proportionnel à la dose consommée mais plus encore à la durée de la consommation. Le sevrage tabagique est donc bénéfique à tout âge : arrêter à 40 ans améliore l'espérance de vie de 7 ans, arrêter à 50 ans l'améliore de 4 ans. À 75 ans, pour un fumeur, le risque cumulé de cancer du poumon est de 16% ; il diminue si le fumeur s'arrête. Il est estimé à 10% pour un arrêt à 60 ans et à 2% pour un arrêt à 30 ans. Le sevrage tabagique présente un bénéfice très rapide en matière de santé cardio-vasculaire : amélioration de la dyspnée par diminution du CO sanguin et baisse du risque d'infarctus du myocarde. Le sevrage est ainsi une des mesures les plus efficaces en matière de prévention cardio-vasculaire [1].

Alors que les politiques de lutte contre le tabac (loi Veil de 1976 [7], loi Evin de 1991 [8], trois plans cancer) semblaient porter leurs fruits avec la baisse du tabagisme, les nouvelles données françaises sont préoccupantes. Parallèlement, notre voisin le plus proche, la Grande-Bretagne, a réussi à développer une politique exemplaire, avec des conséquences en termes de baisse du tabagisme.

Prenant appui sur les rapports concordants du HCSP [9], des parlementaires [10], de l'alliance contre le tabac [11] et de la Cour des comptes [12], le gouvernement a annoncé en septembre 2014 un plan de lutte contre le tabagisme qui prévoit la création d'un fonds dédié aux actions de lutte contre le tabac, notamment alimenté par les industriels du domaine, une aide au sevrage impliquant de manière plus active les médecins traitants afin de diminuer le nombre des fumeurs réguliers et des actions visant la dénormalisation du tabac pour freiner l'entrée dans le tabagisme (paquet neutre, interdiction de fumer dans les espaces de jeux pour enfants et en voiture avec les enfants).

Références

- [1] Hill C. Mortalité attribuable au tabac. *Actualité et dossier en santé publique*, 2012, 81.
- [2] Beck F., Guignard R., Richard J.B., Wilquin J.L., Peretti-Wattel P. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. *Bull Epidemiol Hebd*, 2011, 20-21, 230-233.
- [3] Beck F., Guignard R., Richard J.B. *Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyses du Baromètre santé Inpes*. Inpes, La Documentation française, 2014, 255 p.
- [4] Lermenier A., Palle C. *Résultats de l'enquête Etincel-OFDT sur la cigarette électronique*. Saint-Denis, OFDT, 2013.
- [5] *Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette, étendus en population générale*. HCSP, 23 avril 2014.
- [6] Lermenier A. *Tabagisme et arrêt du tabac en 2013. Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac, Bilan de l'année 2013*. OFDT.
- [7] Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. Version consolidée au 30 janvier 1993.
- [8] Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Version consolidée au 19 mai 2011.
- [9] *Avis relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme*. HCSP, 22 septembre 2010 ; *Avis relatif à l'augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France*. HCSP, 25 janvier 2012.
- [10] Bur Y. *Proposition pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac*. 8 mars 2012. <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-yves-bur-proposition-pour-une-nouvelle-politique-de-lutte-contre-le-tabac.html>
- [11] *Alliance contre le tabac*. http://www.alliancecontreletabac.org/livre_blanco_tabac.html
- [12] *Les politiques de lutte contre le tabagisme*. Cour des comptes, décembre 2012. <http://www.ccomptes.fr/index.php/Publications/Publications/Les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme>

Autres addictions

À côté de l'alcool et du tabac, de nombreuses substances illicites sont susceptibles de provoquer des comportements addictifs et d'avoir des conséquences sanitaires et sociales dommageables. En France, la consommation globale de drogues illicites a fortement augmenté dans les années 1990 pour se stabiliser progressivement dans les années 2000.

Le cannabis représente 80% de la consommation globale de drogues en France. En 2010, 33% des 18 à 64 ans déclarent en avoir déjà consommé et 8% être des usagers actuels (au cours de l'année) [1]. L'expérimentation est plutôt masculine (41% contre 25% des femmes), l'écart entre les sexes augmentant avec l'élévation de la consommation. La proportion d'usagers actuels est maximale entre 18 et 25 ans (29% des hommes, 17% des femmes). La consommation régulière (10 usages dans le mois) concerne 2% des 18-64 ans (6% des 18-25 ans).

Poppers et cocaïne, produits les plus consommés après le cannabis, se situent bien en deçà, pour l'expérimentation (respectivement 5 et 4%) ou l'usage actuel (respectivement 0,9 et 0,8%). La consommation actuelle des autres produits (champignons hallucinogènes, ecstasy, amphétamines, LSD, héroïne...) est encore plus rare (0,2 à 0,3% des 18 à 64 ans) et surtout le fait des jeunes adultes [1].

Après une augmentation au cours des années 1990, la consommation de cannabis et d'ecstasy apparaît désormais stable, tandis que l'usage de cocaïne est en hausse. Il atteint 2% parmi les moins de 35 ans, ce qui situe la France dans la moyenne européenne [2]. L'usage des poppers apparaît également en hausse par rapport à 2005.

La consommation de cannabis entraîne des troubles de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives [4]. Ceux-ci peuvent avoir des conséquences graves s'ils sont à l'origine d'accidents de la voie publique. L'usage intensif du cannabis peut engendrer une chute de la motivation scolaire ou professionnelle, une altération de la faculté de former des idées, une indifférence affective. La consommation de cannabis peut également favoriser la survenue de troubles psychotiques, en particulier schizophréniques chez les sujets vulnérables.

Les conséquences de la consommation de cannabis dépendent de la dose. En cas de consommation régulière, si les troubles (attention, mémoire) disparaissent généralement quelques mois après l'arrêt, ils peuvent persister si la consommation a été précoce (avant 15 ans). Pour le cannabis comme pour l'alcool, la précocité d'usage est associée à un risque accru de troubles psychiatriques et cognitifs.

L'expérimentation de cannabis, contrairement à l'usage régulier, s'avère plus fréquente parmi les jeunes ayant un diplôme de niveau supérieur au bac, cette tendance correspondant à la fois à une certaine maîtrise du produit et à un usage festif prédominant [5]. Le milieu social conditionne le glissement vers un usage problématique : les jeunes des milieux aisés ou au parcours scolaire sans embûche expérimentant plus souvent mais basculant moins vers les usages quotidiens ou problématiques [6-7].

La consommation intensive et précoce de cannabis augmente notamment la probabilité de sortie précoce du système scolaire [8]. Les écarts entre garçons et filles observés sur des comportements addictifs sont plus marqués parmi les jeunes en apprentissage que parmi les élèves scolarisés en filière générale ou professionnelle, et plus forts encore parmi les jeunes déscolarisés que parmi les jeunes en apprentissage.

Concernant enfin les addictions aux jeux d'argent, 0,9% des 18-75 ans présentent un risque modéré et 0,4% sont des joueurs excessifs, soit au total 1,3% de joueurs dits problématiques [3]. Les autres addictions sans produit, notamment jeux vidéo et internet, ne font pas à l'heure actuelle l'objet d'une quantification rigoureuse.

Références

- [1] Beck F., Guignard R., Richard J.B., Tovar M., Spilka S. *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010*. OFDT, Tendances, 2011, 76, 6 p.
- [2] *Annual Report on the State of the Drugs Problem in Europe*. Lisboa, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2012, 111 p.

- [3] Costes J.M., Pousset M., Eroukmanoff V., Le Nezet O., Richard J.B., Guignard R., Beck F., Arwidson P. *Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010*. OFDT, Tendances, 2011, 77, 8 p.
- [4] Beck F., Legleye S., Spilka S. Cannabis, Cocaine, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier. In : Beck F, Gautier A, Guilbert P (eds), *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis, Inpes, 2007, 168-221.
- [5] *Conduites addictives chez les adolescents : usage, prévention et accompagnement*. Inserm, Expertise collective, 2014.
- [6] Legleye S., Beck F., Khlal M., Peretti-Watel P., Chau N. The influence of socioeconomic status on cannabis use among French adolescents. *J. Adolesc Health*, 2012, 50, 395-402.
- [7] Legleye S., Janssen E., Beck F., Chau N., Khlal M. Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study. *Addiction*, 2011, 106 (8), 1520-1531.
- [8] Legleye S., Obradovic I., Janssen E., Spilka S., Le Nézet O., Beck F. Influence of cannabis use trajectories, grade repetition and family background on the school-dropout rate at the age of 17 years in France. *Eur J Public Health*, 2010, 20, 157-163.

Environnement général

La qualité de l'environnement général et professionnel influence fortement l'état de santé de la population, y compris dans les pays les plus développés. Cette influence s'exerce à travers l'impact d'agents chimiques, physiques et microbiologiques.

La qualité de l'air extérieur est un des facteurs environnementaux les plus préoccupants, en particulier pour les individus les plus sensibles. Selon une étude américaine, une baisse des concentrations moyennes des particules fines PM_{2,5} de 15 µg.m⁻³ en une vingtaine d'années est associée à un gain de près d'un an de l'espérance de vie [1]. Or, depuis 10 ans, en France, les concentrations des particules et du dioxyde d'azote ont très peu baissé et restent à des niveaux trop élevés dans les grandes agglomérations [2]. Cette pollution, aujourd'hui principalement due aux émissions des transports et du chauffage domestique, constitue aussi un facteur d'inégalité territoriale et socio-économique. Dans les agglomérations de Lille, Lyon et Marseille, les habitants des quartiers les plus défavorisés sur le plan socio-économique subissent une pollution de 10 à 70% plus élevée que dans les quartiers les plus favorisés. Les principales victimes sont les enfants et les adultes fragiles sur le plan cardio-respiratoire.

La qualité de l'air intérieur des locaux a également une grande importance car en moyenne 80% de notre temps est passé dans des espaces clos. Si cette qualité est influencée par l'air extérieur, elle est surtout marquée par les sources intérieures de pollution (cuisine, bricolage, aérosols, matériaux de construction, etc.) et par les effets de la ventilation. La qualité de l'air à l'intérieur est souvent moins bonne qu'à l'extérieur. La réduction des consommations d'énergie dans le bâtiment (43% des consommations énergétiques françaises, les deux tiers d'origine fossile), nécessaire pour diminuer les émissions polluantes et de gaz à effet de serre [3] et les dépenses d'énergie, doit se concilier avec une bonne ventilation, pour protéger la santé des occupants.

La protection des ressources en eau constitue également un objectif prioritaire. Pourtant, 40% des cours d'eau ne respectent pas les normes pour les micropolluants

(28 substances mesurées en 2007-2008, hors pesticides), en raison des émissions industrielles, agricoles et des rejets d'eaux usées urbaines insuffisamment traitées. La situation est meilleure pour les eaux souterraines (7% de non-conformité) [4]. En 2010, moins de 40% des points de mesure sont exempts de contamination par les pesticides, les concentrations les plus élevées étant observées dans le Bassin parisien, le couloir rhodanien et en Martinique, en raison d'épandages trop élevés [5]. L'insuccès, à ce jour, du plan Ecophyto mis en place en 2008 à la suite du Grenelle de l'environnement ne permet pas d'espérer une amélioration rapide. La situation s'est également dégradée pour les nitrates dans les eaux superficielles, alors que cette pollution concerne un très grand nombre de communes en France (la liste actualisée des zones vulnérables surveillées comporte près de 19 000 communes).

Certains risques « émergents », plus ou moins bien caractérisés, doivent faire l'objet d'une grande attention, qui passe d'abord par un effort de recherche pour identifier les dangers (être en capacité de mesurer les expositions et surveiller la qualité des milieux). Deux domaines justifient une attention spécifique : les produits issus des nanotechnologies, déjà omniprésents dans les biens de consommation dont les aliments et les produits de soin corporel (avec, en amont, des expositions professionnelles et, en aval, des émissions — à ce jour non mesurées — dans les milieux naturels) et la famille, prolifique, des perturbateurs endocriniens, d'origine industrielle ou pharmaceutique, dorénavant très présents dans les produits de consommation et les milieux de vie [6]. L'étude de l'imprégnation de la population par certaines substances chimiques préoccupantes est indispensable pour évaluer les niveaux d'exposition. Autre question « émergente » : le processus en cours du changement climatique va induire des perturbations des relations santé humaine et écosystèmes. Là aussi la recherche doit aider à clarifier les enjeux.

Ces quelques éléments centraux, non exhaustifs, concernant le domaine santé-environnement montrent que la vigilance reste de rigueur. Alors que le Plan national santé-environnement 2009-2013 (PNSE 2) [7] visait à réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé et les inégalités environnementales, les risques sur la santé liés aux pollutions et nuisances environnementales pèsent encore lourdement et sont très inégalement distribués entre groupes sociaux et territoires. La gestion décentralisée de ces risques, condition souvent d'une action efficace, doit aussi garantir un égal accès à un environnement de qualité de l'ensemble de la population.

Références

- [1] <http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/lessentiel/ar/227/1101/evolution-qualite-lair-agglomerations-francaises-situation.html>
- [2] **Pope C. A., Ezzati M., Dockery D. W.** Fine-Particulate Air Pollution and Life Expectancy in the United States. » *N Engl J Med*, 2009, 360, 376-386.
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMs0805646>
- [3] <http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Batiment-et-energie-.html>
- [4] *Bilan de présence des micropolluants dans les milieux aquatiques continentaux*. Période 2007-2009. Commissariat général au développement durable, Observation et statistiques, Études & documents, 2011, 54, 60 p.
<http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/ED54b.pdf>

- [5] *Contamination globale des eaux souterraines par les pesticides*. Commissariat général au développement durable, Observation et statistiques.
- [6] *Étude de l'alimentation totale française 2 (EAT 2), tome I*. Contaminants inorganiques, minéraux, polluants organiques persistants, mycotoxines, phyto-estrogènes. <http://www.anses.fr/Documents/PASER2006sa0361Ra1.pdf> ; tome 2. Résidus de pesticides, additifs, acrylamide, hydrocarbures aromatiques polycycliques. <http://www.anses.fr/Documents/PASER2006sa0361Ra2.pdf>
- [7] *Deuxième plan national santé-environnement (PNSE 2)*. <http://www.sante.gouv.fr/deuxieme-plan-national-sante-environnement-pnse-2-2009-2013.html>

Urbanisme, transports

Les effets du cadre urbain sur la santé de la population opèrent à travers un large spectre de mécanismes allant de l'environnement physique (configuration et qualité du bâti, qualité de l'air, îlots de chaleur) et de l'environnement de services (distribution de l'eau, systèmes de transport, services de proximité) à l'environnement social (réseaux sociaux, violences urbaines) [1].

L'essor de la voiture après la Seconde guerre mondiale, associé à une planification des transports négligeant la marche et le vélo, a conduit à une augmentation substantielle de la part des déplacements réalisés en voiture entre 1950 et 1990 [2], au détriment des modes de transport actifs (marche et vélo). L'impact des transports sur la santé est dès lors principalement lié à l'accidentologie (même avec une mortalité routière en très fort recul), à l'exposition aux nuisances (pollution de l'air et bruit) mais aussi à l'activité physique ou à la sédentarité résultant de l'usage des différents modes de transport.

L'existence d'un effet causal de la pollution de l'air résultant du trafic routier sur la santé est avérée ou probable, notamment pour la santé respiratoire (incidence et exacerbation de l'asthme, fonctions pulmonaires) et pour la santé cardio-vasculaire (développement de l'athérosclérose et déclenchement d'événements cardio-vasculaires) [3].

Plus récemment, les chercheurs se sont intéressés aux relations entre bruit des transports et santé. L'association entre exposition au bruit routier et hypertension est confirmée et le bruit des transports paraît accroître le risque de cardiopathies ischémiques [4]. À côté d'effets possibles du bruit sur la santé mentale, le bruit des transports nocturnes est admis comme altérant la qualité du sommeil et l'humeur, en particulier chez les enfants qui constituent une population vulnérable.

Les experts s'intéressent de plus en plus aux bénéfices sanitaires du transport actif. Au-delà de la marche et du vélo, l'utilisation des transports en commun est associée à une activité physique accrue [5] ; l'effet bénéfique du transport actif sur la situation pondérale et le risque cardio-vasculaire sont mis en évidence par des travaux de synthèse et des études longitudinales [6-7]. Une étude francilienne suggère que les bénéfices d'un doublement de la pratique du vélo surpasseraient largement les risques induits [8].

Les habitudes de transport pourraient contribuer aux différences sociales de santé. Au contraire des cadres qui travaillent dans les pôles urbains et utilisent plus les

transports en commun que les autres catégories sociales, les ouvriers résident et travaillent dans les zones souvent peu accessibles aux transports en commun et sont particulièrement dépendants de la voiture [9]. La polarisation sociale et spatiale du recours aux modes de transport actifs s'accroît : la pratique du vélo a augmenté chez les cadres et au centre des grandes agglomérations entre 1994 et 2008, alors qu'elle a diminué chez les ouvriers et dans les zones rurales et périurbaines [2]. Ce recours socialement différencié aux modes de transport est susceptible de contribuer aux disparités sociales en matière d'activité physique [10]. Au-delà, les chercheurs du milieu des transports insistent sur l'existence de phénomènes d'exclusion sociale liée au transport (manque d'accès aux transports en commun dans certains quartiers défavorisés).

Ces données invitent à renforcer les ponts entre politiques de santé publique et politiques d'aménagement urbain. Du côté de la santé publique, cela implique de moduler les interventions à visée sanitaire en fonction des environnements et notamment d'encourager le transport actif. Du côté de l'aménagement urbain, l'enjeu est de concevoir des systèmes urbains propices au transport actif et permettant de limiter les expositions environnementales, notamment en intégrant les questions de santé dans les documents de planification urbaine. S'y ajoutent le développement de politiques favorables aux modes alternatifs à la voiture individuelle : zones piétonnes ou zones de rencontre, aménagements cyclables, développement des transports en commun, covoiturage ou auto-partage, etc.

Références

- [1] **Chaix B.** *Villes et santé. consolider le dialogue entre santé publique et aménagement urbain.* IReSP, Questions de santé publique, 2012, 17.
- [2] **Papon F, de Solère R.** Les modes actifs : marche et vélo de retour en ville. In : Tregouët B, Le Jeannic T (eds), *La mobilité des Français, panorama issu de l'enquête nationale transports et déplacements 2008.* Paris, Commissariat général au développement durable, *La Revue*, 2010, 65-82.
- [3] **HEI Panel on the health effects of traffic-related air pollution.** *Traffic-related air pollution: a critical review of the literature on emissions, exposure, and health effects.* Special Report 17. Boston, Massachusetts: Health Effects Institute, 2010, 386 p.
- [4] **van Kempen E, Babisch W.** The quantitative relationship between road traffic noise and hypertension: a meta-analysis. *J Hypertens*, 2012, 30, 1075-1086.
- [5] **Rissel C., Curac N., Greenaway M., Bauman A.** Physical activity associated with public transport use – a review and modelling of potential benefits. *Int J Environ Res Public Health*, 2012, 9, 2454-2478.
- [6] **Hamer M., Chida Y.** Active commuting and cardiovascular risk: a meta-analytic review. *Prev Med*, 2008, 46, 9-13.
- [7] **Wanner M., Gotschi T., Martin-Diener E., Kahlmeier S., Martin B.W.** Active transport, physical activity, and body weight in adults: a systematic review. *Am J Prev Med*, 2012, 42, 493-502.
- [8] **Praznocy C.** *Les bénéfices et les risques de la pratique du vélo – Evaluation en Île-de-France.* Paris, Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2012.
- [9] **Caenen Y., Courel J., Paulo C., Schmitt D.** *Les Franciliens utilisent autant les transports en commun que la voiture pour se rendre au travail.* Île-de-France à la page, 2011, 353, 6 p.
- [10] **Chaix B., Méline J., Duncan S. et al.** Neighborhood environments, mobility, and health: towards a new generation of studies in environmental health research. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2013, 61, Suppl 3, S139-145.

Santé et travail

Les effets du travail sur la santé sont complexes. Si le travail peut avoir des effets positifs et la perte d'emploi s'accompagner de divers troubles, les facteurs professionnels sont à l'origine de maladies diverses touchant de nombreux appareils et fonctions et, de fait, l'ensemble de la pathologie, somatique et psychique, est potentiellement concerné par des facteurs physico-chimiques, biomécaniques ou psychosociaux liés à l'environnement professionnel. Dans ce contexte, certaines pathologies représentent des « marqueurs » de l'impact des facteurs professionnels sur la santé de la population.

Plus de la moitié des cancérogènes avérés se trouvent dans l'environnement professionnel [1] et plus de deux millions de personnes seraient exposées à des cancérogènes professionnels en France [2]. Les expositions professionnelles sont associées à de nombreux types de cancer. Le poumon est l'organe cible le plus fréquent, suivi de la vessie et de la peau, des leucémies, des cancers naso-sinusiens, du foie et du larynx, mais pratiquement tous les types de cancer peuvent être concernés. De 5 à 10% de tous les décès par cancer seraient attribuables aux facteurs professionnels. L'amiante constitue le cancérogène professionnel le plus important, générant chaque année de 1 250 à 2 000 décès par cancer du poumon et près de 1 000 par mésothéliome [3-4]. La connaissance des cancérogènes professionnels progresse constamment. Ainsi, le Centre international de recherche sur le cancer (Circ) a récemment classé le travail de nuit comme suspect d'être à l'origine de certains cancers du sein.

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont le problème de santé au travail le plus répandu [5] et la première cause de maladies professionnelles en France (environ 75%), en augmentation constante. Les TMS des membres et du rachis sont la première cause d'invalidité avant 45 ans et arrivent en tête parmi les causes de limitation dans le travail pour des raisons de santé.

Le stress professionnel est évalué par la « tension au travail » (*job strain*) ou par un modèle d'analyse fondé sur l'équilibre entre les efforts fournis et les récompenses reçues. Il constitue un facteur de risque des pathologies cardio-vasculaires et des troubles mentaux, dont la dépression, à la fois par des mécanismes directs (modification de paramètres physiologiques) et indirects (en favorisant les consommations de tabac et d'alcool ou le surpoids).

Bien que le lien entre le travail et la mortalité par suicide soit particulièrement difficile à établir, les données disponibles montrent que le risque de suicide est trois fois plus élevé chez les agriculteurs que chez les cadres salariés [6]. Les taux de suicide sont particulièrement élevés dans le secteur de la santé. La mortalité par suicide parmi les personnes au chômage est près du double de celles en activité professionnelle.

Les expositions à des facteurs de risque professionnels contribuent largement aux inégalités sociales de santé, même pour les pathologies très fortement liées à des comportements personnels à risque (tabac et alcool). L'amélioration des conditions

de travail et la prévention des risques professionnels constituent donc un axe fort de la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Les maladies professionnelles, et notamment les cancers et les TMS, restent sous-déclarées et de ce fait sous-indemnisés, d'où la nécessité d'une meilleure connaissance épidémiologique de ce phénomène et d'une meilleure équité des indemnisations.

Enfin, le contexte actuel de vieillissement de la population et d'allongement de la durée de la vie professionnelle pose sous une nouvelle forme la question des conditions de travail.

Références

- [1] **Rushton L, Hutchings S, Brown T.** The burden of cancer at work: estimation as the first step to prevention. *Occup Environ Med*, 2008, 65, 789-800.
- [2] **Imbernon E.** *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France.* Saint-Maurice, DST-InVS, 2003.
- [3] *Effets sur la santé des principaux types d'exposition à l'amiante.* Inserm, Expertises collectives, 1997.
- [4] *Des indicateurs en santé-travail. Risques professionnels dus à l'amiante.* Saint-Maurice, InVS, 2010, 26 p.
- [5] TMS d'origine professionnelle : une préoccupation majeure. *BEH*, 2010 N° thématique. 5-6, 24 p.
- [6] **Cohidon C., Geoffroy Perez B., Fouquet A., Le Naour C., Goldberg M., Imbernon E.** *Suicide et activité professionnelle en France : première exploitation des données disponibles.* Saint-Maurice, InVS, 2010.

Santé et système de soins

Il est désormais bien établi que dépenser plus dans le domaine des soins ne permet pas toujours d'améliorer la santé et que certains pays font mieux que d'autres en dépensant moins [1]. Est-ce à dire que nous ne savons pas si les 243 milliards d'euros (montant des dépenses courantes de santé en France pour 2012, soit 12% du produit intérieur brut) ont été dépensés à bon escient ? La contribution du système de soin à la santé des populations est la première des exigences, mais reste mal connue et plus complexe à caractériser qu'il n'y paraît.

Tout d'abord, des travaux menés sur des données historiques, mais débattus [2], démontrent qu'une proportion significative (40% selon l'OCDE) des gains d'espérance de vie obtenus dans les pays riches est expliquée par l'accroissement des dépenses de santé, le reste résultant de l'évolution des modes de vie (éducation, revenu, pollution, tabac, alcool, alimentation, etc.) [3].

Ensuite, pour réduire la mortalité, il faut des soins efficaces et accessibles. L'indicateur de mortalité évitable par les soins [4], construit dans la lignée de celui de mortalité prématurée [5], permet d'estimer le nombre de décès dans une population dus à des maladies pour lesquelles de tels soins existent. Il repose sur une analyse de la littérature dite de médecine par les preuves et des avis d'experts. En 2009, la France était, parmi les 31 pays étudiés par l'OCDE [6], celui où ce taux était le plus faible (de l'ordre de 60 pour 100 000).

Ce résultat excellent ne donne qu'une réponse partielle à la question initiale. En particulier, il ne tient compte que des effets sur la mortalité et néglige l'impact des

soins sur la morbidité, les déficiences, incapacités et handicaps, il omet les effets négatifs des soins (leur iatrogénie), et plus largement les questions de leur sécurité et de leur qualité. En outre, il ne renseigne pas sur la distribution de l'impact des soins sur la santé dans la population (l'équité du système).

L'analyse la plus récente de l'OCDE sur la qualité des soins [7] montre que la France a un système qui se compare toujours avantageusement, à bien des égards, à celui de la plupart des autres pays de l'OCDE en dépit d'un manque de coordination entre secteurs ambulatoire et hospitalier, d'une allocation de ressources déséquilibrée au profit des soins hospitaliers et de coûts administratifs excessifs.

Chez les patients hospitalisés, la fréquence des événements indésirables graves (EIG) la plus souvent retrouvée dans la littérature est de 10%. Ce chiffre recèle des différences de méthodologie et de définition [8]. En France, l'enquête Eneis, réalisée en 2004 et réitérée cinq ans plus tard, a permis d'estimer la fréquence des EIG qui surviennent au décours d'une hospitalisation en médecine ou chirurgie à 6,2 pour 1 000 jours d'hospitalisation en 2009. Elle montre par ailleurs que la proportion des séjours causés par un EIG est de 4,5%, dont un peu plus de la moitié seraient évitables. L'évaluation du programme national de prévention des infections nosocomiales et du plan stratégique national de prévention des infections liées aux soins que mène le HCSP permettra de comprendre la stabilité de ces chiffres depuis 2004, qui peut paraître décevante au regard des efforts consentis.

La France se situe, en Europe occidentale, dans le bas du classement pour plusieurs indicateurs d'inégalités sociales de santé [9]. La Commission des déterminants sociaux de l'OMS [10] a rappelé en 2009 que l'équité d'accès aux soins est une des conditions nécessaires pour réduire les inégalités de santé. Pourtant, le rôle du recours aux soins dans la constitution des inégalités de santé est longtemps resté difficile à mesurer empiriquement. Si l'on ne considère que le seul renoncement aux soins déclarés, des travaux récents montrent que celui-ci est socialement différencié (les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables renoncent davantage) et que les personnes qui déclarent renoncer à des soins pour des raisons financières ont une probabilité plus élevée de voir leur état de santé se dégrader [11 - 12].

De fait, depuis vingt ans, le reste à charge des ménages progresse lentement et l'accès à la couverture complémentaire reste difficile pour certaines populations, malgré la mise en place de l'aide à la complémentaire santé. En 2010, 16% de la population adulte déclarait avoir renoncé, au moins une fois dans les douze mois précédents, à des soins de santé pour des raisons financières [13], en particulier pour les soins bucco-dentaires, les lunettes et le recours à un médecin spécialiste. De façon générale, les progrès thérapeutiques bénéficient d'abord aux groupes sociaux favorisés, de même que les soins préventifs, même gratuits. C'est évidemment un enseignement dont les politiques publiques doivent tenir compte.

Références

- [1] OECD Health Data.
<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm>
- [2] **Colgrove J.** The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. *Am J Public Health*, 2002, 92 (5), 725-729.
- [3] *Health care systems: efficiency and policy settings.* OECD Publishing, 2010.
- [4] **Joumard I., André C., Nicq C., Chatal O.** *Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency.* OECD Economics Department Working Paper 627, 2010.
- [5] **Jougla E.** *Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable ».* HCSP, Collection Documents, La Documentation française, 2013, 31 p.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=357>
- [6] **Gay J.G., Paris V., Devaux M., de Looper M.** *Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries.* OECD Health Department Working Paper 55, 2011.
- [7] *Health at a Glance 2013: OECD Indicators.* OECD Publishing, 2013. doi: 10.1787/health_glance-2013-en.
- [8] Sécurité des patients : mieux connaître et réduire les risques. *Actualité et dossier en santé publique*, 2012, 79.
- [9] *La santé en France et en Europe : convergences et contrastes.* HCSP, collection Avis et rapport, La Documentation française, 2012, 265 p.
- [10] *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux.* OMS, rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, Genève, 2009.
- [11] **Azogui-Lévy S., Rochereau T.** *Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'enquête Santé et protection sociale.* Irdes, Questions d'économie de la santé, 2005, 94.
- [12] **Dourgnon P., Jusot F., Fantin R.** Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Économie Publique*, 2012, 28-29, 123-147.
- [13] *Le renoncement aux soins.* Actes du colloque du 22 novembre 2011. Drees, Collection étude et statistiques, 150 p.

Inégalités sociales et territoriales

De nombreux travaux épidémiologiques, économiques, sociologiques et géographiques ont conduit à observer en France d'importantes différences portant sur l'état de santé, mais aussi sur l'offre de soins et son utilisation, et ceci aussi bien entre les groupes sociaux qu'entre les territoires [1].

La recherche épidémiologique a largement identifié les liens des caractéristiques biologiques ou de comportements (alimentation, activité physique, etc.) avec l'état de santé, liens illustrés dans d'autres chapitres de cet ouvrage. Les sciences sociales ont montré que ces facteurs ne sont pas autonomes, mais subissent des influences de nature sociale, environnementale ou territoriale [2].

Concepts et méthodes

Disparités ou inégalités ?

Le terme de disparités¹¹ correspond à un simple constat de variabilité, sans jugement de valeur, tandis que celui d'inégalités désigne des différences construites, évitables et injustes, hors du contrôle de l'individu. C'est la nature des déterminants qui permet de distinguer disparités et inégalités :

- facteurs individuels : l'invocation de la responsabilité individuelle suggère un libre choix des comportements, mais les travaux scientifiques montrent que ceux-ci sont fortement influencés par l'environnement économique, social, culturel et physique, de même que l'accès aux services, ce qui justifie de parler ici d'inégalités ;
- facteurs socio-économiques : ils résultent dès la petite enfance d'une histoire longue et complexe, au cours de laquelle la maîtrise que chacun peut en avoir est en général faible ; subis ou choisis sous contrainte, ils s'inscrivent également dans une problématique d'inégalité ;

11. Aux États-Unis le terme *inequalities* n'implique pas de notion de justice (équivalent de disparités en français), contrairement à l'usage de ce terme en Europe : on utilise *inequities* pour signifier inégalités aux États-Unis.

- facteurs environnementaux : la production des biens et services, des transports, de l'espace urbain et les polluants physiques et chimiques éventuels qui en résultent sont des « construits » sociaux hors du contrôle de chaque individu : le terme d'inégalités est ici aussi justifié, posant la question d'une « justice environnementale » ;
- quant à l'offre de soins, elle ne constitue un bien essentiel que pour autant que l'accès à cette offre influence en partie l'état de santé de la population. À défaut, une répartition variable de l'offre de soin constitue une disparité et non une inégalité. Pour la plupart des services de santé, leur contribution à la santé peut aller de nulle à majeure. Seul un débat social et politique peut déterminer le niveau de service minimal qui doit être garanti à chacun. La réponse varie selon les structures : l'éloignement de soins de premier recours ou des services d'urgence est source d'inégalité ; à l'inverse, le regroupement d'équipements et de spécialistes en vue d'assurer une certaine masse critique d'actes nécessaire à la qualité des soins (par exemple la chirurgie cardiaque) génère des disparités plus que des inégalités.

Mesure des inégalités sociales et territoriales de santé [3]

Une condition préalable de la mesure des inégalités de santé est de disposer de données individuelles et collectives permettant de comparer l'état de santé entre groupes ou entre territoires et de rechercher le poids des différents déterminants :

- les données individuelles relèvent généralement d'enquêtes *ad hoc* ;
- s'agissant des facteurs sociaux, le niveau d'instruction, les revenus et la situation professionnelle ne sont guère disponibles en routine [4] ;
- le lieu de résidence d'une personne est souvent connu, en particulier dans les bases médico-administratives [5]. Toutefois, l'analyse des inégalités territoriales de santé à différentes échelles dépend de la disponibilité de données précises et comparables entre espaces (l'appariement entre différentes bases de données constitue une méthode prometteuse dans ce contexte) ;
- au niveau des individus, les dimensions sociale et territoriale sont confondues. À petite échelle (par exemple 2 000 habitants pour les IRIS¹², un même territoire correspond à des caractéristiques sociales voisines des habitants, au point que le lieu peut être considéré comme une approximation de la position sociale d'une personne.

À une échelle plus large, pour expliquer l'état de santé observé dans un territoire, on doit distinguer (en particulier par des analyses statistiques dites multiniveaux) ce qui revient aux caractéristiques des individus, si on les connaît (effet dit de composition) et ce qui revient à l'influence des facteurs sociaux, de l'environnement et du territoire : ménage, quartier ou unité urbaine (effet contextuel).

Les déterminants individuels de la santé ne peuvent être autonomisés dans une analyse des inégalités, qu'elles soient sociales ou territoriales. Cependant, la prise en

12. Îlots regroupés pour l'information statistique, découpage élémentaire du territoire réalisé par l'Insee (16 000 IRIS en France).

compte des multiples déterminants pour expliquer les inégalités observées dépend des disciplines porteuses de l'analyse :

- pour le sociologue, le groupe social est le cadre principal : ainsi, pour expliquer les écarts sociaux de mortalité observés pour les cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures, on peut relever que les consommations individuelles de tabac et d'alcool ne sont pas distribuées au hasard des groupes sociaux et que les expositions professionnelles à des produits cancérigènes interviennent aussi ;
- pour le géographe, le territoire est la logique dominante : les faits sanitaires observés dans une zone (ilot d'habitation, quartier, ville, région) s'expliquent par des facteurs internes à cette zone (niveau de précarité de la population, qualité de l'habitat, niveau de la qualité de l'air, accès aux services, etc.) mais aussi par une combinaison de facteurs intervenant à différents niveaux [6]. Ainsi, la disponibilité et l'accessibilité d'installations sportives et de loisirs, variables d'un quartier à l'autre, influencent le niveau d'activité physique moyen dans ces quartiers, indépendamment des choix individuels des habitants. Les conséquences des choix d'aménagement des territoires sur la santé et les répercussions des choix de santé publique en matière de développement et de justice territoriale sont soulignées [7].

Les inégalités de santé se construisent tout au long de la trajectoire de vie des individus, elle-même influencée par les structures sociales, y compris territoriales, propres à chaque société.

La délimitation des territoires, la mobilité quotidienne entre quartiers de résidence, de travail, de socialisation constituent autant d'espaces différents d'exposition aux facteurs contextuels, physiques, sociaux et d'offre de services. Les disparités entre territoires et les facteurs sociaux sont en interaction. Par exemple, les patients les plus favorisés socialement se déplacent plus que les autres pour accéder à une offre de soins jugée meilleure.

L'organisation spatiale et territoriale de la société [8] doit donc faire l'objet d'une analyse dynamique tenant compte des relations entre territoires (proximité/distances, échanges, stigmatisation, isolement, etc.) et des changements intervenus (mutations sociales et économiques, renouvellement urbain, etc.). Ces effets et ces mécanismes sont en étroite interdépendance.

Il en est ainsi par exemple des situations fragiles de certaines zones de moyenne montagne en France [9]. Éloignées des grands centres économiques, peu attractives, victimes des crises industrielles successives, ces zones en déclin, marquées par le chômage et les difficultés sociales, doivent également composer avec une fermeture progressive des services publics. Leur enclavement renforcé favorise un repli identitaire et l'adoption de normes locales tant dans les comportements à risque (pratiques alimentaires, consommations d'alcool, conduites à risque) que dans les rapports à la maladie ou aux soins.

Si la hiérarchisation des différents facteurs évoqués reste encore largement débattue, l'explication de la situation sanitaire en un lieu passe par l'identification

de combinaisons originales de chacune de ces composantes (effet de composition, effet contextuel, effet collectif) et de leur agencement spatial (articulation d'échelles, interactions, dynamiques) [10].

Ainsi, les disparités ou inégalités sociales et territoriales de santé sont intriquées, mais ces deux dimensions doivent être différenciées pour l'analyse des situations et pour identifier les mesures à mettre en œuvre pour corriger les inégalités : nombre d'interventions à visée sociale sont ciblées par une logique territoriale, qui masque parfois la dimension sociale.

Références

- [1] *Les inégalités sociales de santé*. Actualité et dossier en santé publique, 2010, 73.
- [2] *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. HCSP, Rapport décembre 2009.
- [3] *Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé*. HCSP, Rapport juin 2013.
- [4] *Les systèmes d'information pour la santé publique*. HCSP. Rapport novembre 2009.
- [5] *Pour une meilleure utilisation des bases de données administratives et médico-administratives nationales pour la santé publique et la recherche*. HCSP. Rapport mars 2012.
- [6] **Salem G.** *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*. Éditions Karthala, 1998, 360 p.
- [7] **Rican S., Jouglé E., Vaillant Z., Salem G.** Les inégalités territoriales de santé. In : Laurent E (dir), *Vers l'égalité des territoires*. La Documentation française, 2013, 106-125.
<http://www.verslegalite.territoires.gouv.fr/les-territoires-en-debats/3>
- [8] **Cummins S., Curtis S., Diez-Roux A.V., Macintyre S.** Understanding and representing « place » in health research: a relational approach. *Soc Sci Med*, 2007, 65 (9), 1825-1838.
- [9] **Salem G., Rican S., Kürzinger M.L.** *Atlas de la santé en France. Vol 2 : Comportements et maladies*. Montrouge, John Libbey Eurotext, 2006, 220 p.
- [10] **Salem G., Rican S., Vaillant Z.** Géographie, santé et pathocénose. In : Fantini B, Lambrichs L (eds), *Histoire de la pensée médicale contemporaine*. Paris, Seuil, 2012.

Inégalités sociales de santé

Des différences d'état de santé sont observées entre tous les groupes sociaux, y compris ceux qui sont socialement intégrés, selon un continuum (on parle de gradient social de la santé). Les inégalités sociales de santé ne sont pas confinées au groupe restreint des plus pauvres et des exclus mais traversent l'ensemble du corps social. La lutte contre l'exclusion ou la grande pauvreté est une priorité de l'action publique en santé. Elle ne résume pas pour autant la lutte contre les inégalités sociales de santé. Leur identification et le suivi de leur évolution nécessitent un appareil statistique et des indicateurs de santé appropriés.

Les inégalités sociales de mortalité en France sont connues depuis la mise en place par l'Insee, à la suite du recensement de 1954, d'une enquête longitudinale visant à étudier la mortalité différentielle.

Actuellement, chez les hommes, l'espérance de vie à l'âge de 35 ans des cadres supérieurs atteint 47 ans, soit 7 ans de plus que celle des ouvriers, et l'absence de diplôme multiplie la mortalité par 2,5. Chez les femmes, à l'âge de 35 ans, les écarts d'espérance de vie sont moins marqués : 51 ans pour les cadres supérieures et 49 ans pour les ouvrières.

Depuis les années 1960, la mortalité a globalement diminué, mais plus fortement pour certaines catégories sociales déjà en position favorable. Ainsi, les écarts de mortalité ont augmenté chez les hommes âgés de 55 à 64 ans. Le risque de décès est resté stable pour les hommes sans diplôme, mais a diminué pour ceux ayant des diplômes supérieurs. Les inégalités liées au niveau d'études ont également progressé pour les deux sexes.

D'autres données permettent d'estimer l'espérance de vie sans incapacité : ainsi, chez les hommes, à l'âge de 35 ans, l'espérance de vie sans incapacité (déficiences visuelles ou auditives, incapacités à la marche ou aux gestes de la vie quotidienne) des cadres supérieurs est de 34 ans soit 73% de leur espérance de vie totale. Les ouvriers ont une espérance de vie sans incapacité de 24 ans (60% de leur espérance de vie).

Les différences persistent à l'âge de 60 ans : aussi bien pour les incapacités modérées qui concernent 45% de l'espérance de vie chez les cadres et 62% chez les ouvriers, que pour les incapacités sévères : 9% de l'espérance de vie chez les cadres et 16% chez les ouvriers. Ces données indiquent ainsi qu'il existe une «double peine» pour les ouvriers qui cumulent une vie plus courte et moins autonome.

L'identification des facteurs en cause dans les inégalités sociales de santé [1] ne suffit pas à les expliquer. L'épidémiologie dite biographique cherche à rendre compte de leur genèse. Plusieurs modèles explicatifs sont explorés : l'intervention des facteurs de risque à des moments critiques de l'existence, leur accumulation ou bien leur succession selon une séquence bien particulière.

Ces modèles d'analyse fournissent des bases essentielles pour concevoir des interventions visant à corriger les inégalités : certaines, visant des facteurs proximaux, agissent plus vite, sans dispenser d'agir aussi sur les facteurs fondamentaux, dont les effets n'apparaissent qu'à moyen terme.

Inégalités territoriales de santé

L'«effet de lieu» sur la santé des populations est désormais bien établi. Au-delà des facteurs propres à chaque individu, l'espace dans lequel celui-ci évolue participe aux processus inégalitaires [2]. Les liens réciproques entre les modalités d'agencement, d'organisation et de fonctionnement des territoires au sein d'une société et les inégalités de santé qui la traversent ont été objectivés, véritables constructions socio-territoriales de la santé [3].

Les statistiques de mortalité, et en miroir, celles concernant l'espérance de vie, sont des données robustes qui illustrent l'ampleur des écarts entre territoires. En 2011, l'espérance de vie à la naissance en France est de 78,4 ans pour les hommes et de 84,8 ans pour les femmes : elle est plus faible dans les DOM et dans les régions d'un croissant Nord allant de la Bretagne à la Lorraine (particulièrement dans le Nord-Pas de Calais : 75,3 ans chez les hommes et 82,8 ans chez les femmes), et sur une diagonale allant de la Champagne à l'Auvergne [4]. A une échelle plus fine, la forte structuration régionale de la distribution de la mortalité laisse peu à peu place

à une opposition entre les milieux très urbanisés, à forte espérance de vie, et les milieux périphériques des villes et ruraux où l'espérance de vie a augmenté moins rapidement que la moyenne française. A quelques kilomètres de distance, le risque de mourir peut ainsi varier, à âge égal, du simple au double [5]. En ce qui concerne les causes de décès, la distribution des taux de mortalité entre régions et à des échelles plus fines (ville-périphérie) est similaire à celle de la mortalité toutes causes pour les deux principales causes de décès que sont les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire. Les écarts territoriaux les plus marqués concernent les cancers des voies aéro-digestives et les maladies du foie. La mortalité infantile connaît également des disparités importantes, variant en 2011 selon les régions de 2,9 à 4,1 pour 1000 en métropole et de 7,3 à 10,1 dans les DOM. Le niveau socio-économique des régions, mais aussi celui observé aux échelles plus fines (zones d'emploi, communes) est fortement lié à la mortalité pour la plupart des causes de décès [6].

Concernant la morbidité et les déterminants de santé, les comparaisons entre espaces infranationaux (région, département, villes) sont plus complexes. Les grandes enquêtes sur la santé offrent en effet rarement une représentativité régionale ou infrarégionale, sauf si elles ont fait l'objet d'extensions régionales comme par exemple les Baromètres santé de l'Inpes. Toutefois, avec le développement des systèmes d'information concernant l'activité des établissements de santé et la disponibilité croissante des données de l'Assurance maladie, les informations mobilisables à un niveau géographique fin sont désormais nombreuses, et rendent possibles des diagnostics locaux de santé territorialisés, basés sur des croisements d'indicateurs qui permettent de limiter les biais des différents systèmes d'information, ainsi que sur l'association d'approches quantitatives et qualitatives [7]. Les travaux dans ce domaine se développent fortement, notamment sous l'impulsion des ARS, et en particulier dans le cadre de la dynamique des « ateliers santé ville » ou des contrats locaux de santé. Ces travaux et les débats qu'ils génèrent permettent une appropriation par les acteurs locaux des enjeux et des priorités de santé, et une identification des leviers dont ils disposent pour agir.

L'accès aux professionnels de santé : avant tout un problème de répartition

La population continue de croître ; le vieillissement démographique et la transition épidémiologique transforment la demande de soins. Ces tendances posent de multiples questions : la structuration des soins de proximité (premier recours) et leur interface avec les soins spécialisés (en ville et en établissement de santé) et avec les établissements médico-sociaux, la formalisation de parcours de soins, compte tenu de la fragmentation des intervenants et des soins [8], l'adéquation des ressources aux besoins dans un contexte économique contraint.

Le nombre des professionnels de santé n'a jamais été aussi important en France, leurs effectifs ayant progressé depuis soixante ans bien plus vite que la population. La perception de pénurie doit donc être relativisée, même en tenant compte d'un temps du travail médical réduit par les aspirations nouvelles des professionnels. La France dispose ainsi de niveaux de dotation parmi les plus favorables des pays de l'OCDE. Au cours des deux dernières décennies, le nombre de médecins a d'ailleurs continué à augmenter (+ 24000 entre 1996 et 2012), en lien notamment avec

l'arrivée de médecins à diplôme étranger et l'augmentation des taux d'activité des praticiens au-delà de 60 ans [9].

Toutefois, plus que la question du nombre de médecins, se posent surtout celles de leur répartition géographique, de leur répartition entre la ville et l'hôpital (les effectifs des libéraux sont quasi-stables depuis 1996 alors que ceux des praticiens ETP salariés des établissements de santé ont augmenté de 29% entre 2001 et 2011) et de l'organisation entre les différents professionnels de santé, notamment à travers le développement de l'exercice en groupe et des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels [10]. Les mesures de régulation de la démographie des professionnels de santé (*numerus clausus*, autorisation d'exercice, etc.) sont restées globales et quantitatives, sans véritablement influencer ces répartitions et cette organisation [10-11]. De fait, les disparités territoriales d'accès aux professionnels de santé et notamment aux médecins se sont légèrement réduites entre régions, mais sont restées stables entre départements pour les généralistes et ont même augmenté pour les spécialistes. Les inégalités entre bassins de vie ou cantons sont en augmentation. Ainsi, 90% des inégalités de répartition des généralistes libéraux s'observent entre les bassins de vie d'une même région et seulement 10% entre régions ; pour les ophtalmologues libéraux, elles sont même intrarégionales à 95% [12].

La concentration des ressources de santé dans les zones urbaines, les métropoles, sur les littoraux et dans le sud de la France se poursuit et les grands déséquilibres entre départements persistent. L'examen national classant a permis un rééquilibrage en faveur des départements sièges de centres hospitaliers universitaires (CHU) pour les médecins spécialistes, mais il a également renforcé le mouvement de métropolisation.

L'effet des recompositions hospitalières

En France, 95% de la population peut accéder à des soins hospitaliers courants en moins de 45 minutes et 75% en moins de 25 minutes. Il existe cependant d'importantes différences interrégionales et surtout intrarégionales, entre communes urbaines et rurales [13]. Par ailleurs, les habitants soumis aux temps d'accès les plus longs, pour les soins de proximité comme pour les soins spécialisés, vivent souvent dans les mêmes régions rurales, à faible densité de population (Limousin, Auvergne, Corse ou Bourgogne). Comme pour l'état de santé [14], les zones situées aux frontières régionales ou départementales, plus éloignées des soins, peuvent être considérées comme fragiles.

Depuis les années 1990, les nombreuses recompositions n'ont pas conduit à une désertification hospitalière : celles portant sur le secteur privé ont surtout concerné les établissements urbains et celles concernant le secteur public ont maintenu l'offre de soins de courte durée là où elle était menacée [15]. Ces restructurations peuvent modifier le recours aux soins, comme en obstétrique, avec un recours plus fréquent à la maternité la plus proche [16-17]. Les recompositions à venir seront plus difficiles, impliquant de définir les établissements à maintenir pour garantir l'égalité territoriale d'accès aux soins et la sécurité des patients, certaines études suggérant qu'un trajet de 45 minutes ou plus augmente les risques de morbidité et de mortalité périnatales [18].

Outre les aspects géographiques liés à l'implantation des services, la suffisance de l'offre peut être en cause, comme avec les équipements d'IRM : un quart de la population française réside à plus de 30 minutes d'un tel équipement (et même à plus de 45 minutes dans certaines régions). À ces temps d'accès importants s'ajoutent des délais pour obtenir un rendez-vous : en moyenne 29 jours, voire plus de 50 jours dans cinq régions [19]. Dans ce contexte, la question de la pertinence des demandes d'examen devient cruciale, les examens non justifiés conduisant à différer des demandes qui le sont.

**MIEUX
APPRÉHENDER
LA QUESTION DE
L'ACCESSIBILITÉ
AUX SOINS**

L'accessibilité peut se mesurer par des indicateurs classiques de densité ou de distance ; il est cependant utile de mettre en regard les effectifs de professionnels et l'intensité de leurs activités pour identifier la situation problématique de certains territoires [20-21].

L'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur composite d'accessibilité spatiale aux soins, qui tient compte du niveau d'activité des médecins, de l'offre et du taux de recours différencié par âge et par habitant pour apprécier la demande de soins. Calculé au niveau de chaque commune, cet indicateur considère également l'offre et la demande de soins des communes environnantes et permet de renouveler les perceptions classiques de l'accessibilité aux soins [22].

L'APL montre une forte variabilité de l'accessibilité selon les zones. Pour les médecins généralistes libéraux, les habitants des pôles urbains petits et moyens ont une meilleure accessibilité que ceux des grands pôles. L'accessibilité au sein des communes rurales est plus élevée pour les habitants des communes isolées que pour ceux des communes situées en périphérie des pôles urbains.

Références

- [1] Kaminski M., Lang T., Leclerc A. *Inégaux face à la santé*. La Découverte, Paris, 2008.
- [2] Riva M., Gauvin L., Barnett T.A. Toward the next generation of research into small area effects on health: a synthesis of multilevel investigations published since July 1998. *J Epidemiol Community Health*, 2007, 61 (10), 853-861.
- [3] Vaillant Z. *La Réunion, Koman il é ? Territoires, santé, société*. Presses Universitaires de France, 2008, 253 p.
- [4] *Baromètre santé 2010*. Inpes. <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>
- [5] *Mortalité et espérance de vie en 2011. Comparaisons régionales*. Insee
- [6] Rey G, Rican S, Jouglu E. Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social. *Bul Epidemiol Hebd*, 2011, 8-9, 87-90.
- [7] *Baromètre santé nutrition 2008*. Inpes. <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-nutrition-2008/index.asp>
- [8] *Stratégie nationale de santé*. Cf. <http://www.sante.gouv.fr>
- [9] Fauvet L. Les médecins au 1^{er} janvier 2012, Drees, *Etudes et résultats*, n° 796, mars 2012.
- [10] Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmadi A. *Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature*. Irdes, Questions d'économie de la santé, 2006, 116.
- [11] Bourgueil Y., Jusot F., Leleu H. ; groupe AIR Project. *Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ?* Irdes, Questions d'économie de la santé, 2012, 179.
- [12] Barlet M., Collin C. *Localisation des professionnels de santé libéraux*. JESF, 2010. http://www.ces-asso.org/docs/textes_JESF_2010/Barlet_Collin_2010.pdf
- [13] Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, Marcoux L. *Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007*. Rapport Irdes, 2011, 121 p.

-
- [14] **Rican S., Salem G., Vaillant Z.** *Dynamiques sanitaires des villes françaises*. Paris, La Documentation française - Datar, 2010.
- [15] **Vigneron E.** *Les inégalités de santé dans les territoires français. États des lieux et voies de progrès*. Elsevier-Masson, 2011.
- [16] **Baillet A., Evain F.** «Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures.» Drees, *Études et Résultats*, 2012, 814.
- [17] **Pilkington H., Blondel B., Drewniak N., Zeitlin J.** Choice in maternity care: associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics. *Int J Health Geogr*, 2012, 11, 35.
- [18] **Blondel B., Drewniak N., Pilkington H., Zeitlin J.** Out-of-hospitals births and the supply of maternity units in France. *Health Place*, 2011, 17, 1170-1173.
- [19] *Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM*. Étude pour Imagerie Santé Avenir : Detournay B. (2014), Courouve L. (2013).
- [20] *Les effectifs et l'activité des professionnels de santé*. ONDPS, Rapport 2004, tome 1, La Documentation française, Paris, 2005.
- [21] *Démographie régionale de 5 professions de santé de premiers recours*. ONDPS, Rapport 2004, La Documentation française, Paris, 2005.
- [22] **Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V.** *L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France*. Drees, Document de travail, 2012, 124.

Éléments de comparaison internationale

Si les inégalités sociales de santé se retrouvent dans tous les pays, pour l'ensemble des problèmes de santé, leur ampleur varie fortement d'un pays à l'autre. L'Europe est à cet égard une région privilégiée en raison des situations contrastées observées en termes de contexte politique, culturel, économique et épidémiologique.

La mortalité est l'indicateur de santé le plus facilement étudiable et comparable entre pays, parce que le recueil de la mortalité est bien établi dans l'ensemble des pays et la définition de cet indicateur ne pose pas question.

L'amplitude des inégalités sociales de mortalité varie selon les pays et selon les causes de décès [1]. En France, les différences sociales de mortalité chez les hommes sont parmi les plus élevées d'Europe de l'Ouest. Elles sont d'un niveau comparable à celles de l'Angleterre ou de la Finlande, mais plus élevées qu'en Suisse ou en Belgique et beaucoup plus importantes qu'en Italie ou en Espagne. Chez les femmes, les inégalités sociales de mortalité sont relativement modestes en France, mais demeurent toutefois parmi les plus élevées d'Europe de l'Ouest.

Les facteurs à l'origine des inégalités sociales de mortalité, expliquant les différences entre pays dans le niveau de ces inégalités, sont multiples. Le rôle de l'obésité n'est pas clair car on note des inégalités sociales de mortalité faibles dans des pays où les inégalités sociales d'obésité sont marquées, comme dans le sud de l'Europe [2]. Au contraire, les inégalités sociales de tabagisme pèsent sur les inégalités sociales de mortalité observées en Europe. La relation entre position socio-économique et tabagisme varie au cours du temps selon un processus appelé «épidémie de tabagisme». La consommation est d'abord plus élevée parmi les personnes socialement favorisées, puis se concentre dans les groupes sociaux défavorisés. Ce phénomène s'observe d'abord chez les hommes puis chez les femmes [3]. En

Europe, les pays se situent à un stade différent de cette épidémie. En particulier, les pays du sud de l'Europe sont à un stade moins avancé [4], avec des conséquences sur les inégalités sociales de mortalité pour les nombreuses causes de décès liées au tabagisme. Ainsi, pour certaines causes telles que le cancer du poumon en Espagne, la mortalité est plus élevée chez les femmes les plus favorisées. La consommation d'alcool permet aussi d'expliquer une partie des inégalités sociales de mortalité élevées dans l'est de l'Europe, mais aussi en France pour certaines causes de décès telles que les cancers des voies aérodigestives supérieures [5].

Le système de soin joue aussi un rôle dans les inégalités sociales de mortalité, en particulier dans l'est de l'Europe où les inégalités sociales de mortalité évitable sont particulièrement élevées [6].

Les facteurs de risque proximaux sont liés aux conditions de vie et, plus généralement, au contexte économique, politique et social. L'influence de ces facteurs sur le niveau des inégalités sociales de santé est cependant complexe. En Europe de l'Ouest, l'Italie et l'Espagne présentent des inégalités sociales de mortalité relativement faibles, à la différence des pays nordiques par exemple. Des facteurs culturels tels que le régime alimentaire méditerranéen ou le faible tabagisme des femmes dans le sud de l'Europe ou au contraire une forte prévalence des facteurs de risque liés au mode de vie dans les pays nordiques peuvent donc, dans une certaine mesure, contrebalancer les facteurs liés au contexte général.

Références

- [1] Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*, 2008, 358 (23), 2468-2481.
- [2] Roskam A.J., Kunst A.E., Van Oyen H., Demarest S., Klumbiene J., Regidor E., Helmert U., Jusot F., Dzurova D., Mackenbach J.P. Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 19 European countries. *Int J Epidemiol*, 2010, 39 (2), 392-404.
- [3] Lopez A.D., Collishaw N.E., Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*, 1994, 3, 242-247.
- [4] Cavelaars A.E., Kunst A.E., Geurts J.J., Crialesi R., Grötvedt L., Helmert U., *et al*. Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ*, 2000, 320 (7242), 1102-1107.
- [5] Menvielle G., Kunst A.E., Stirbu I., Borrell C., Bopp M., Regidor E., *et al*. Socioeconomic inequalities in alcohol related cancer mortality among men: to what extent do they differ between Western European populations? *Int J Cancer*, 2007, 121 (3), 649-655.
- [6] Stirbu I., Kunst A.E., Bopp M., Leinsalu M., Regidor E., Esnaola S. *et al*. Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. *J Epidemiol Community Health*, 2010, 64 (10), 913-920.

Enjeux pour les politiques de santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) joue souvent un rôle d'éclaireur dans le champ de la santé publique. Dès 1977, la stratégie de « La santé pour tous » à l'horizon 2000 traitait des inégalités d'exposition aux risques et d'accès aux services de santé préventifs et curatifs. La charte d'Ottawa développait, en 1986, l'agenda d'un État soucieux de dépasser les logiques cliniques exclusives, à travers les concepts de promotion de la santé, d'équité, de médiation (qui suppose l'action coordonnée de tous les intéressés), à travers aussi le recours à la panoplie de ressources législatives, financières, fiscales et le renforcement de l'action communautaire.

Ces notions sont utiles pour analyser les défis posés aux politiques de santé. La transition épidémiologique et l'accroissement des maladies chroniques conduisent à inscrire de nouveaux enjeux à l'agenda des politiques de santé et à repenser le rapport que les individus entretiennent à la santé, notamment par le biais de l'éducation thérapeutique.

Développement des maladies chroniques et vieillissement

La notion de maladie chronique recouvre des affections et des situations hétérogènes : certaines fréquentes, d'autres rares, lourdement handicapantes ou sources de douleurs chroniques, d'origine infectieuse ou pas, d'origine somatique ou mentale. Cette notion connaît aujourd'hui un renouveau lié aux évolutions épidémiologiques et au vieillissement de la population.

Le nombre de personnes concernées en France est relativement important, que l'on adopte :

- un point de vue épidémiologique (prévalence lors d'enquêtes) : dans l'enquête État de santé et protection sociale 2010 sur la santé perçue de l'Irdes, 38 % des adultes déclaraient au moins une maladie ou un problème de santé chronique,

soit plus de 20 millions de personnes. Outre les affections de la vue, les principales maladies déclarées étaient cardio-circulatoires, ostéo-articulaires, endocriniennes et métaboliques, respiratoires et enfin digestives ;

- un point de vue sanitaire : 9 millions de patients justifiant de soins lourds ou prolongés sont reconnus en ALD par l'Assurance maladie pour le seul régime général (soit 16% des personnes couvertes), et 15 millions de personnes suivent un traitement médicamenteux régulier.

De la transition épidémiologique à la transition sanitaire

L'avènement des maladies chroniques [1], notion épidémiologique, résulte du vieillissement démographique et de l'efficacité accrue des soins. Derrière ce terme cohabitent des représentations, un dénombrement et des enjeux différents selon les acteurs : malades, professionnels de santé, agences sanitaires, organismes de recherche, financeurs et pouvoirs publics.

La transition épidémiologique implique d'adapter le système de santé à ces besoins nouveaux : écoute et accompagnement des patients, coordination de multiples intervenants dans la durée, voire intégration de services. Il s'agit bien de conduire une transition sanitaire dans le contexte d'une offre de soins spécialisés qui valorise plutôt la spécificité des réponses proposées à chaque affection.

L'adaptation de l'offre de soins en place nécessite des efforts de restructuration et de formation, et se heurte à de multiples résistances. En outre, l'ajout de dispositifs spécifiques par affection dans un système de santé déjà complexe le rend moins global, encore plus compliqué et moins accessible pour certains malades socialement défavorisés, sans parler d'éventuels surcoûts. Le Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2012, évalué par le HCSP [2-3], avait cherché à développer des prises en charge communes à diverses pathologies, comme les appartements de coordination thérapeutique, mais il comportait surtout des mesures spécifiques par affection. Cette approche spécialisée influence les patients eux-mêmes et les besoins qu'ils expriment, reproduisant chez eux la logique professionnelle aux dépens d'une approche transversale.

Des affections très différentes peuvent retentir de façon similaire dans la vie quotidienne des malades : limitation des activités et de la participation à la vie sociale, dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle, besoin de soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'éducation ou d'adaptation, en particulier à caractère social et économique.

Un « pont » entre ces affections avec leur dimension sanitaire, et le handicap avec sa dimension médico-sociale, a été amorcé par le Plan maladies chroniques 2007-2012 : il s'agit de mobiliser des professionnels (professionnels de santé, travailleurs sociaux et éducatifs) et des financements différents (assurance maladie obligatoire et complémentaire, conseils généraux, etc.).

La mise au point et l'usage d'indicateurs de qualité de vie « génériques », communs à différentes affections et « spécifiques » à certaines, permet aux patients concernés

Les soins et le soutien médico-social aux personnes malades

de mieux exprimer leurs perceptions et de juger des effets des soins de leur point de vue.

Sur le plan financier, l'accompagnement de la transition épidémiologique est de plus en plus lourd. Les interrogations sur le caractère soutenable du système des affections de longue durée se multiplient. Le HCSP a proposé de prendre en compte le caractère prolongé des soins dans la définition même des maladies chroniques et a recommandé de dissocier les critères financiers et médicaux de prise en charge [4].

De fait, compte tenu des difficultés d'une régulation reposant sur les seuls professionnels de santé, les pays développés sont à la recherche d'un nouveau mode d'organisation s'appuyant davantage sur les patients et sur leurs comportements [5].

Les patients, quelle que soit leur affection, souhaitent quant à eux accroître leur rôle dans la prise en charge et mieux maîtriser leurs relations avec les professionnels. L'entité « maladie chronique » est d'abord une réponse à leur aspiration.

Les soins et le soutien médico-social aux personnes malades relèvent d'une organisation complexe qui se situe au croisement de la médecine, de la politique sociale, du droit et des modes de financement, et à l'articulation des différents registres d'action qui s'y déploient. Les soins correspondent à une fonction collective apportant des services spécifiques à la population, tandis que le soutien médico-social renvoie à une logique de transfert et de solidarité.

Historiquement scindée en France en deux domaines étanches, relevant de normes et procédures spécifiques comme en témoignent les deux lois successives promulguées dans les années 1970 relatives aux soins hospitaliers¹³, puis au secteur social et médico-social¹⁴, cette séparation a été confortée par la décentralisation des années 1980 qui a impliqué les collectivités territoriales dans le secteur médico-social et maintenu la tutelle de l'État sur le secteur des soins en particulier dans les établissements de santé.

Les transitions démographique et épidémiologique, la place accrue des techniques et des actes dans les soins, l'évolution des politiques hospitalières ont suscité l'apparition d'un nouvel « arrangement » entre organisation des soins et politique sociale. L'organisation des soins est l'objet d'une recomposition qui déplace en continu les frontières des soins et du social, comme celles entre professionnels et profanes, et brouille les rôles et les fonctions d'intervenants toujours plus nombreux. L'organisation des soins vise aujourd'hui à prendre en charge des états morbides dont la configuration évolue au rythme des savoirs médicaux, rendant possibles, d'une part, des diagnostics précoces ou des démarches préventives et, d'autre part, favorisant l'allongement des durées de vie de personnes atteintes de différentes altérations chroniques de leur santé.

Cette situation appelle une série d'interventions d'accompagnement, de prévention, d'éducation dont la logique dépasse la médecine et les soins – donc non ou

13. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

14. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

peu financées par l'Assurance maladie — sans pourtant pouvoir s'en dispenser. L'utilisation du qualificatif de médico-social ne confère *a priori* aucun contenu spécifique, mais recouvre une forte variété allant de prestations de réadaptation et de réinsertion jusqu'aux aides au maintien à domicile.

L'ensemble de ces actes et traitements à visée préventive, thérapeutique, de support ou d'accompagnement en direction de la population mobilisent aujourd'hui de nombreux acteurs professionnels et profanes, et s'effectuent, selon des référentiels multiples, dans des lieux divers, de plus en plus souvent hors les murs de cabinets médicaux ou d'établissements de santé, et notamment à domicile.

Il importe d'analyser les besoins de populations diverses (personnes handicapées, personnes âgées dépendantes, malades psychiques chroniques) et d'organiser des soins adaptés à ces besoins, relevant pour une part des soins médicaux et pour une autre de l'aide sociale. Or la séparation initiale des fonctions a contribué à faire durablement obstacle à l'organisation fluide de la coordination et de la coopération de multiples intervenants et à la complémentarité entre le champ médical et le champ social.

La recherche d'une telle fluidité est au centre de plusieurs réformes comme celle du médecin traitant. La mise en place du parcours de soins, l'appel à la responsabilité individuelle des patients ou à la mobilisation de l'entourage familial, la promotion de réseaux de soins ou des maisons médicales et le développement des systèmes d'information permettent aussi d'illustrer ces enjeux et leur entremêlement.

Le parcours de soins prend acte de la longue succession de gestes de soins nécessaires chez des personnes atteintes d'un état morbide chronique : prise quotidienne de médicaments, surveillance de paramètres biologiques, recours réguliers à des soignants (médecins généralistes et autres spécialistes, infirmiers, pharmaciens...), éventualité de séjours hospitaliers récurrents, etc. Parallèlement les diverses incapacités à occuper des rôles sociaux liés au travail ou à la vie familiale donnent lieu à des prestations qu'il s'agit d'organiser ensemble selon une cohérence adaptée à l'évolution de leur gravité et aux ressources disponibles.

Divers types de réseaux de santé promus depuis 1996 et la redécouverte des maisons et pôles de santé, qui font une place aux travailleurs sociaux, ont aussi pour objectif d'accroître la palette des prestations offertes, de l'éducation à la santé à l'accompagnement en fin de vie, et d'assurer leur coordination.

La place grandissante des proches

Parmi les ressources mobilisées face à la maladie, l'entourage familial est longtemps resté socialement dans l'ombre bien que quotidiennement présent auprès des enfants malades ou des personnes ayant des pathologies cancéreuses, dégénératives, notamment respiratoires ou en dialyse, ou encore souffrant de troubles psychiques graves. La mobilisation des proches s'est d'autant accrue que les séjours hospitaliers se sont considérablement raccourcis et que le domicile est devenu un lieu habituel de soins. L'entourage est dorénavant appelé explicitement

PRISE EN
CHARGE DES
PERSONNES
VICTIMES
D'ACCIDENTS
VASCULAIRES
CÉRÉBRAUX

à s'impliquer auprès des personnes âgées dépendantes. Reste un risque mal maîtrisé d'amplifier de ce fait des inégalités sociales de santé entre patients ou résidents que l'institutionnalisation avait, entre autres, pour finalité de réduire. En outre, ces inégalités se sont étendues aux aidants, notamment du fait que les conséquences sur la santé des aidants ou la diversité de leurs possibilités de faire face au « fardeau » des soins aux proches sont socialement inégales.

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont constitués pour 85 % d'infarctus cérébraux. Un consensus international existe aujourd'hui sur l'organisation optimale de leur prise en charge : un parcours ou cycle complet et organisé de soins (*full care cycle*) doit garantir un continuum depuis la phase d'alerte — suspicion de l'AVC — jusqu'aux suites post-AVC, chaque étape contribuant à la réduction de la mortalité et du handicap.

Le traitement de l'AVC par thrombolyse dans les premières heures contribue de façon majeure à cette réduction. Le diagnostic d'AVC nécessitant des équipements d'imagerie et un avis spécialisé, l'accès à la thrombolyse constitue un modèle pour le développement de la télémédecine et de la téléradiologie. Les plans de santé publique consacrés aux AVC visent à doter les pays des moyens de ce diagnostic rapide, notamment en mettant en place des structures de soins spécialisées ou *stroke unit* [1 - 2] qui ont fait la preuve de leur efficacité en termes de morbidité.

Pour utiliser ces filières d'urgence, par un accès rapide, et au bénéfice du plus grand nombre des patients concernés, l'information et l'éducation de la population sur les premiers signes et sur l'urgence de l'AVC, ainsi qu'une coopération pluridisciplinaire organisée, constituent des facteurs majeurs d'efficacité et d'un fonctionnement fluide de ces filières à la phase aiguë de l'accident.

Étonnamment, les taux de thrombolyse obtenus, pourtant principal résultat attendu par la mise en place de ces filières d'urgence, sont peu documentés [3-5].

La rééducation et le suivi spécialisé dans les suites de l'AVC, et le soutien dans la durée de ces malades désormais chroniques, ainsi que de leurs aidants ont un effet favorable sur la survie, la prévention d'un handicap et la qualité de vie. La fluidité et l'efficacité de ces différentes étapes sont conditionnées par une coopération successivement entre les secteurs aigus et post-aigus, entre l'hôpital et les soins ambulatoires et de façon transversale entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux, par l'éducation thérapeutique et le soutien aux aidants naturels. Des systèmes d'information partagés entre les différents acteurs de l'ensemble des parcours, combinant données sanitaires et médico-sociales semblent indispensables à l'efficacité et la coordination des prises en charge autour du patient.

[1] *Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev, 2007, 4, CD000197.*

[2] **Coté B., Tessier A.** *Organization of Stroke Care Services: Review of the Evidence, Policies and Experiences, ETMIS 2011, 7, 1-5.*

[3] **Singer O.C. et al.** *Arbeitsgruppe Schlaganfall Hessen. Time Trends in Systemic Thrombolysis in a Large Hospital-Based Stroke Registry. Cerebrovasc Dis; 2012; 33; 316-321.*

[4] **Adeoye O. et al.** *Recombinant tissue-type plasminogen activator use for ischemic stroke in the United States: a doubling of treatment rates over the course of 5 years. Stroke, 2011, 42, 1952-1955.*

[5] **Stecksén A. et al.** *Riks-Stroke Collaboration. Thrombolytic therapy rates and stroke severity: an analysis of data from the Swedish stroke register (Riks-Stroke) 2007-2010. Stroke, 2012, 43, 536-538.*

Faut-il cibler des populations « à risques » ?

L'identification de populations spécifiques et leur prise en compte dans les politiques de santé est une nécessité, car certaines populations sont confrontées à des problèmes de santé beaucoup plus que d'autres. C'est aussi un problème, dans la mesure où toute politique ciblée de santé peut conduire à figer, labelliser et stigmatiser la population qu'elle considère comme « à risque » précisément, ce qui peut de façon paradoxale aussi l'éloigner d'une prise en charge voire accroître son exclusion.

Plus encore, en visant des populations cibles, ces politiques peuvent réduire la compréhension de leur problème de santé à son expression statistique, confondant probabilités et causalité et conduisant au « passage d'une clinique du sujet à une clinique épidémiologique » décrit par Robert Castel il y a près de trente ans [8]. Comme il l'écrivait lui-même à propos des stratégies préventives émergentes : « Ces nouvelles stratégies passent par la dissolution de la notion de sujet ou d'individu concret, qu'elles remplacent par une combinatoire construite de facteurs, les facteurs de risque. » On retrouve la même idée chez Patrick Peretti-Watel [6].

Dans l'ouvrage qu'ils ont coordonné, Didier Fassin et Boris Hauray ont ainsi pris le soin d'éviter des focus par populations cibles [7]. Ils ont préféré aborder les liens entre santé et handicap, vieillissement, enfance, précarité, santé mentale, sida, cancers, drogues et toxicomanies, évitant ainsi d'identifier des groupes de population particuliers, comme les enfants, les personnes âgées dépendantes, les personnes atteintes de handicaps, les usagers de drogues, etc. Un tel choix est l'expression d'une volonté de souligner les difficultés du recours à des catégories de population spécifiques pour les acteurs et les politiques de santé, et de penser l'espace social comme une entité multidimensionnelle au sein de laquelle les recoupements entre variables sont indispensables à la compréhension des processus sociaux.

La définition et la prise en compte de telles catégories posent donc d'épineux problèmes : comment les définir et les délimiter ? Comment éviter les effets de labellisation, voire de stigmatisation de ces publics dits « à risques » ? Comment éviter encore de rapporter leurs problèmes de santé, physiques ou mentaux, à des traits de leur identité (classes d'âge, génération, genre, classe sociale, niveau d'étude, lieu d'habitat) ? Mais au-delà de la compréhension des problèmes soulevés, comment intervenir sur les conduites de certains groupes qui deviennent repérables ou que l'on perçoit comme en croissance massive, comme par exemple pour la pratique de l'alcoolisation rapide (*binge drinking*) chez certains jeunes, qui fait l'objet de nombreuses campagnes d'information et de tentatives de prévention ? Comment sensibiliser la population générale à la maladie d'Alzheimer, pour laquelle aucun traitement efficace n'est disponible aujourd'hui, en soulignant sa progression et pour inciter au diagnostic, sans en même temps créer une véritable angoisse chez nombre de personnes âgées qui redoutent cette pathologie et l'idée de finir leur vie « dans un labyrinthe mental » ?

Dans tous les cas, les « facteurs de risque » sont des marqueurs d'inégalités, qu'elles soient économiques, culturelles, de genre, de classe, de génération, d'habitat, de

réseau de soutien ou de capital social : des inégalités que l'on peut en somme qualifier de « sociales », tant elles ont de composantes. Ces inégalités sociales constituent en fait le vrai défi pour les politiques de santé. Elles doivent en effet sans cesse rappeler que les inégalités sont à l'origine de très nombreuses manifestations du mal-être, de la souffrance et de la maladie, et en même temps reconnaître que l'objectif poursuivi est de saisir ces manifestations dans leur globalité, en tenant compte des ressources mobilisables pour y faire face, mais aussi des différentes représentations du risque que chaque groupe social contribue à construire et qu'elles-mêmes véhiculent.

Les notions de vulnérabilité, de fragilité ou de précarité, non stabilisées, ne permettent guère encore aux acteurs des politiques de santé, professionnels, décideurs ou experts de rendre compte de cette dialectique entre risques et représentations des risques. Contrairement à la prétendue objectivité statistique du risque, ces notions mettent en effet en avant à la fois l'expérience ou l'épreuve de la maladie ou de la souffrance, mais aussi le décalage entre les ressources mobilisables et la vulnérabilité ressentie, ce qui peut permettre aussi de redonner une place au sujet et à une compréhension globale de ce à quoi il faut faire face pour l'épauler, lui faire acquérir des compétences.

Références

- [1] Les maladies chroniques. *ADSP*, 2010, 72.
- [2] *Plan 2007-2012 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'affections chroniques*. Ministère de la Santé et des Solidarités, avril 2007.
- [3] *Évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2012*. HCSP, mai 2013.
- [4] *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladies chroniques*. HCSP, novembre 2009.
- [5] **Bras P.L., Duhamel G., Grass E.** *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « Disease management »*. Rapport IGAS, septembre 2006.
- [6] **Peretti-Watel P.** *La société du risque*. Paris, La Découverte, 2010, 128 p.
- [7] **Fassin D., Hauray B. (dir.)**. *Santé publique : l'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 2010, 544 p.
- [8] **Castel R.** De la dangerosité au risque. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, 47-48, 119-127.

Le nouvel agenda des politiques de santé

Les évolutions épidémiologiques, l'accroissement des maladies chroniques et le vieillissement de la population, l'évolution des inégalités sociales de santé conduisent à repenser les enjeux à l'agenda des politiques de santé. La prévention occupe désormais un rôle plus important dans la construction de ces dernières et une réflexion sur la communication en santé est nécessaire afin d'optimiser l'efficacité de ces politiques. L'éducation thérapeutique des patients constitue également une réponse adaptée à ces évolutions afin d'améliorer la qualité de vie des individus atteints de maladies chroniques.

Enjeux de la prévention

Quel périmètre pour la prévention ?

Avec la transition épidémiologique, la prévention est aujourd'hui confrontée à de nouveaux enjeux sanitaires. Aux épisodes de soins pour des problèmes de santé aigus s'ajoute désormais le suivi au long cours des maladies chroniques liées au vieillissement. En outre, les décennies de crises sociale et économique ont marginalisé différents groupes de la population dont la santé s'en est trouvée diversement affectée. Ces défis nécessitent de nouvelles articulations entre soins et prévention. La prévention devient prévention d'états et de situations pathogènes s'inscrivant dans la durée. La redéfinition de parcours de soins associant la ville et l'hôpital est appelée à se situer dans des espaces sociaux plus larges encore, prenant part aux dynamiques dans lesquelles se forment les états de santé.

Au seuil du XXI^e siècle, la prévention évolue d'une perspective thérapeutique historiquement cantonnée à ses seules expressions administratives vers des formes inclusives d'organisation sociale, économique et environnementale : une part croissante des maladies résulte de facteurs sociaux, économiques et environnementaux à l'image de pathologies telles que l'obésité, le diabète, la dépression ou les addictions.

La prévention de ces maladies exige une ouverture de la prévention aux espaces de vie situés bien au-delà du seul système de santé, dans la société même. La prévention en devient d'autant plus complexe et difficile à organiser.

Les professionnels de santé ont un rôle essentiel à jouer dans l'élargissement du périmètre de la prévention. Ils contribuent aux préventions secondaire et tertiaire, mais aussi à la prévention primaire, par exemple à travers la production et la diffusion de connaissances scientifiques. Se pose la question de leur rémunération mais aussi de leurs relations avec les pouvoirs publics, des interfaces évitant la coupure entre santé publique administrative et pratiques cliniques situées en marge de la prévention, comme l'a révélé la vaccination contre la grippe A(H1N1) 2009.

La prévention doit en outre dépasser les frontières professionnelles, se déployer hors du champ sanitaire. Elle associe d'autres mondes sociaux, comme l'école, les espaces urbains ou l'entreprise. Enfin, l'élargissement des frontières a des

implications institutionnelles : le rapprochement des structures en charge de la ville et de l'hôpital, notamment à l'échelle régionale, permet de réintégrer la prévention dans un espace sanitaire commun et participe du nécessaire décloisonnement. La définition de stratégies de prévention doit quant à elle contribuer à clarifier la « jungle des structures », héritée d'une longue histoire administrative.

Au-delà du système de soin, l'élargissement de la prévention nécessite un partage d'enjeux sanitaires avec d'autres secteurs d'activité, d'autres acteurs et d'autres administrations que celle de la santé : les politiques de logement, d'urbanisme, de transport, d'emploi ou la politique agricole contribuent à la santé. L'impact sanitaire chiffré des diverses politiques publiques est désormais plus souvent étudié. Les études d'impact en santé (EIS)¹⁵, qui existent depuis une vingtaine d'années dans les pays anglo-saxons, suscitent également un intérêt croissant en France, et des initiatives se développent dans les régions. La finalité de ces démarches est de proposer au promoteur du projet des ajustements susceptibles d'amplifier ses effets positifs sur la santé et de minimiser ses effets négatifs.

Une action tutélaire renouvelée

Jusqu'au début du XX^e siècle, la représentation sociale dominante de la maladie et de la mort comme fatalité en lien avec l'impuissance de la médecine ont donné le premier rôle à l'État hygiéniste et à la protection communautaire dans le champ de la santé et des soins (vaccination obligatoire, etc.). La montée en puissance des assurances sociales en France et les progrès de la médecine ont ensuite mis en avant une médecine apparemment toute puissante, dominée par les innovations techniques, s'imposant à des patients réputés ignorants, avec un État bâtisseur s'en remettant largement à la profession médicale et un financeur en grande partie aveugle.

La puissance publique a de longue date une action de nature tutélaire¹⁶, dont les motivations évoluent cependant au fil du temps :

- pour l'alcool, la justification des politiques est, au XIX^e siècle et dans une large mesure au XX^e, restreinte aux motifs d'ordre public ou de santé publique, au sens de la protection de la société ou de celle des individus. Ce n'est que bien plus tard, au début des années 1980, qu'on passe de « l'alcoolisme dangereux » aux « problèmes d'alcool ». Le régime de publicité encadrée relative à l'alcool est souvent encore ambivalent : entre promotion et dissuasion des abus ;
- pour le tabac, l'intervention publique démarre à la fin des années 1970, plus déterminée mais longtemps tout aussi ambiguë : les motifs d'encadrement sont clairement sanitaires, les mesures efficaces connues, notamment grâce aux expériences étrangères (interdire la publicité, augmenter les prix, protéger

15. Selon le consensus de Göteborg (1999), l'EIS est « une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou un projet peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la distribution de ces effets dans la population ».

16. Les « biens tutélaire » désignent des biens dont la puissance publique est amenée à s'occuper dans la mesure où le consommateur en méconnaît ou en néglige les effets (sur sa santé en l'occurrence).

les non-fumeurs, informer sur les dommages, aider à l'arrêt du tabac). Un subtil mélange de contrôle social et de culpabilisation, le déversement d'informations dissuasives au milieu d'informations de promotion, un ensemble disparate d'obligations non sanctionnées (tabac dans les lieux publics jusqu'en 2007) ont longtemps accompagné le mode de régulation par la taxation.

Les réticences budgétaires (thématique de la « base taxable » des produits) et corporatistes (les industries productrices, les opérateurs de la distribution) sont apparues au début des années 1990 quand il s'est agi de prendre des décisions plus résolues sur les prix, qui menaçaient de rompre l'équilibre économique.

VARIATION
DU PRIX
DU TABAC ET
CONSUMMATION
DES JEUNES [1]

Comme pour la plus grande majorité des biens et services, les individus sont sensibles aux variations du prix du tabac. Quand le prix augmente, les consommateurs ont tendance à ne pas commencer à consommer ou à diminuer, voire à arrêter de fumer. L'élasticité-prix de la demande de tabac, qui mesure cette sensibilité aux variations de prix, s'établit entre -0,3 et -0,4 en France, prenant en compte la dépendance au tabac. Autrement dit, quand le prix du tabac augmente de 10%, la diminution des ventes attendue est de l'ordre de 3 à 4%. Toutes les catégories de la population n'ont pas la même sensibilité aux variations de prix. Ce sont les plus jeunes qui présentent la plus grande sensibilité aux variations de prix. En d'autres termes, chaque augmentation des taxes sur le tabac (qui augmentent *de facto* le prix) vient plus particulièrement soit désinciter les jeunes à commencer de fumer, soit les inciter à diminuer leur consommation de tabac ou encore à arrêter.

Au milieu de ces évolutions parfois contradictoires et à côté d'une action plus ferme sur les prix, trois tendances sont apparues ces dernières années :

- le renforcement continu des avertissements sur les produits (« *Fumer tue* »), assorties désormais d'images morbides ayant pour objectif de responsabiliser les fumeurs et de leur montrer les conséquences du tabagisme de façon directe et concrète ;
- la lutte contre le marketing direct ou insidieux des firmes (qui peut passer par l'imposition des paquets neutres) ;
- le recours aux tribunaux pour mettre les producteurs face à leurs responsabilités : ainsi, les procès intentés aux fabricants de tabac aux États-Unis participent de la responsabilisation de ces acteurs ; les actions de groupe sont désormais possibles aussi en France.

LES GRANDES
ÉTAPES DE LA
LUTTE CONTRE
LE TABAGISME
EN FRANCE

Il est classique de distinguer trois dates ou périodes : 1976, la première loi antitabac, 1991 la loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme et les années 2000 correspondant à la mise en place du plan cancer.

La loi du 9 juillet 1976 dite Loi Veil est la première mesure législative de lutte contre le tabagisme. Elle limite la publicité pour le tabac à la presse écrite, interdit le parrainage de manifestations sportives par les entreprises du tabac et impose le premier avertissement sanitaire sur les paquets de cigarettes («abus dangereux»). Elle a une importance symbolique certaine, car elle marque la prise en compte des données épidémiologiques qui confirment la dangerosité du tabac et signifie que le tabac n'est pas un produit ordinaire.

La loi du 10 janvier 1991 dite Loi Évin va plus loin. Elle renforce l'interdiction de la publicité, impose un nouveau message sanitaire (« nuit gravement à la santé »), prévoit d'interdire de fumer dans les lieux collectifs (il faudra quinze ans pour prendre le décret d'application¹⁷), impose une diminution de la teneur en goudron, sort le prix du tabac de l'indice des prix (permettant ainsi d'augmenter le prix du tabac) et autorise les associations à se porter partie civile en cas d'infraction à la législation sur le tabac.

Le premier Plan cancer 2003-2007 est une déclaration de guerre au tabac. Ainsi, les taxes seront augmentées d'un tiers. Sont interdites la vente de paquets de moins de dix cigarettes pour empêcher d'acheter des paquets de dix cigarettes moins chers et la vente aux mineurs (18 ans). Les associations ont le droit d'ester en justice. Une prise en charge des substituts nicotiniques à hauteur de 50 € par an est également décidée.

En 2004, la France ratifie la convention cadre de lutte contre le tabac (Cclat) de l'OMS qui distingue des dispositions concernant la réduction de la demande de tabac et celles visant à réduire l'offre de tabac.

Cette catégorie des biens tutélaires ainsi « construite » socialement va-t-elle englober demain l'alimentation ? On conçoit alors les difficultés des pouvoirs publics face à ce secteur économique puissant et représentatif de la société de consommation, d'où les mêmes contradictions, encore exacerbées : des arguments sanitaires souvent imparables, une publicité en porte-à-faux, une propension confuse à la culpabilisation, des injonctions contradictoires (entraves en matière de promotion mais intérêt pour les possibilités de taxation, hésitation entre interdiction et contractualisation avec les industriels).

En présence de consommations dont les effets sur la santé sont néfastes, les pouvoirs publics peuvent-ils aller plus loin et assumer demain l'interdiction pure et simple ? Ira-t-on sinon vers un délitement de la solidarité vis-à-vis des personnes ayant adopté des comportements à risques connus ? Si la prédisposition de chacun à développer telle ou telle pathologie est mieux identifiée, si la connaissance des conséquences des comportements individuels engageant la santé se fait plus

17. En 2006, le décret d'interdiction de fumer dans les lieux publics paraît. Cette interdiction qui vise à protéger contre le tabagisme passif s'applique à tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail.

précise, comment traitera-t-on la question de l'acceptabilité sociale de l'individualisation des risques ? Le débat public s'organiserà sur ces questions dans les années à venir dans des enceintes et dans un cadre qui sont encore à définir.

Communication en santé

Les campagnes lancées par l'Inpes ont, selon cet organisme, plusieurs objectifs :

- signifier l'engagement des pouvoirs publics pour créer un climat favorable à l'adoption de mesures ou de réformes ;
- mettre à « l'ordre du jour » du débat sociétal un problème de santé, le faire émerger dans le bruit médiatique et donc occuper le terrain face aux industriels qui ont un impact sur les comportements de santé (cigarettes, alcooliers, etc.);
- informer sur les risques, les moyens de prévention et inciter à de nouveaux comportements ;
- faire le lien entre la politique mise en place et les actions de terrain ;
- agir sur les représentations sociales ;
- travailler sur les compétences psychosociales de l'individu (demander de l'aide, etc.).

Concevoir une communication efficace ne s'improvise pas. Une synthèse des recherches menées sur les campagnes d'incitation à l'arrêt du tabac des adultes [2-3] montre que, pour être efficaces, les actions de communication doivent être :

- répétées¹⁸ ;
- diffusées dans des médias pertinents par rapport à la cible. La télévision apparaît par exemple comme le média le plus efficace pour toucher les fumeurs, améliorer la mémorisation de la campagne et faire réagir la cible (appeler un numéro d'aide à l'arrêt) ;
- adaptées, en termes de contenu, aux sous-groupes concernés de population. Par exemple, les fumeurs en situation précaire sont plus réceptifs aux campagnes qui suscitent des émotions négatives et présentent les méfaits du tabac sur la santé sous la forme de témoignages.

Pour mener une communication efficace, une réflexion préalable en termes de cibles à atteindre, de contenu des messages et de supports pertinents est donc nécessaire :

- la publicité doit s'adapter à la cible sociale visée. C'est le principe de la segmentation qui consiste à scinder l'ensemble de la population en sous-groupes homogènes par rapport à un comportement et à fabriquer un message publicitaire différent selon les groupes identifiés. Le but de cette segmentation est de créer de l'empathie, de toucher les sensibilités des individus, d'utiliser leur langage, de susciter l'adhésion et de faire en sorte que la cible se reconnaisse et s'identifie au message. Les critères de segmentation généralement retenus sont l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle (pour les

18. Dans les pays industrialisés, un minimum de 4 800 GRP par an est jugé souhaitable. Le GRP est un indicateur de la pression médiatique qui représente la puissance, l'affinité sur la cible visée et la répétition d'un plan médias).

infections sexuellement transmissibles), l'ethnie, etc. Les individus étant soumis à une forte pression du groupe (amis, parents, etc.), il est également recommandé de toucher des cibles d'influence crédibles : médecins, famille, leaders d'opinion (journalistes, célébrités, personnalités reconnues au sein d'un groupe social donné, etc.) ;

- le contenu des communications doit être adapté à la cible et prendre en considération l'encombrement publicitaire [4] et les réactions de déni et de rejet développées par certains face à des messages préventifs. Un facteur de succès repose sur des créations originales, étonnantes, qui suscitent des émotions et qui impliquent la cible visée. Les émotions suscitées peuvent être positives [5] (témoignages d'encouragement, musique appréciée, humour, etc.) ou négatives (peur, honte, dégoût, etc.). La Sécurité routière a utilisé une stratégie consistant à faire peur avec le spot « Insoutenable » diffusé en 2010 et 2011 pour lutter contre les dangers de l'alcool au volant chez les jeunes. L'objectif est de motiver les spectateurs à échapper au danger présenté en adoptant le comportement recommandé. Une des limites du recours à la peur est l'incapacité de la cible visée à adopter le comportement préconisé. Le cas échéant, les individus développent des réactions de rejet qui se traduisent par un échec de la campagne [6] ;
- la diffusion du message préventif dans les médias doit être réfléchie au regard de leur affinité sur cible, c'est-à-dire de leur capacité à atteindre la cible visée. Citons la campagne *Sexy Fingers* lancée en 2011 par Aides pour sensibiliser les jeunes et les homosexuels à l'importance du dépistage. Compte tenu de la cible, les supports et médias utilisés ont été l'Internet (www.sexyfingers.org), les réseaux sociaux (Youtube, Dailymotion, Facebook) et les applications (Android) ;
- enfin, les campagnes de prévention doivent être évaluées fréquemment afin d'en apprécier la qualité persuasive, de repérer les éventuelles erreurs et défaillances des messages, pour améliorer leur impact dans le futur. Est-ce que le message a touché l'audience visée ? Est-ce qu'il a retenu l'attention ? Est-ce qu'il a été compris ? Est-ce qu'il a été convaincant ? Est-ce qu'il a été jugé crédible ? Est-ce qu'il a donné envie de changer de comportement ?, etc.

Éducation des patients

L'éducation des patients désigne un processus d'acquisition par les patients atteints de maladies chroniques de connaissances et de compétences visant une meilleure adaptation à leur état de santé et aux soins qu'ils requièrent. Souvent dénommée « éducation thérapeutique », son objet concerne au moins autant leur maladie que les traitements afférents.

L'éducation des patients recèle une certaine ambivalence : elle est intégrée aux soins, contrôlée par les professionnels, elle comporte — comme les soins — un caractère procédural et est orientée vers une meilleure « observance » des prescriptions. Elle implique aussi une appropriation des connaissances et des soins par les patients, fait évoluer leur attitude et leurs comportements, leur fait gagner en autonomie vis-à-vis des professionnels de santé, leur confère même

une certaine « expertise » et est orientée vers la recherche d'une meilleure qualité de vie.

L'éducation thérapeutique, préoccupation ancienne des soignants, a été organisée dans les années 1970 autour de la prise en charge des patients atteints de diabète, puis ces expériences ont été étendues à d'autres affections comme l'insuffisance cardiaque et l'infection à VIH dans les années 1990 [8].

En 2007, la HAS a codifié un processus éducatif [9] structuré en quatre étapes, après acceptation des patients : réalisation d'un diagnostic éducatif par un professionnel de santé lors d'un entretien, fixation d'objectifs avec le patient donnant lieu à un projet éducatif personnalisé, activités éducatives individuelles (entretiens) et collectives (ateliers), évaluation du processus et des résultats auxquels il a conduit.

Un plan de santé publique consacré aux maladies chroniques [10] a permis, entre autres, le développement de l'éducation thérapeutique suivant ces recommandations en France [11]. En 2009, la loi dite « Hôpital, patients, santé et territoires » [12] introduit dans le code de la santé publique le titre VI : *Éducation thérapeutique du patient*. L'éducation thérapeutique est inscrite dans le parcours de soins du patient et fait l'objet de programmes respectant un cahier des charges et soumis à autorisation des ARS. Fin 2011, près de 2 700 programmes avaient été autorisés par les ARS, dont 70% dans des établissements de santé et près de 30% consacrés au seul diabète [13].

Récemment reconnue dans le système de santé en France, l'éducation des patients est encore marquée par des incertitudes [14]. Les enjeux en sont majeurs et diversifiés :

- épidémiologique : organisé en programmes centrés sur autant d'affections spécifiques, le modèle éducatif doit évoluer pour mieux répondre à des patients âgés atteints de multiples pathologies ;
- relationnel : impliquant l'empathie, l'écoute et l'accompagnement des personnes, s'inscrivant dans la durée, l'éducation des patients met en difficulté les professionnels de santé qui doivent aussi composer avec les exigences de standardisation des pratiques de soins et de recherche d'efficacité ;
- professionnel : impliquant un travail interdisciplinaire dans la durée, l'éducation des patients requiert une coordination intense, à la fois interne aux équipes et entre ville et hôpital, alors que les professionnels de santé n'y sont que partiellement et inégalement formés et que les systèmes d'information concernés ne sont pas adaptés ;
- organisationnel : en principe inscrite dans les soins de premier recours [15], plus proches des lieux de vie des patients, l'éducation des patients est surtout implantée dans les établissements de santé, en raison notamment de modalités de financement relativement faciles à mobiliser ; elle peut y utiliser la logistique préexistante et le travail en équipe. Il s'agit désormais de parvenir à inscrire l'éducation des patients dans le parcours de soins ;

- financier : l'effort supplémentaire demandé aux professionnels de santé est peu accompagné au plan financier, se limitant aux soins externes dans les établissements de santé par une subvention Migac (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) et aux expérimentations liées aux maisons de santé pluridisciplinaires pour les soins de ville ;
- social : compte tenu des fortes inégalités sociales en ce qui concerne l'état de santé et le recours aux soins, la mise en place de mesures éducatives non ciblées conduit infailliblement à améliorer encore la situation de patients dont l'affection est mieux équilibrée, sans toucher les autres, comme cela a été démontré pour l'accompagnement par le programme Sophia [16] ;
- politique : la compatibilité n'est pas avérée entre une logique de *Disease Management* [17], pilotée par l'Assurance maladie, s'appuyant directement sur les patients, comme avec le programme Sophia, et une logique de régulation pilotée par les ARS, s'appuyant sur les professionnels de santé, comme avec les programmes d'éducation thérapeutique, surtout quand ces logiques concernent les mêmes patients.

Références

- [1] Chaloupka F.J., Cummings K.M., Morley C.P., Horan J.K. Tax, price and cigarette smoking: evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tob Control*, 2002, 11, Supp, i62-i72.
- [2] Durkin S., Brennan E., Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tob Control*, 2012, 21, 127-138.
- [3] Gallopel-Morvan K., Birambeau P., Larceneux F., Rieunier S. *Marketing et communication des associations*. Paris, Dunod, 2008, 239 p.
- [4] Randolph W., Viswanath K. Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world. *Annu Rev Public Health*, 2004, 25, 419-437.
- [5] Maibach E., Parrott R.L. *Designing health message. Approaches from Communication Theory and Public Health Practice*. Sage Publications, 1995, 320 p.
- [6] Witte K., Allen M. A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health Education and Behavior*, 2000, 27, 591-615.
- [7] *La prévention sanitaire*. Cour des comptes, Paris, 2011.
- [8] Des parcours de soins pour un système de santé plus efficient. *Lettre d'information de la Haute Autorité de santé*, 2013, 36.
- [9] *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. HAS, juin 2007, 106 p.
- [10] *Plan 2007-2012 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'affections chroniques*. Ministère de la Santé et des Solidarités, avril 2007.
- [11] *Évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2012*. HCSP, mai 2013.
- [12] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- [13] Jourdain-Menninger D., Lecoq G., Morel A. *Évaluation de la prise en charge du diabète*. Rapport IGAS RM2012-033P, 2006.
- [14] Éducation thérapeutique : concepts et enjeux. *ADSP*, 2009, 66.
- [15] *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours*. HCSP, Rapport novembre 2009.
- [16] *Évaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques. Évaluation à 1 an et à 3 ans*. Cnam-TS, Sophia, 102 p.
- [17] Bras P.L., Duhamel G., Grass E. *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « Disease management »*. Rapport IGAS, 2006, RM2006-136P.

Regard international

La santé sans frontières

L'interdépendance des économies, l'expansion des échanges matériels et immatériels et la démultiplication des interactions humaines au niveau international constituent le phénomène de globalisation, qui touche tous les domaines de la vie en société, y compris le domaine sanitaire.

Caractéristiques de la globalisation sanitaire

Sous l'effet de la libre circulation des biens et des personnes, les risques sanitaires s'intensifient. Les voyages internationaux, les échanges touristiques, les mouvements migratoires mais aussi les transactions commerciales, dont l'importation et l'exportation de denrées, constituent des vecteurs directs de la propagation mondiale de maladies infectieuses à transmission interhumaine (grippe, syndrome respiratoire aigu sévère, etc.) [1] ou d'origine alimentaire (épidémie d'infection à *Escherichia coli* O104:H43, etc.).

La diffusion peut aussi être indirecte par l'introduction de nouvelles espèces vivantes dans un écosystème où elles n'étaient pas présentes : ainsi, l'introduction du moustique *Aedes albopictus* par le commerce des pneus usagés à partir de l'Asie vers les États-Unis et l'Europe, où il prolifère aujourd'hui, relaie, avec un haut potentiel épidémique, la transmission de la dengue ou du chikungunya à partir de voyageurs infectés de retour de zones épidémiques [2]. De même, dans les pays du sud, la migration vers les villes, dans des conditions d'habitat et d'hygiène collective dégradées, a élargi les zones d'endémie d'infections vectorielles, la dengue tout particulièrement, avec une augmentation forte des personnes exposées et de l'incidence [1].

La mondialisation du mauvais usage des anti-infectieux est tout aussi importante, comme son corollaire, la résistance aux antibiotiques [1]. En voyageant, les personnes déplacent aussi des agents infectieux devenus résistants, ce qui complique les possibilités de traitement et favorise l'émergence ou la réémergence des maladies infectieuses. Bactéries, parasites et virus sont de plus en plus résistants aux traitements. Les causes de cette résistance résident dans le mauvais usage des anti-infectieux (prescriptions excessives, inobservance des posologies, etc.). Les pays émergents du Sud sont maintenant tout aussi concernés par ce phénomène que ceux du Nord, puisqu'on a vu apparaître en quelques années des *Escherichia coli*

résistant au carbapénémase, antibiotique de dernier recours, au Moyen-Orient ou dans le sous-continent indien.

Si les maladies transmissibles sont caractéristiques de la mondialisation sanitaire, d'autres affections peuvent également être observées. Les risques toxicologiques sont à mentionner dans un contexte de commerce mondial. La réglementation et la capacité d'évaluation et de gestion du risque sur les produits chimiques utilisés dans l'industrie ou dans l'agriculture sont bien moins développées dans les pays du Sud que dans ceux du Nord, qu'ils soient producteurs ou importateurs. Par ailleurs, la circulation des biens, avec l'augmentation des échanges en provenance des pays émergents, où la maîtrise des produits utilisés et de leur sécurité est encore hétérogène ou défaillante, crée de nouveaux risques de nature toxicologique pour le Nord. La vente par internet de nombreux produits par-dessus les frontières, notamment les compléments alimentaires qui peuvent contenir des substances dangereuses, entre dans cette catégorie.

Parallèlement, l'adoption par les populations des pays émergents ou en voie de développement des modes de vie des populations des pays économiquement et technologiquement développés favorise l'émergence, dans les pays du Sud, des maladies chroniques. Alors que certains pays connaissaient la malnutrition infantile à la fin des années 1980, ils sont aujourd'hui touchés par une épidémie d'obésité tout aussi, voire plus préoccupante qu'aux États-Unis. Le Mexique et le Costa-Rica en sont des exemples caractéristiques. Le développement accéléré des mégapoles urbaines, la diffusion des modes d'alimentation rapide et peu diversifiée, la généralisation de la consommation des boissons sucrées tout comme la sédentarité produisent les mêmes effets, quel que soit le lieu, avec un impact sur la santé bien plus important dans les catégories sociales les plus démunies. Ces pays, dont la proportion d'adolescents et de jeunes adultes est importante, sont la cible des grandes compagnies alimentaires, mais aussi de l'industrie du tabac, avec pour corollaire une progression des nouveaux fumeurs.

Par ailleurs, l'urbanisation, l'industrialisation ou encore la croissance de l'utilisation de la voiture dans les pays émergents impactent aussi dramatiquement la pollution atmosphérique à laquelle il faut ajouter les conséquences à moyen et long terme du changement climatique.

Les influences internationales sur les politiques nationales de santé

La mondialisation présente également des effets positifs pour la santé des populations *via* la diffusion rapide et ubiquitaire des informations, des connaissances scientifiques et des expériences. Ainsi, pour un pays donné, y compris parmi les plus avancés, les innovations et les connaissances en matière de santé et de biologie, produites par les autres pays, sont souvent plus accessibles et utilisables que celles produites localement.

Une influence mondiale

La nécessité de lutter contre des phénomènes sanitaires d'ampleur mondiale a abouti à la création d'organismes tels que le Comité d'hygiène de la Société des Nations, en réaction à l'épidémie de grippe espagnole en 1918 -1919, et, en 1948, l'Organisation

mondiale de la santé (OMS) [3]. Au cours des décennies qui ont suivi, l'idée selon laquelle la santé est un bien public mondial dont la préservation et l'amélioration requièrent des décisions à un niveau supranational s'est répandue. Les problèmes tendent à devenir similaires au-delà des frontières, ce qui implique l'émergence de solutions de plus en plus partagées.

La santé publique mondiale exige une maîtrise des risques sanitaires *via* la mise en place d'un système de surveillance et d'alerte sanitaire pertinent, susceptible de détecter précocement les risques émergents, quel que soit le lieu où ils surviennent dans le monde, afin de prévenir la survenue d'un phénomène épidémique. Instrument juridique ayant force obligatoire pour l'ensemble des États membres de l'OMS, le règlement sanitaire international (RSI) [4] a précisé pour objet de lutter contre la propagation des maladies en renforçant la sécurité sanitaire régionale et mondiale. Un nouveau RSI a été adopté par l'Assemblée mondiale de la santé le 23 mai 2005 et est entré en vigueur le 15 juin 2007. Autrefois centrée sur une liste limitative de maladies, la logique d'alerte sanitaire internationale prévoit désormais le signalement non plus d'une maladie, mais d'un risque. Autrement dit, le nouveau RSI opère un changement de paradigme : l'alerte doit être donnée en présence de toute menace jugée préoccupante. Le RSI impose aux gouvernements la transparence sur les situations d'émergence d'infections et le signalement à l'OMS de toute épidémie à potentiel « international ». Il stipule que tous les pays doivent être capables de diagnostiquer, surveiller et réagir pour contenir l'épidémie.

Des ébauches de stratégies internationales globales ont également vu le jour. C'est notamment le cas de l'initiative « *One Health* » de l'OMS et de l'OIE [5] qui promeut une collaboration locale, nationale et globale entre les disciplines de la santé humaine et animale pour atteindre une santé optimale pour les personnes, les animaux et l'environnement.

En matière de lutte contre les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires, diabète, etc.), une Convention-cadre pour la lutte antitabac a été proposée par l'OMS. Par ce traité international, signé en 2004 par la France, les États actent que l'efficacité de la lutte contre le tabagisme repose sur la coordination de politiques et de programmes législatifs forts de lutte antitabac ; ils s'engagent en particulier, à prendre des mesures dans les domaines suivants : fiscalité, interdiction de vente aux mineurs, protection à l'égard du tabagisme passif, interdiction de publicité et de promotion des produits du tabac, commerce illicite.

Une influence européenne

Si la France a développé ses capacités nationales dans le champ de la santé, celles-ci s'inscrivent et se renforcent à présent au sein du cadre européen, constitué d'un corpus de textes communautaires mais aussi d'institutions telles que le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies qui intervient en matière de lutte contre les maladies infectieuses ou l'Agence européenne des médicaments.

**LE CENTRE
EUROPÉEN
POUR LA
PRÉVENTION ET
LE CONTRÔLE
DES MALADIES**

Le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) est une agence de l'Union européenne créée en 2005 et basée à Stockholm (Suède). Il a vocation à renforcer la lutte contre les maladies infectieuses en Europe.

Sa mission consiste à identifier, évaluer puis communiquer sur les menaces que les maladies infectieuses peuvent représenter pour la santé des populations. Pour ce faire, il agit en partenariat avec les organismes nationaux de protection de la santé à travers l'Europe pour élaborer et renforcer des systèmes de surveillance et d'alerte précoce sur les infections.

**L'AGENCE
EUROPÉENNE
DES
MÉDICAMENTS**

Organe décentralisé de l'Union européenne créé en 1995 et dont le siège se situe à Londres, l'Agence européenne des médicaments assure la protection et la promotion de la santé publique et animale à travers l'évaluation et la supervision des médicaments à usage humain et vétérinaire.

Ainsi, selon les médicaments, l'évaluation en vue de la mise sur le marché se fait à son niveau (de plus en plus) ou au niveau des agences nationales. Après autorisation de mise sur le marché, dans une démarche visant à assurer la sécurité des médicaments tout au long de leur cycle de vie, elle exerce une surveillance continue grâce à un réseau de pharmacovigilance.

À l'instar du rôle joué par l'OMS, l'intégration européenne a souvent été un levier pour vaincre les réticences en France. L'UE agit en matière de santé sur plusieurs registres : la protection de la sécurité sanitaire de l'environnement, du milieu de travail, de l'alimentation et des produits de santé, la reconnaissance des qualifications, l'accès des patients européens non résidents à la protection sociale. La protection des consommateurs, la préservation de l'environnement, la libre circulation des biens et des personnes sont les principes — parfois antagonistes — sur lesquels s'appuie cette action.

**LES
INDICATEURS
DE SANTÉ
DÉFINIS PAR LA
COMMISSION
EUROPÉENNE**

Les indicateurs de santé ECHI (*European Community Health Indicators*) [6] ont été définis par la Commission européenne afin de décrire, de façon homogène, entre les États membres de l'UE, l'état de santé et ses principaux déterminants, le système de santé et son utilisation. Ils permettent ainsi, à partir des informations fournies par les bases de données internationales (Eurostat, Organisation mondiale de la santé, OCDE) et celles d'agences spécialisées (Observatoire européen des drogues et toxicomanies, Centre international de recherche sur le cancer...) d'effectuer des comparaisons internationales utiles en matière d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de santé, tant au niveau communautaire qu'au niveau de chaque État membre.

Le système comprend 88 indicateurs, répartis en cinq catégories : démographie et facteurs socio-économiques (9 indicateurs), état de santé (32 indicateurs), déterminants de la santé (14 indicateurs), ressources et utilisation du système de santé (29 indicateurs) et politiques de santé (4 indicateurs).

Références

- [1] *Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives*. HCSP, Rapport décembre 2010.
- [2] Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2013. *Bull. Épidémiol. Hebd.*, 2013, 22-23.
- [3] *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. Conférence internationale de la Santé, 22 juillet 1946.
- [4] *Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé*. OMS. Règlement sanitaire international, Genève, 2^e édition, 23 mai 2005.
- [5] *Contributing to one world, one health: A strategic framework for reducing risks of infectious diseases at the animal-human-ecosystems interface*. FAO, OIE, WHO, Unicef, Unscic, World Bank, 14 octobre 2008.
- [6] *La santé en France et en Europe : convergences et contrastes*. HCSP, collection Avis et rapport, La Documentation française, 2012, 265 p.

L'expérience de la réforme chez nos partenaires

Typologie des systèmes de santé européens

Privilégiant le mode de prise en charge du risque maladie, l'analyse comparative des systèmes de santé conduit habituellement à distinguer trois grands types de système de protection maladie [1-8] : les systèmes d'assurance maladie, les systèmes nationaux de santé et les systèmes libéraux. En Europe, les deux premiers systèmes prédominent largement (seule la Suisse peut être classée parmi les systèmes libéraux) ; ils présentent en outre des caractéristiques historiques fortement contrastées.

Les systèmes d'assurance maladie sont principalement financés par des cotisations sociales prélevées sur les salaires et gérés par des caisses d'assurance maladie dirigées par les représentants des cotisants (salariés et employeurs). Ils couvrent les risques sociaux en fonction de la position des assurés sur le marché du travail et de l'appartenance à telle ou telle catégorie professionnelle (commerçants, artisans, salariés, professions libérales, etc.) impliquant une gestion des risques par des organismes différents et une fragmentation en de multiples régimes. L'offre de soins est à la fois publique (hôpitaux) et privée (cabinets libéraux, officines et cliniques) et, pour l'ambulatoire, elle est fortement centrée sur les médecins. Le paiement à l'acte est prédominant et va de pair avec une certaine liberté de choix du médecin pour le patient.

A contrario, les systèmes nationaux de santé sont financés par l'impôt et gérés directement par l'État. Fondé sur le principe d'universalité de la couverture maladie, le système national de santé a vocation à couvrir l'ensemble des citoyens. La plupart des professionnels de santé sont salariés. L'offre de soins est principalement publique (hôpitaux et, dans le secteur ambulatoire, centres de santé), avec un exercice médical plus collectif.

Si la classification d'un État dans tel ou tel autre système de protection maladie constitue un élément essentiel afin de comprendre les politiques nationales de santé, le caractère centralisé ou décentralisé du système politique l'est tout autant. Combiner ces deux critères conduit à identifier le système français comme étant un système d'assurance maladie centralisé à la différence d'autres pays de l'UE, qui regroupent des systèmes d'assurance maladie décentralisés (comme l'Allemagne),

des systèmes nationaux de santé centralisés (comme l'Angleterre) et des systèmes nationaux de santé décentralisés, à la fois dans leur organisation et dans leur gestion (comme l'Espagne et la Suède).

Ces systèmes ont connu des réformes importantes, à partir des années 1980-1990, avec trois orientations principales : la décentralisation des systèmes de santé, la mise en concurrence tant des prestataires de soins que des financeurs et le retour de l'État régulateur. Les réformes ont en commun d'avoir autonomisé des acteurs clefs.

La décentralisation des systèmes de santé

Le processus de décentralisation constitue un axe majeur des réformes de santé entreprises dans différents pays au cours des années 1990. À la différence de la déconcentration, la décentralisation consiste à confier des compétences et les moyens financiers, fiscaux et administratifs correspondants à des collectivités autonomes, dotées comme l'État de la personnalité morale et pourvues de leurs propres organes de décision. L'État n'a plus de pouvoir hiérarchique, même s'il garde un pouvoir de tutelle pour contrôler la légalité des actes des collectivités territoriales [2]. Le souci d'efficacité, la recherche d'efficience par une meilleure prise en compte des réalités locales, la promotion de la participation citoyenne ou encore la reconnaissance de la légitimité des élus territoriaux expliquent le choix fait par de nombreux pays d'une décentralisation de leur système de santé.

L'analyse des expériences étrangères permet d'appréhender la diversité des formes de décentralisation. En Suède, les réformes de décentralisation intervenues dans les années 1980 ont non seulement confié aux comtés la responsabilité de la gestion et de l'organisation du système de santé mais aussi celle de son financement. De plus, elles leur ont reconnu une certaine autonomie dans la définition de leur politique de santé publique [1].

L'Espagne a développé un processus de décentralisation au niveau régional, tout en laissant à l'État la responsabilité du financement du système de santé¹⁹.

La mise en concurrence

La mise en concurrence des prestataires de soins

Existant déjà dans les systèmes d'assurance maladie, la mise en concurrence des prestataires de soins relève d'une orientation commune aux systèmes nationaux de santé. Elle s'exerce par le biais d'une contractualisation sélective avec les fournisseurs de soins et repose sur le principe de la séparation de la fonction d'acheteur de soins de celle de prestataire. L'objectif consiste à introduire une concurrence entre ces derniers pour accroître leur efficience, mesurée prioritairement en termes de réduction de la durée d'attente des soins pour les patients.

Le modèle britannique des « quasi-marchés », créé par la réforme Thatcher de 1991 a servi de cadre de référence pour les autres systèmes nationaux de santé. En Espagne [12], le rapport Abril de 1991 recommandait, au même titre que le rapport

19. A la région la gestion, à l'Etat le financement. Cette répartition était le résultat de la concomitance de deux processus : la mise en place de « l'État des autonomies » par la nouvelle constitution démocratique de 1978 et la constitution d'un système national de santé par la loi générale sur la santé de 1986 [2].

LE MODÈLE DES QUASI-MARCHÉS

Griffiths en Angleterre, la séparation entre acheteurs et prestataires de soins. En Suède, la majorité conservatrice entre 1991 et 1994, et depuis 2006, a fait voter plusieurs réformes permettant de mettre en concurrence des prestataires de soins publics et privés.

Dans le modèle britannique, des mécanismes de quasi-marché ont été introduits dans un système resté entièrement public. Deux types d'acteurs achètent, pour le compte des patients, des soins hospitaliers, psychiatriques ou paramédicaux : les agences sanitaires de district et les cabinets de médecins généralistes, devenus des gestionnaires de budget.

Ils mettent en concurrence les établissements de soins, selon le principe « le patient suit l'argent ». Après 1997, les travaillistes ont transféré les budgets à des *Primary Care Trusts* (organisations de soins de premier recours regroupant localement des généralistes et d'autres professionnels de santé).

La mise en concurrence des financeurs

Ce lien entre l'organisation de l'État et celle du système de santé se retrouve en Allemagne où les *Länder* sont compétents dans le domaine de la santé publique et surtout dans le domaine hospitalier (y compris les hôpitaux universitaires, les *Länder* ayant également la responsabilité de l'enseignement supérieur). Toutefois, l'organisation et la gestion des soins ambulatoires relèvent des caisses d'assurance (et de la négociation collective avec les unions de médecins), dont la structure et l'organisation ont été profondément modifiées par leur mise en concurrence à partir de la loi de réforme structurelle de l'assurance maladie de 1992 (dite « GSG »).

Le gouvernement à distance de la santé et le retour de l'État régulateur

L'autonomisation des prestataires de soins, des collectivités territoriales et des caisses d'assurance maladie par rapport à l'État a permis, à la fin des années 1990, d'accroître le rôle régulateur de l'État.

Cette évolution en deux temps est nette en Angleterre où le gouvernement Blair (1997-2007), tout en poursuivant la transformation managériale des institutions (les hôpitaux en particulier) et en redéfinissant le fonctionnement du marché interne de la santé mis en place au début des années 1990, a renforcé l'évaluation et le contrôle du système. En Espagne, la mise sur agenda de l'État régulateur au début des années 2000 cherche à répondre aux problèmes posés par la décentralisation progressive du système de santé depuis la fin des années 1980. En Suède, à partir des années 1990, l'État central cherche à orienter plus fortement les politiques de santé des comtés. Tandis qu'en Allemagne l'affirmation d'un État régulateur intervient parallèlement à la mise en concurrence des caisses.

Comme le souligne un rapport récent de l'OMS [7], l'évolution institutionnelle dominante des systèmes de santé est celle d'un renforcement du rôle d'encadrement et de pilotage des acteurs du système de santé, qui ont été ou sont autonomisés, de la profession médicale aux collectivités territoriales en passant par les caisses d'assurance maladie.

En Angleterre : la mise à distance du gouvernement par la création des agences Le changement institutionnel majeur de la période Blair est la création d'agences de contrôle et d'évaluation qui accompagnent la managérialisation et la mise en concurrence héritées des gouvernements conservateurs. Cette réforme s'est réalisée en deux phases : débutant par une tentative de contrôle plus direct sur la profession médicale à travers l'élaboration et la mise en œuvre de normes de pratique, elle s'est poursuivie par l'introduction, de manière verticale, d'agences autonomes de régulation.

Parmi celles-ci peuvent être cités :

- l'Institut national d'évaluation clinique (NICE), créé en 1999, avec trois missions principales : évaluer les nouvelles technologies médicales et les médicaments (par l'analyse coûts/bénéfices), élaborer et diffuser des recommandations médicales (guides de bonnes pratiques), développer et promouvoir l'audit clinique ;
- la Commission pour l'amélioration de la santé, créée en 2000, qui produit les grilles d'évaluation de la performance des *Hospital trusts*. En 2003, elle a été fusionnée avec la Commission d'audit et d'inspection en santé. Désormais, sa fonction est double : pour les fournisseurs du secteur privé, elle intervient comme une agence de régulation à part entière, avec le pouvoir d'engager des poursuites en cas de constat d'insuffisances et, pour les institutions publiques, elle agit comme un organisme conduisant des évaluations et assurant le recueil des plaintes ;
- les autorités stratégiques de santé, créées en 2002, initialement au nombre de 28 puis réduites progressivement à 4 en 2011, qui permettent au pouvoir central de contrôler la prise en compte des priorités nationales de santé publique par les prestataires de soins locaux. Afin de renforcer la coordination des soins et de définir des standards de qualité, en collaboration avec l'Institut national d'évaluation clinique, la réforme de 2012 a prévu le remplacement de ces autorités par un *NHS Commissioning Board*, nouvel organisme gouvernemental centralisé chargé de réguler les *Local Commissioning Groups*. Cette nouvelle agence devrait devenir le régulateur central des soins ambulatoires aux côtés du *Health Monitor* chargé de promouvoir la concurrence et l'intégration des soins pour les hôpitaux.

En Espagne : les difficultés d'un État régulateur face aux systèmes de santé fortement régionalisés [6] En 2002, le transfert des responsabilités en matière de santé aux communautés autonomes a rendu nécessaire une coordination plus forte des services de santé régionaux. Les principaux points débattus ont été la clarification des fonctions et des responsabilités des autorités de santé nationales et régionales et le renforcement du rôle du Conseil interterritorial du système national de santé comme agence de coordination pour l'ensemble du système.

En 2003, le Parlement a adopté la loi relative à la cohésion et à la qualité du système national de santé. Cette loi était supposée renforcer la cohésion du système de santé décentralisé, améliorer la qualité des services médicaux et établir un catalogue de services que tous les systèmes régionaux du système national de santé devraient respecter.

Par ailleurs, cette loi a créé la Haute inspection du système national de santé, chargée de vérifier et de garantir les compétences et les responsabilités des autorités de

santé régionales en matière de santé ainsi que l'Agence de la qualité, l'Observatoire du système national de santé et l'Institut d'information en santé. Ces trois agences ont le statut d'unités administratives rattachées au ministère de la Santé.

Enfin, a été créé en 2006 le Fonds de cohésion sanitaire, responsable de l'articulation des mécanismes de compensation entre les régions autonomes²⁰.

**En Suède :
l'expérience des
difficultés de la
fixation partagée
de priorités pour
les soins et la santé
publique**

L'encadrement national des politiques de santé des comtés passe par la fixation de priorités de réponse aux besoins afin de concilier la maîtrise des dépenses et la protection de la santé publique, respectant ainsi les principes de non-discrimination, de solidarité et d'efficacité dans la prise en charge.

L'Agence nationale de santé est responsable du plan d'action national pour le développement des services de santé. Elle influence les priorités des comtés par la publication de guides des bonnes pratiques comportant des objectifs et des indicateurs. Des financements fléchés lui permettent de favoriser certaines actions préventives ou certains traitements.

Toutefois, en pratique, les comtés ont le dernier mot pour fixer les priorités en matière de soins. Les évaluations montrent la difficulté d'encadrer les pratiques locales. Les acteurs politiques et administratifs chargés des choix de priorités peinent à affirmer leur légitimité par rapport aux personnels de santé. De plus, la place croissante donnée aux patients et la concurrence entre les prestataires de santé contredisent les priorités fondées sur le seul critère du besoin.

L'impact des orientations nationales en matière de médecine préventive et de santé publique est plus net. En effet, en 2001, une commission parlementaire a fixé 18 priorités nationales en matière de santé publique. Deux réformes ont précisé les rôles respectifs des différentes autorités compétentes en 2003 et 2008. Les comtés et les communes sont chargés de concevoir et développer des actions de prévention et de santé publique. Chaque comté s'appuie sur les recommandations nationales pour établir un plan d'action bénéficiant alors de financements complémentaires dans des domaines tels que la prise en charge des troubles psychologiques, la prévention des risques cardiaques, les addictions et le dépistage des cancers. Les plans d'action locaux sont rendus efficaces par les rapports directs entre les administrations locales et les centres de santé primaires. Selon un rapport établi par l'Institut suédois de la santé publique en 2005, 70% des centres de santé locaux participaient à des programmes de prévention et d'information sanitaire, 45% proposaient une aide en matière de nutrition et 30% disposaient de programmes spécifiques de prévention des problèmes liés à l'alcool.

La cohérence dans l'organisation et les grandes orientations du système de santé suédois tient aussi aux accords nationaux entre les syndicats et les comtés qui contribuent à l'homogénéisation de l'organisation des soins sur le territoire.

20. Il incite au développement de pratiques plus coopératives (puisque les flux financiers sont liés au bon fonctionnement de ces systèmes). Les limites de ce système sont le poids de ce fonds (0,1% du budget total du système national de santé) et les bornes fixées au gouvernement central par la Cour constitutionnelle pour le contrôle de l'utilisation des fonds alloués aux régions.

En Allemagne : La mise en concurrence et l'extension des champs de négociation collective s'est opérée « à l'ombre de l'autorité hiérarchique de l'État » [9] qui a été renforcée. La concomitance entre ces deux points est nette dans la loi de renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie de 2007 [4]. Celle-ci crée un Fonds de santé qui regroupe l'ensemble des sources de financement de l'assurance maladie : cotisations des salariés et des employeurs et ressources fiscales. Par conséquent, ce ne sont plus les caisses paritaires (patronat, syndicats) qui gèrent directement les cotisations de leurs adhérents. Surtout, l'État fédéral fixe dorénavant, par décret, un taux unique de cotisation pour l'ensemble des caisses. Celles-ci perdent aussi leur rôle de gestionnaire des cotisations, puisque c'est le Bureau fédéral de l'assurance qui répartit les fonds entre les caisses selon un nouveau système de péréquation, basé sur le niveau de revenu des cotisants, le niveau de risques pris en charge (apprécié par l'âge, le sexe et la morbidité) et l'efficacité de chaque caisse.

Ce renforcement du niveau fédéral s'est aussi traduit par la création, en 2003, de la Commission fédérale commune et, en 2007, d'une nouvelle structure fédérale des caisses. Formée de représentants des médecins, des caisses et des hôpitaux, la Commission fédérale commune est chargée d'établir le panier des prestations prises en charge par l'assurance maladie, en particulier pour les médicaments. Elle s'appuie sur l'Institut pour la qualité et l'efficacité dans le système de santé, inspiré par l'Institut national d'évaluation clinique britannique. Cette commission devient donc la principale institution de l'autoadministration du système d'assurance maladie. Quant à la nouvelle organisation fédérale, elle a considérablement affaibli le rôle des caisses. Ces structures dépendent étroitement du ministère de la Santé dont les pouvoirs stratégiques et de contrôle ont été accrus [5]. Parallèlement, les négociations entre médecins et caisses sont plus fortement encadrées et arbitrées par des experts nommés par le gouvernement fédéral. De plus, dans le domaine hospitalier, la mise en place progressive du nouveau système de tarification, fondé sur les coûts par pathologie (DRG), s'accompagne d'une centralisation de la négociation entre les caisses et les hôpitaux [3]. Enfin, le gouvernement Merkel a mis sur agenda une loi sur la prévention fixant des priorités de santé publique et soulignant la logique d'encadrement des politiques des Länder et de l'action des caisses [10].

Références

- [1] Blank R.H., Burau V. *Comparative Health Policy*. Londres, Palgrave, 2006.
- [2] Bandelow N.C. Health governance in the aftermath of traditional corporatism: One small step for the legislator, one giant leap for the subsystem? *German Policy Studies*, 2009, 5, 3-20.
- [3] Böhm K. Federalism and the new politics of hospital financing. *German Policy Studies*, 2009, 5, 99-118.
- [4] Mosebach K., Schmucker R., Gerlinger T. MehrStaat, mehr Wettbewerb : Gesundheitsfonds ante portas. *Blätter für deutsche und internationale Politik*, 2008, 53 (10), 107-116.
- [5] Gerlinger T., Schmucker R. A long farewell to the Bismarck system: incremental change in the German health insurance system. *German Policy Studies*, 2009, 5, 3-20.
- [6] Guillén A.M., Cabiedes L. Towards a National Health Service in Spain: The Search for Equity and Efficiency. *J Eur Social Policy*, 1997, 7, 319-336.
- [7] Jakubowski E., Saltman R. The Changing National Role in Health System Governance. A case study of 11 European countries and Australia. *Observatory Studies Series* 29, 2013.
- [8] Palier B. *La réforme des systèmes de santé*. Paris, PUF, 2010, 128 p.
- [9] Wendt C., Rothgang H., Helmert U. The self-regulatory German health care system between growing competition and state hierarchy. *TranState Working Papers* 32, 2005, Université de Brême.
- [10] Voir aussi : Joumard I, André C, Nicq C. Health Care Systems: Efficiency and Institutions. OCDE, *Economic Department Working papers* 769, 2010.

La réforme de la politique de santé en France

Un peu d'histoire

La prévention est souvent présentée comme le maillon faible du dispositif de santé français. Ce constat doit être nuancé. Le tournant thérapeutique du début du XX^e siècle avait été négocié autour de formes libérales de l'exercice médical et d'institutions qui s'y sont accommodées. Aujourd'hui, de nouveaux enjeux de santé publique et une fragilisation des dispositifs du XX^e siècle ouvrent de nouvelles perspectives. La prévention connaît de fait un renouveau, notamment depuis la loi de santé publique de 2004, en attendant la loi de santé en discussion au Parlement en 2015.

De l'hygiène sociale à la médecine moderne

Au début du XX^e siècle, l'État et les municipalités développent d'importantes actions d'hygiène sociale, dont témoigne la loi de santé publique votée en 1902 [1]. Les évolutions scientifiques et sociales vont cependant renforcer l'importance des soins aux dépens de la prévention. La révolution pastoriennne modifie les conceptions en matière d'étiologie des maladies, dont la causalité est désormais attribuée à des agents biologiques identifiés, ce qui relègue le rôle du milieu à l'arrière-plan [2]. Elle suscite aussi des formes de prévention plus médicalisées, comme la vaccination. Les années 1920 et 1930 voient ensuite apparaître de nouveaux moyens diagnostiques, biologiques et radiologiques, ainsi que des thérapeutiques efficaces, notamment médicamenteuses. Désormais, les soins sauvent des vies et prennent le relais de la prévention, moins spectaculaire. La médecine devient plus accessible grâce à un financement collectif et socialisé, qui prend des formes variées selon les pays.

Ces évolutions transforment aussi le rôle de l'hôpital, dont les fonctions techniques s'accroissent par rapport à sa mission sociale à la faveur des guerres mondiales, qui diversifient aussi son recrutement [3].

Un véritable basculement thérapeutique fait ainsi passer la médecine d'actions peu techniques à destination des populations à des soins de pointe destinés aux individus.

Dans un contexte de renforcement de l'efficacité thérapeutique et de prise en charge collective des dépenses, les médecins font valoir leur autonomie et leurs intérêts professionnels [4]. Dans certains pays, certaines régions ou auprès de certaines populations, notamment industrielles, ces revendications s'insèrent dans de grandes organisations bureaucratiques²¹ en cours de formation, destinées à dispenser et à financer les soins [4]. Celles-ci articulent souvent le financement et l'organisation des soins à des pratiques préventives, en médecine du travail notamment.

Entre autonomie professionnelle et solidarité

Les revendications d'autonomie de la profession médicale ne se limitent pas à l'activité clinique. Elles se traduisent parfois par un rejet plus radical du financement collectif. Aux États-Unis, l'*American Medical Association* s'y oppose durablement. En Allemagne et en France, la profession participe à des degrés divers à une régulation laissant une large part à son autonomie professionnelle. En France, en particulier, le projet de création des assurances sociales obligatoires à la fin des années 1920 suscite la création d'une Confédération syndicale des médecins de France (CSMF), qui s'oppose à la « collectivisation » des soins au nom d'une « médecine libérale » fondée sur le paiement à l'acte et l'entente directe avec le patient sur les honoraires [4]. En 1945, la création de la Sécurité sociale entérine ces principes et abonde financièrement l'exercice libéral. Adapté aux soins ponctuels et aux maladies infectieuses, le paiement à l'acte incite peu les médecins aux pratiques de prévention, qui requièrent du temps et de la continuité.

Deux logiques sociales parallèles

Ces influences professionnelles façonnent le système de santé, dans lequel la prévention est marginalisée. Après la Seconde guerre mondiale, les institutions chargées de la santé en France s'organisent sur la base de compromis successifs ayant pour effet, sinon pour objet, de préserver l'exercice libéral des médecins. En 1945, lors de la réorganisation du paysage sanitaire, l'influence de la profession médicale conduit l'État à s'attribuer la responsabilité de l'hôpital et de la prévention, en laissant à la Sécurité sociale le soin de réguler la médecine ambulatoire. L'intérêt porté par les pouvoirs publics à la prévention, conduit à organiser dans un cadre bureaucratique la protection maternelle et infantile (PMI), la médecine scolaire et la médecine du travail, en particulier. Toutefois, la dichotomie institutionnelle (exercice libéral, secteur public salarié) ne favorise pas la transversalité entre actions curative et préventive. Cette dichotomie s'accroît dans les années 1960 lorsque le développement de l'hôpital éloigne un peu plus les secteurs ambulatoire et hospitalier. Malgré des actions publiques ambitieuses, avec l'expérience de la rationalisation des choix budgétaires (RCB) en matière de périnatalité, ou à travers la création du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) dans les années 1970, la croissance des ressources affectées à la prévention n'a rien de comparable à celle des secteurs ambulatoire et hospitalier.

Enfin, la prévention est longtemps absente des conventions médicales signées à partir du début des années 1970, véritables espaces de régulation associant

21. C'est par exemple le cas dans les chantiers navals de la société Kaiser en Californie, qui crée l'une des premières *Health Maintenance Organization* (HMO) dans les années 1930 ; dans les régimes de protection sociale des mineurs anglais et gallois, qui inspirent un dispositif national de financement en 1911, puis la création du *National Health Service* (NHS) en 1948 ; ou encore dans le régime des mines en France, qui existe encore aujourd'hui.

institutions et professionnels. Le contenu des accords privilégie souvent des objectifs tarifaires. Il faut attendre 2009 pour voir des actions de prévention (vaccination, dépistage) figurer en bonne place dans les premières mesures introduisant un complément de financement lié à la performance des soins libéraux (Capi) [6].

Ensermée entre des institutions administrant séparément les secteurs hospitalier et ambulatoire, la prévention voit ses spécificités s'étioler et son identité médicale se renforcer, aux dépens d'approches pluridisciplinaires extérieures à la médecine. Sont ainsi élaborés des plans d'action plutôt articulés à un découpage médical par pathologie, à l'inverse de ceux ajustés aux populations, aux risques, aux milieux de vie ou aux formes d'organisation sociale. Même le renouveau de la santé publique des années 1990 semble moins bénéficier à la prévention qu'à la « précaution ». Pour autant, cette marginalisation n'est pas irréversible et les orientations retenues pour la loi de santé 2015 intègrent des actions en matière de prévention et d'éducation à la santé en mesure d'insuffler un nouveau dynamisme à ce secteur, encore largement porté par les associations et des groupes non-institutionnels.

Références

- [1] Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique. *Journal Officiel* du 19 février 1902.
- [2] **Dupaquier J.** La contre-offensive de la mortalité dans le dernier quart du XX^e siècle. *Histoire, Économie et Société*, 1984, 3, 3, 473-493.
- [3] **Antoine J., Fernagut A., Lancelin E., Rollin N.** *Les hôpitaux dans la guerre*. Paris, Le Cherche-midi, 2008.
- [4] **Hassenteufel P.** *Les médecins face à l'État*. Presses de Sciences Po, 1997.
- [5] **Zylberman P.** *Histoire et santé publique*. Presses de l'EHESP, 2011.
- [6] *Les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les professions libérales de santé*. Cour des comptes, juin 2014.

Un nouveau rapport à la société

La politique nationale de santé s'inscrit dans un contexte social nouveau. Sécurité sanitaire, « démocratie sanitaire²² », éthique, droits des usagers et des malades, mais aussi performance sont les maîtres-mots de ces évolutions. Ils orientent progressivement le regard et la décision en santé publique et redessinent les contours et les fondements des politiques.

La prégnance de la sécurité sanitaire

Le terme « sécurité sanitaire » [1] désigne aujourd'hui un pan des politiques de santé publique, organisé en un système de veille, de surveillance et d'alerte face à différents risques pour la santé des populations et en un système de gestion de ces risques.

L'idée de sécurité sanitaire s'est imposée suite aux crises sanitaires des années 1990 et notamment l'affaire du sang contaminé, la crise de la vache folle ou celle de l'amiante [2-3]. Les difficultés répétées des autorités publiques à identifier des dangers, à prendre la mesure de leur ampleur (risque) et à réagir de façon opportune, ont rendu impérative la mise en place d'un dispositif permettant de pallier ces défaillances [4]. Les scandales ayant émaillé ces crises ont été de puissants stimulants

22. On évoque ici les aspects « communautaires » de la sécurité sanitaire. La notion traite aussi de la sécurité des patients. Telle en était même l'acception originelle. Cf. HCSP, *Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients - Principes et préconisations*, Avis et rapports, novembre 2011.

pour qu'une réponse soit engagée, les risques politiques s'ajoutant dans ces cas aux risques pour la santé des populations. La réponse institutionnelle a principalement conduit à la mise en place d'agences de sécurité sanitaire en charge de la veille sanitaire, de la surveillance et de l'évaluation des risques [5]. Le but a donc été de rendre certains problèmes de santé publique susceptibles d'être anticipés et maîtrisés, notamment ceux caractérisés par une forte incertitude.

La vigilance exercée grâce à un dispositif spécifique, s'appuyant notamment sur la surveillance, permet de détecter les signes de nouvelles menaces et de réagir en urgence [1]. La maîtrise de différents problèmes de santé (comme les épidémies saisonnières, les méningites, les intoxications alimentaires) montre l'efficacité du système de sécurité sanitaire actuel. Ce système peut cependant être pris en défaut lorsque « l'agent menaçant » ne correspond pas à celui attendu (comme lors de la canicule en 2003). En sens contraire, ce système peut contribuer à surévaluer des menaces ou, en tout cas, avoir des difficultés à en cerner l'importance réelle (comme cela semble avoir été le cas avec le risque de pandémie grippale associé au virus A(H1N1)2009. Mais, surtout, la priorité donnée aux problèmes urgents exigeant des réponses rapides de la part des autorités, se fait au détriment d'autres problèmes de santé moins visibles et jugés moins préoccupants, bien que relevant pleinement d'une démarche de santé publique.

Le système de sécurité sanitaire peine aussi à intégrer dans son champ des questions telles que celles liées à la santé au travail, malgré le scandale de l'amiante. Un département santé-travail existe au sein de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) est chargée de produire une expertise scientifique sur ces questions mais le traitement des risques professionnels n'est pas toujours apparu prioritaire par rapport à d'autres risques environnementaux, dont les enjeux sanitaires paraissent pourtant moins nets. Dans un autre domaine, les conséquences de l'insécurité routière persistent à être analysées en termes de mortalité alors que le grand nombre de blessés et de blessés très graves (handicapés et polyhandicapés) constitue encore un défi très important [6]. Ainsi, l'articulation entre sécurité sanitaire et surveillance d'activités ordinaires apparaît problématique, y compris pour des questions de santé publique importantes.

L'efficacité du dispositif de sécurité sanitaire peut être interrogée, notamment par rapport à des menaces émergentes fortement marquées d'incertitude. Plus généralement, le sens de ce dispositif et la place qu'il occupe dans le système français de santé publique demandent à être explicités : s'agit-il avant tout d'anticiper des crises sanitaires et notamment leur dimension politique, avec donc une attention privilégiée aux « nouveaux problèmes » susceptibles de remettre en cause les experts et les autorités sanitaires ? S'agit-il de privilégier les problèmes de santé émergents et urgents, par rapport aux problèmes déjà identifiés comme plus fondamentaux dans les populations, quitte à modifier l'idée même de priorités en santé publique ? Ces interrogations pèsent sur la définition, la sélection et la hiérarchisation des problèmes sanitaires, autrement dit sur les processus de mise sur agenda [7].

Depuis le début des années 1990, le paysage institutionnel a été entièrement reconfiguré avec la mise en place des agences de sécurité sanitaire, d'abord développées dans les domaines des produits de santé et de l'alimentation. Dans les deux cas, la constitution d'un dispositif d'expertise robuste n'éloignait pas les considérations économiques : l'évaluation de la sécurité et de l'efficacité des produits de santé ont partie liée ; la sécurité des produits alimentaires est une donnée clef de la compétition commerciale. Les agences en charge ont bénéficié de moyens conséquents, d'un environnement international porteur, d'une visibilité médiatique importante et d'un soutien politique marqué.

D'autres agences (l'Institut de veille sanitaire et l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale) n'ont pas bénéficié de la même attention au départ.

La crise de la canicule de l'été 2003, la prégnance des préoccupations de santé au travail, les nouvelles crises de la fin des années 2000 touchant les produits de santé, ont amené des restructurations successives pour composer le paysage actuel : l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM), l'Anses et l'InVS en sont les piliers principaux. La loi de santé 2015 prévoit la fusion de l'InVS, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus).

En France, le paysage des opérateurs du secteur sanitaire s'est donc diversifié au cours des vingt dernières années, au risque de redondances, de défauts d'articulations²³ (entre les agences nationales ou entre les niveaux national et régional), au risque aussi d'approches trop sectorisées, autant de défauts que les réformes successives s'efforcent de pallier.

La forme juridique de ces opérateurs n'a pas été d'emblée stabilisée ; le statut d'établissement public d'État s'est néanmoins rapidement imposé. Il s'agissait de marquer la responsabilité, la tutelle de l'État vis-à-vis des dispositifs mis en place tout en conservant une distance institutionnelle entre agences et administrations, ces dernières ayant vocation à se concentrer sur les fonctions de stratégie et de gestion des risques, laissant aux agences la veille et l'expertise, sauf cas particulier des pouvoirs de police sanitaire détenus par certaines d'entre elles [8].

Références

- [1] **Tabuteau D.** *La sécurité sanitaire.* Berger-Levrault, 2002.
- [2] **Girard J.F.** *Quand la santé devient publique.* Paris, Hachette, 1998.
- [3] **Henry E.** *Un scandale improbable. Amiante : d'une maladie professionnelle à une « crise de santé publique ».* Thèse, Université technologique de Compiègne, 2000.
- [4] **Girard J.F. (président), Lalande F., Salmi L.R., Le Bouler S., Delannoy L.,** *Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France,* juillet 2006.
- [5] **Girard J.F.** Les trois âges de la santé publique en France. *ADSP*, 2012, 80.
- [6] **Bellamy V.** Les handicaps liés aux accidents de la route. Les données de l'enquête HID. *ADSP*, 2002, 41.
- [7] **Hassenteufel P.** Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics. *Informations sociales*, 2010, 157, 50-58.
- [8] *Les agences : une nouvelle gestion publique ?* Conseil d'État, Étude annuelle 2012.

23. L'ensemble de ces opérateurs, ainsi que la HAS, le HCSP, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et un représentant des directeurs généraux des ARS, se retrouvent au sein du Comité d'animation du système d'agences (Casa).

L'exigence démocratique

Le rôle des experts militants

L'action plus résolue en matière de santé publique depuis quelques années est liée à l'engagement politique ou à la pression des organisations internationales mais aussi à l'émergence et aux efforts de quelques « entrepreneurs de réforme ».

On pense bien évidemment à quelques « experts militants » (et en particulier au rôle joué par Gérard Dubois, Albert Hirsch, Claude Got, François Grémy et Maurice Tubiana), aux acteurs associatifs mais aussi à un certain nombre d'institutions. Le Haut Comité de la santé publique et, à sa suite, le Haut Conseil de la santé publique ont ainsi continûment défendu les notions de programmation, de définition de priorités, de répartition territoriale des ressources et de réduction des inégalités sociales [1 - 2].

Mickaël Pollack a parlé du sida, à ses débuts, comme de la « maladie du silence » [5]. La mobilisation des associations a en effet d'abord été une mobilisation de substitution des gens susceptibles de devenir malades ou proches des personnes atteintes. À l'occasion de l'épidémie a été inventé « le malade réformateur social » selon le mot de Daniel Defert [6], un des fondateurs d'Aides. Grâce aux compétences développées et à la connaissance pratique des besoins des personnes atteintes, les associations engagées dans la lutte contre le sida ont ainsi en permanence fait des propositions précises aux pouvoirs publics et aux professionnels de santé et ont par là joué un rôle d'expérimentateur plutôt que de prestataire de services. Sans l'intervention des associations, à n'en pas douter, les efforts de recherche (clinique et sociologique) face à l'épidémie n'auraient pas été aussi conséquents ; la politique publique de prévention aurait sans doute été à la fois plus timorée et plus répressive, moins inventive en tout cas ; les discriminations sociales auraient progressé ; bien des innovations sociales n'auraient pas vu le jour.

Cette posture réformatrice s'est étendue à d'autres pathologies. Les initiatives de la Ligue nationale contre le cancer²⁴ ont permis d'ériger cette maladie au rang de priorité nationale et inspiré diverses dispositions des Plans cancer successifs [4], en termes d'information, de consultation d'annonce, d'organisation de soins de support intégrés, de participation, de lutte contre les discriminations (accès ou retour à l'emploi, prêts bancaires...). Autre exemple : l'articulation des opérateurs publics et privés dans le cadre du Programme national nutrition santé, a permis de dépasser les cloisonnements habituels. Au-delà des effets d'annonce, ces actions débouchent sur une planification réelle : priorités et moyens inscrits dans la durée.

Des associations comme Aides, Act Up ou la Ligue nationale contre le cancer ont de fait, dans des registres différents, transformé la pratique des associations de malades, en les faisant sortir d'une logique de gestion pour interpeller la société et les pouvoirs publics au nom des droits fondamentaux de la personne malade. De nouvelles questions sont apparues dès lors dans le débat public, objets de contestations nouvelles. La maltraitance des personnes âgées dans les maisons de retraite illustre ainsi aujourd'hui des exigences nouvelles de qualité de prise en charge et d'encadrement dans ces établissements [7]. Elle relance la mise en cause

24. Les États généraux des malades du cancer, organisés par la Ligue avec le Livre blanc qui en est résulté [3], ont contribué à la mise sur agenda et permis de structurer une action multidimensionnelle.

de l'institutionnalisation. Le mouvement autour des soins palliatifs interroge lui aussi les médecins, leurs missions, leurs objectifs et leurs modes d'organisation [8].

La Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH), devenue Association des accidentés de la vie, a de son côté fortement contribué à faire évoluer les pouvoirs publics et les partenaires sociaux sur la question des maladies professionnelles. Le développement d'enquêtes, la mise en œuvre de plans d'action et l'organisation institutionnelle avec la création de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement en 2001, transformée en Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset), avant d'être fusionnée avec l'Afssa pour former l'Anses, ont concrétisé cet engagement nouveau, à poursuivre aujourd'hui compte tenu de la prégnance des problèmes de santé au travail.

Des efforts d'organisation du milieu associatif ont conduit à la constitution du Collectif inter-associatif en santé [9]. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé de mars 2002 a reconnu ce besoin de structuration. Au niveau européen, le Forum européen de la santé mis en place en 2001 par la Commission participe de la reconnaissance du rôle de la société civile.

Démocratie sanitaire et évolution des représentations

La Conférence nationale de santé joue depuis des années un rôle déterminant pour porter la voix des usagers dans le débat public, aux côtés de celle des autres parties prenantes.

Par la reconnaissance de la «démocratie sanitaire» [9] comme principe de fonctionnement du système de santé, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a entendu pérenniser l'esprit des États généraux de la santé (1998-1999) et fonder une nouvelle manière d'appréhender les questions de santé.

La loi HPST du 21 juillet 2009 a quant à elle créé, au niveau régional, deux nouvelles instances de dialogue : les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), en lieu et place des Conférences régionales de santé, et les Conférences de territoires. Ce sont des espaces d'échanges dans lesquels les acteurs locaux s'approprient les problématiques sanitaires et prennent part aux travaux relatifs à la politique régionale de santé, l'idée étant de construire des réponses plus appropriées et plus efficaces aux besoins de santé de la population.

LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE (CRSA)

Créée par la loi du 21 juillet 2009, la CRSA est un lieu privilégié de concertation sur la politique régionale de santé. Elle est en effet représentative de l'ensemble des parties prenantes du système régional de santé. Elle émet un avis sur le projet et le plan stratégique régional de santé et sur les projets de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale. Chaque année, outre la rédaction de son rapport d'activité, elle est tenue d'élaborer un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé, transmis à la Conférence nationale de santé. Enfin, elle organise des débats publics sur les problématiques sanitaires.

LES CONFÉRENCES DE TERRITOIRE

Instances de concertation sur l'organisation de l'offre de soins créées par la loi du 21 juillet 2009, les conférences de territoire sont instituées par le directeur général de l'ARS au sein de chaque territoire de santé. Selon l'article L. 1434-17 du code de la santé publique, elles sont composées de représentants de l'ensemble des acteurs du système de santé local, y compris les usagers.

Au plus près de la réalité des territoires, elles ont pour mission de favoriser l'adaptation territoriale de la politique régionale de santé via l'élaboration, sur un territoire donné, d'un diagnostic partagé sur les enjeux sanitaires et la formulation de propositions dans le cadre du projet régional de santé. de son choix.

Les associations ont pris toute leur place dans le dispositif issu des lois de 2002 et 2009. La fréquence des sollicitations, la multiplicité des instances et des groupes de réflexion auxquels elles sont conviées et, corrélativement, l'insuffisance de leurs moyens (indemnisation, formation, information, accès aux documents, etc.) compliquent cependant leur tâche.

Les préoccupations éthiques

Dans le champ de la santé, les considérations éthiques occupent une place croissante. Cette évolution est liée tant aux innovations médicales et techniques qui posent des problèmes nouveaux notamment concernant la génétique ou la transplantation d'organes, qu'aux évolutions sociales tendant à renforcer le droit à l'information du patient et à mettre au cœur des préoccupations l'égal accès aux soins.

Ces préoccupations sont devenues un enjeu de plus en plus visible au sein du système de santé et ont donné lieu à une formalisation plus ou moins importante selon les pays. En France, à la suite des Assises de la recherche de 1982, le Président de la République François Mitterrand a créé par décret en février 1983, le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), instance chargée de délivrer des avis sur les questions éthiques touchant au vivant et à la santé. Si l'assistance médicale à la procréation a été une de ses premières préoccupations, son champ de réflexion s'est rapidement étendu à d'autres thématiques telles que le consentement du patient, la recherche génétique ou la recherche sur l'embryon humain, etc.

Dans un dossier spécial de la revue du HCSP consacré à l'éthique et aux soins [10], les contributeurs ont proposé une analyse synthétique des différents objets sur lesquels se focalise le débat éthique, en particulier des enjeux liés à la fin de vie, à la bioéthique médicale, l'embryon humain, les personnes vulnérables et les inégalités d'accès aux soins.

L'information des usagers et des consommateurs

Les droits généraux du consommateur ont été décrits en 1962 par J.F. Kennedy [11] : droit à la sécurité, droit d'être entendu, droit d'être informé et droit de choisir. Cette typologie décrit assez précisément les attentes en matière de santé, qui relèvent tout à la fois des droits fondamentaux, des droits courants de l'usager des services publics et de la revendication de sécurité.

Dans le système de santé français, le contentieux est souvent apparu, à tort ou à raison, comme la seule manière de faire valoir ses droits, d'obtenir réparation d'un

dommage ou simplement de recevoir l'information. Beaucoup de réclamations ou de plaintes ont en effet pour origine un défaut de communication, d'où la revendication majeure de l'accès au dossier médical, désormais organisé par la loi du 4 mars 2002.

Savoir s'il peut faire confiance au prestataire de soins est sans doute la première exigence de l'utilisateur. Or, la collecte d'informations par apprentissage peut se révéler très coûteuse et est socialement discriminante dans le contexte des soins. Le constat réalisé en 1993 dans le rapport Santé 2010 du Commissariat général du Plan [12-13] est encore pour partie d'actualité : « *Les inégalités d'information dans le système de santé restent aujourd'hui masquées et taboues ; non visibles, non reconnues, elles seraient par là même plus facilement tolérables.* »

L'information en matière de santé se développe considérablement et les techniques d'enquête ne manqueront pas de se perfectionner. Quantité d'acteurs — associatifs notamment — font pression en ce sens. Les technologies de l'information et de la communication y concourent et créent de nouveaux besoins.

La diffusion régulière par la presse « grand public » de palmarès d'établissements de santé s'inscrit dans cette logique d'apport d'informations aux usagers. Ces classements reposent sur l'utilisation de vastes bases de données médico-administratives et d'autres informations issues d'enquêtes ou de procédures comme la certification des établissements, dont les résultats sont publics. Les limites méthodologiques de ces exercices, au demeurant appréciés de leur lectorat, sont bien connues. L'accessibilité de ces établissements pour un patient donné, le degré de gravité des patients admis à un endroit donné, le poids des transferts entre structures et le rôle essentiel de médiation que conserve le médecin traitant ne sont, en particulier, pas pris en compte dans ces analyses.

La Stratégie nationale de santé introduit la notion de programme de sécurité des patients. Au sein de ce dernier, le développement de la place de l'utilisateur est encouragé [14].

L'analyse médico- économique des décisions publiques

Pour prendre des décisions, les pouvoirs publics n'ont pas toujours recours aux études, ou n'explicitent pas les analyses socio-économiques sous-jacentes, ce qui est aussi une façon de préserver leurs prérogatives. La décision comporte en effet une part discrétionnaire et ne se limite pas à la balance d'intérêts construits et rendus transparents.

Les bilans socio-économiques sont là pour contraindre le décideur à expliciter les arguments qu'il retient [15]. Tout en préservant la prérogative du politique de corriger les excès du discours rationaliste, il s'agit par-là de pointer les domaines d'irrationalité en termes d'affectation des ressources, lorsque « *ce qui n'est pas éthique, c'est de dépenser trop* » (Marcel Boiteux).

Par exemple, éviter le maximum de morts à dépense égale nécessite d'explicitier des critères de décision transparents et prenant en compte les préférences de la population. Le sens de la mesure et la discipline induite doivent être bien compris. Il s'agit de construire des principes d'allocation rationnelle des ressources (à travers le concept de mort au sens statistique, non individuelle, et en prenant en compte le temps par la pratique de l'actualisation).

Des outils tels que les années de vie gagnées ajustées par la qualité (*Quality Adjusted Life Years* ou *QALYs* [16]) sont un élément de la « boîte à outils » à la disposition du décideur. Ils ne sont pas d'usage immédiat. A l'échelon des choix collectifs, il est difficile de s'appuyer sur le critère du coût par année de vie gagnée (l'expérience de l'Oregon, dans les années 1980 [17], a montré l'intérêt mais aussi les limites de l'outil pour définir un panier de soins). D'autres outils plus convaincants peuvent également être utilisés comme le revenu équivalent santé [18].

Qu'il s'agisse de révéler ces situations d'excès ou d'établir des plages où la discussion argumentée est souhaitable, ces pratiques n'ont longtemps guère prospéré en France dans le champ de la santé (contrairement à d'autres domaines, par exemple en matière d'infrastructures de transport). Il y a à cela une série d'explications : la préférence pour la régulation par le droit, un cadre déontologique qui entretient une relation ambiguë à l'économie, un milieu globalement réfractaire malgré la tradition d'ingénierie économique française, un ministère longtemps organisé autour de la seule fonction de production de soins. Enfin, quand elles existent, les analyses médico-économiques ne passent pas forcément de la sphère académique à la sphère de la décision.

Références

- [1] *Objectifs de santé publique : Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions*. HCSP, La Documentation française, 2010, 348 p.
- [2] *Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : place des Ateliers santé ville*. Avis du HCSP.
- [3] *Les malades prennent la parole. Livre blanc des premiers états généraux des malades du cancer*. Ligue nationale contre le cancer, Ramsay, 1999.
- [4] *Évaluation du plan cancer*. HCSP, La Documentation française, 2009.
- [5] **Pollak M.** *Les homosexuels et le Sida*. Sociologie d'une épidémie. Éditions Métailié, 1988.
- [6] **Defert D.** Un malade du sida peut-il être un réformateur social ? *Esprit*, 1994, 203, 100-111.
- [7] **Busby F.** La maltraitance et les personnes âgées. *ADSP*, 2000, 31.
- [8] *Propositions pour l'évaluation du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012*. HCSP, 2012.
- [9] **Saout C.** Structuration du mouvement associatif en France : un ou plusieurs collectifs. *ADSP*, 2009, 68.
- [10] Éthique et soins. *ADSP* 2011, 77.
- [11] **John Fitzgerald Kennedy**, discours du 15 mars 1962 devant le Congrès des États-Unis d'Amérique.
- [12] *Santé 2010, Commissariat général du Plan*, 1993.
- [13] **Bras P.L., Tabuteau D.** Santé 2010, un rapport de référence pour les politiques de santé. *Les Tribunes de la santé*, 2009, 25, 79-93.
- [14] *Programme national pour la sécurité des patients. Stratégie nationale de santé, feuille de route*, 2013.
- [15] Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs. *CCNE* 57, 20 mars 1998.
- [16] **Harris J.** QALYfying the value of life? *J Med Ethics*, 1987, 13, 117-123.
- [17] **Baicker B., Taubman S.L., Allen H.L. et al.** The Oregon experiment – Effects of Medicaid on Clinical Outcomes. *New Engl J Med*, 2013, 368, 1713-1722.
- [18] **Fleurbaey et al.** *Évaluation des politiques de santé : pour une prise en compte équitable des intérêts des populations*.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=3961

Les transformations de la politique nationale de santé

La politique française en matière de santé a ses événements et ses textes fondateurs, ses « entrepreneurs de réforme » aussi, on l'a dit. Sa transformation récente est jalonnée par des événements, des crises, des moments de refondation législative et des créations institutionnelles.

La Stratégie nationale de santé de 2013 propose de nouvelles pistes de réflexion et approfondit les éléments de la loi de 2004 [1], posant les bases de la nouvelle loi de santé dont va se doter la France.

La loi de santé publique de 2004 ou le renouveau de la programmation

La pression de l'épidémie à VIH et des crises sanitaires qui ont suivi a conduit à une prise de conscience des limites du « tout curatif » et à une réhabilitation de la prévention mais aussi à l'émergence de l'expression des usagers et des malades [2].

Alors que la politique de santé s'est longtemps résumée à une politique de soins, voire de simple allocation de moyens aux établissements hospitaliers, des exercices de programmation thématique se sont développés, témoins de la prégnance plus forte des approches de santé publique. Ces dynamiques ont été engagées dès les années 1990 au niveau régional, avec la mise en place de conférences régionales de santé et l'expérimentation des projets régionaux de santé, autour de quelques priorités choisies. Elles seront légitimées en 1996 par les ordonnances issues du Plan Juppé. C'est dans ce contexte que la loi de santé publique du 9 août 2004 a été préparée par la Direction générale de la santé (DGS) [3].

La réflexion menée par le groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO) [4] s'est appuyée sur les rapports du HCSP sur l'état de santé en France²⁵ et sur les travaux de nombreuses instances, notamment de la Conférence nationale de santé, mais aussi sur les propositions de l'OMS portant sur la définition d'indicateurs synthétiques de mortalité et d'impact sur la qualité de vie. Les objectifs ainsi définis étaient destinés à refléter l'état de santé de la population et à cibler des champs pour lesquels des progrès étaient effectivement réalisables, sans viser l'exhaustivité.

La loi de 2004 a constitué un progrès en termes de mobilisation des connaissances disponibles. Une centaine d'objectifs ont été retenus qui constituaient à la fois une référence pour l'action des décideurs et un guide pour l'allocation de moyens (même si sur ce registre, les avancées ont été modestes). Leur liste était cependant incomplète et leurs intitulés parfois imprécis et surtout non hiérarchisés. Et avec le foisonnement des plans, cette absence de priorisation était relevée en 2011 par la Cour des comptes [5] qui soulignait que « depuis l'adoption de la loi, la DGS a piloté de fait une trentaine de plans pour lesquels il n'existe de différence ni dans leur élaboration, ni dans leur suivi, ni dans leur gradation ».

25. Le Haut Comité de la santé publique (1994-2004) a publié régulièrement à partir de 1994 un rapport sur « La santé en France », qui présente des indicateurs de santé comparatifs et régulièrement suivis, ainsi que des analyses globales et prospectives sur des problèmes de santé publique.

Le HCSP, créé par la même loi du 9 août 2004 et mis en place en mars 2007, a eu pour première mission d'évaluer la réalisation des objectifs de cette loi, de contribuer à leur (re)définition, au suivi annuel de la mise en œuvre de la loi, ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et des stratégies de prévention.

Si la vision portée par la loi de 2004, largement axée sur les pathologies et pas assez transversale, a été critiquée, cette approche est apparue assez incontournable [6]. Certains indicateurs transversaux ont été développés : consommation d'alcool, dépistage, vaccination, etc. L'évaluation conduite par le HCSP a notamment montré que seuls 54 objectifs sur les 100 ont été considérés comme évaluable et que parmi les 26 objectifs non évaluables, 19 n'étaient pas quantifiés et 27 n'avaient pu être évalués faute d'informations recueillies. Enfin, très peu d'indicateurs pouvaient être déclinés au niveau régional.

**SYNTHÈSE DES
RÉSULTATS DE
L'ÉVALUATION
DES OBJECTIFS
DE LA LOI DE
2004 PAR LE
HCSP
(2010)**

Cancer	Cancer du col de l'utérus : tendance favorable Cancer du sein : tendance favorable Cancer de la peau : évaluation non réalisable Cancer de la thyroïde : pas de tendance favorable Cancer colorectal : objectif globalement atteint Autres tumeurs malignes : tendance favorable
Maladies cardio-vasculaires	Cardiopathies ischémiques : objectif atteint Hypercholestérolémie : objectif globalement atteint Hypertension artérielle : objectif partiellement atteint Accidents vasculaires cérébraux : tendance favorable Insuffisance cardiaque : objectif partiellement atteint
Diabète – obésité	Surveillance conforme diabète : tendance favorable Réduire les complications du diabète : pas de tendance favorable Diminuer l'obésité et le surpoids chez l'enfant : objectif globalement atteint
Maladies infectieuses	Infection VIH-sida : objectif globalement atteint Hépatites : évaluation non réalisable Tuberculose : objectif globalement atteint Grippe : pas de tendance favorable Maladies diarrhéiques : objectif globalement atteint Gonococcies-syphilis : pas de tendance favorable Couverture vaccinale : objectif partiellement atteint Dépistage infections sexuellement transmissibles : pas de tendance favorable
Pneumologie	Asthme : tendance favorable Bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) : évaluation non réalisable
Périnatalité	Mortalité maternelle : tendance favorable Mortalité périnatale : pas de tendance favorable Grossesse extra-utérine : évaluation non réalisable Situations périnatales à l'origine de handicap à long terme : évaluation non réalisable

Santé et maladies mentales	<p>Dépendance aux opiacés (incidence) : objectif partiellement atteint</p> <p>Psychoses (incidence) : évaluation non réalisable</p> <p>Dépendance aux opiacés (prise en charge) : objectif partiellement atteint</p> <p>Troubles bipolaires, dépressifs, névrotiques (incidence) : évaluation non réalisable</p> <p>Troubles bipolaires, dépressifs, névrotiques (prise en charge) : évaluation non réalisable</p> <p>Psychoses, troubles bipolaires (réduction marginalisation) : évaluation non réalisable</p>
Neurologie – Troubles sensoriels	<p>Épilepsie : évaluation non réalisable</p> <p>Maladie d'Alzheimer : évaluation non réalisable</p> <p>Maladie de Parkinson : évaluation non réalisable</p> <p>Sclérose en plaques : évaluation non réalisable</p> <p>Atteintes ophtalmologiques : pas de tendance favorable</p> <p>Atteintes sensorielles enfant : évaluation non réalisable</p> <p>Atteinte sensorielle adulte : évaluation non réalisable</p>

LES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Depuis les années 2001-2002, de nombreux plans et programmes de santé publique ont été développés au sein du Ministère en charge de la santé.

En 2014, une vingtaine de ces plans et programmes sont en cours. On trouve notamment le Plan cancer 2014-2019 lancé par le Président de la République, le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2014-2018, le Plan de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014, le Plan national santé environnement (PNSE) 2014-2018, le Plan national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 ou encore le Programme national de réduction du tabagisme lancé en septembre 2014.

Certains de ces programmes en sont à leur 3^e voire à leur 5^e édition (PNNS 3, Cancer 3, VIH-IST 5) et ne seront reconduits qu'après l'évaluation du plan en question pour, le cas échéant, réorienter et adapter leurs objectifs aux évolutions épidémiologiques et sociales (VIH-IST 5, Maladies rares 2). D'autres sont sur le point d'être reconduits après évaluation (PNSE 3).

Le ministère chargé de la santé n'a pas vocation à piloter tous les plans et programmes qui visent à améliorer la santé de la population. Les plans strictement environnementaux sont conduits au sein du ministère de l'Écologie ; le plan d'action pour une politique de l'offre alimentaire sûre, diversifiée et durable a été élaboré par le ministère de l'Agriculture ; certains plans populationnels sont pris en charge par d'autres ministères comme le plan de santé des élèves conduit par l'Éducation nationale ou le plan en faveur des personnes sourdes et malentendantes piloté par le ministère en charge de la Cohésion sociale.

Références

- [1] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel RF, 185, 11 août 2004, 14277, texte n° 4.
- [2] Girard JF. *Quand la santé devient publique*. Paris, Hachette, 1998.
- [3] Loi de programmation en santé publique. Contribution du HCSP, ADSP, 2002, 41.
- [4] *Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique : définition d'objectifs*. Rapport du GTNDO, Lucien Abenheim (président), Catherine Le Galès (rapporteur). Paris, La Documentation française, 2003.
- [5] *La prévention sanitaire*. Rapport Cour des Comptes, octobre 2011.
- [6] *Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004*. HCSP, Rapport avril 2010.

La stratégie nationale de santé aujourd'hui

Le développement d'une approche plus stratégique des problèmes de santé de la population s'est fait progressivement. En leur temps, les travaux du Haut Comité de la santé publique ont été déterminants. À partir de 2004, sur le versant de l'organisation des soins et du financement, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a permis d'éclairer la conduite des politiques, en exploitant les travaux des services statistiques ou des chercheurs et en organisant le débat des parties prenantes sur ces bases. Sur le plan des politiques de santé publique, la loi de 2004 a été un jalon essentiel, complétée sur certains points par la loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2009. Les évaluations conduites par le HCSP, la Cour des comptes, l'Inspection générale des affaires sociales, mais aussi les expériences étrangères ont peu à peu fait ressortir ce qui marche... et ce qui ne marche pas, les bonnes façons d'agir et les mauvais pas, les stratégies efficaces et celles qui échouent.

En 2011, le ministère de la Santé avait eu l'opportunité de consigner un certain nombre d'enseignements de ces travaux et de sa propre expérience [1].

La préparation de la Stratégie nationale de santé a reposé sur le travail d'un Comité des « sages », présidé par Alain Cordier, mis en place en mars 2013 à la demande du Premier ministre. Le Comité a élaboré un rapport comportant 19 propositions afin de constituer un « *projet global pour la stratégie nationale de santé* » [2], sans détacher la santé publique de l'organisation des soins.

Le gouvernement a ensuite dévoilé la « feuille de route » de cette Stratégie nationale de santé, dont des dispositions figureront dans les lois de financement de la sécurité sociale et dans la loi de santé débattue au Parlement en 2015.

LES 19 PROPOSITIONS DU COMITÉ DES SAGES

1. Promouvoir la santé de chacun et de tous
2. Impliquer et accompagner la personne malade, soutenir l'entourage
3. Créer une instance représentative des associations des usagers du système de santé
4. Favoriser la constitution d'équipes de soins de santé primaires
5. Garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin traitant
6. Renforcer les outils d'appui à l'intégration des acteurs territoriaux
7. Créer un service public de l'information pour la santé
8. Se donner les outils de la coordination et de la continuité ville-hôpital
9. Optimiser la place de l'hôpital dans le territoire de santé
10. Aider à la transmission d'informations entre professionnels de santé
11. Développer la télémedecine à bon escient
12. Mieux garantir la pertinence des organisations et des actes
13. Réformer les modalités de rémunération et de tarification
14. Repenser la formation pour répondre aux nouveaux enjeux
15. Œuvrer au développement de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers de santé
16. Mieux cibler et mieux coordonner les programmes de recherche
17. Renforcer les capacités prospectives et stratégiques
18. Avec les ARS, faire le choix de la subsidiarité
19. Réorganiser le pilotage national

1 – Miser sur la prévention : agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé

De grandes priorités de santé publique seront définies, ainsi que des indicateurs de suivi. Concrètement, le HCSP tiendra un « tableau de bord » de l'état de santé de la population. L'éducation à la santé sera renforcée par le développement de programmes de formation des jeunes. L'évaluation et la gestion des risques sanitaires seront améliorées (réorganisation des agences sanitaires, mise en place d'un système régional de recueil des signaux d'alerte, notamment).

2 - Organiser les soins autour des patients et en garantissant l'égal accès : la révolution du « premier recours »

Pour rétablir l'égalité d'accès aux soins : d'ici 2017, le tiers payant sera généralisé, de sorte qu'il ne sera plus nécessaire d'avancer le prix de la consultation chez le médecin, comme c'est déjà le cas en pharmacie aujourd'hui. Une première étape, en direction des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé, sera mise en œuvre dès la fin de l'année prochaine. La part des dépenses de santé prise en charge par l'Assurance maladie sera stabilisée, après la diminution observée depuis 2004. Complémentaires santé : dès la prochaine loi de financement de la sécurité sociale, les critères des contrats solidaires et responsables seront renforcés. L'objectif de généraliser l'accès à une complémentaire santé d'ici 2017 est réaffirmé.

Pour organiser les soins autour des patients : le médecin traitant sera le pivot du premier recours. Des équipes de professionnels de santé seront constituées dans les territoires, avec de nouveaux modes de rémunération, sur objectifs de santé publique. Le service public hospitalier sera refondé. Le dossier médical personnalisé sera relancé pour faciliter l'échange entre professionnels de santé, dans le cadre de parcours de soins pour les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes handicapées, en lien étroit avec les professionnels eux-mêmes.

3 - Un tournant majeur dans le renforcement de l'information et des droits des patients

La possibilité d'actions de groupe (*class action*) en santé sera ouverte dès l'année prochaine. Un répertoire de l'offre de soins par territoire sera mis en place, pour permettre aux Français de mieux se repérer dans l'offre de soins.

Un service public d'information en santé sera constitué, en commençant par le médicament. Un site www.medicaments.gouv.fr sera accessible dès la semaine prochaine, offrant un accès à la toute nouvelle base de données publique de médicaments.

Un dispositif d'accès et d'utilisation des bases de données médico-administratives, adapté aux besoins de santé publique et de sécurité sanitaire, dans des conditions fiables et sécurisées, sera mis en place.

Sur le volet formation-recherche, en lien avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche

Les formations seront renforcées en qualité et surtout décloisonnées afin de s'adapter

Stratégie nationale de santé : vers la refondation du système de santé français (suite)

(extrait du communiqué de presse du ministère de la Santé du 23 septembre 2013)

aux évolutions des pratiques et des modes d'exercice, et répondre aux problèmes de la démographie médicale. Différentes modalités d'accès aux études médicales et paramédicales seront mises en place à la rentrée 2014 comme le prévoit la loi sur l'enseignement supérieur et la recherche du 22 juillet 2013.

Une réflexion sur la modernisation et l'évolution de l'examen classant national (ECN) débutera avant la fin de l'année afin d'assurer une meilleure adéquation de la formation aux besoins des territoires.

L'excellence de notre recherche biomédicale sera préservée. Le continuum allant de la recherche la plus fondamentale à la recherche clinique jusqu'au soin sera renforcé.

Références

- [1] *Éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2015*. Ministère de la Santé, avril 2011.
- [2] *Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des « sages »*. Alain Cordier (président), juin 2013.

L'adaptation au vieillissement

Les politiques face à la perte d'autonomie

Les conséquences du vieillissement de la population sont régulièrement analysées, décortiquées dans quantité de rapports et travaux statistiques [1]. Les prochaines années verront l'arrivée des cohortes importantes de baby boomers à la séniorité. D'ici 2035, la part des plus de 60 ans dans la population gagnera 10 points ; les effectifs de plus de 75 ans doubleront d'ici 2060. À partir de 2025, le ressaut lié aux effets du baby boom ne concernera plus seulement, comme aujourd'hui, le système de retraite, l'assurance maladie ou l'adaptation de la cité à une population vieillissante. 2025 marquera l'arrivée à l'âge de la dépendance de la génération du baby boom.

La montée en charge des maladies chroniques (pour partie liée au vieillissement) suppose un effort de coordination des acteurs et des structures, une réflexion sur les modes de coopération et les pratiques de tarification.

Le souhait des personnes âgées de vivre à domicile impose lui aussi une montée en gamme des prestations, une meilleure coordination des interventions, un financement adapté ; cela vaut pour la prévention des incapacités comme pour la prise en charge de la perte d'autonomie effective.

L'« adaptation de la société au vieillissement », pour reprendre l'intitulé de la loi récente (qui met l'accent sur le volet prévention de la perte d'autonomie et la prise en charge à domicile), suppose de diversifier les solutions d'hébergement pour les seniors valides : adaptation du logement (quand cette solution apparaît efficiente), habitat regroupé dans les nouveaux aménagements urbains, développement de toute une gamme de logements intermédiaires. Il s'agit notamment de pallier l'isolement, facteur clé de l'entrée en institution médicalisée, même parfois lorsque le niveau de dépendance est faible.

À côté du soutien à domicile, les établissements d'hébergement pour personnes âgées s'orientent de plus en plus vers l'accueil des personnes les plus dépendantes [2]. Aussi, dans un contexte de stabilisation du nombre de places en établissements

L'ORGANISATION DU SOUTIEN À DOMICILE

Un soutien à domicile de qualité, c'est aussi un certain nombre de services apportés au domicile des personnes. L'aide à domicile repose sur une variété de dispositifs d'aide, de soins et de coordination avec un objet triple : assister les personnes en leur apportant une aide professionnelle dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne, délivrer des soins et soutenir les aidants informels. Pour l'essentiel, l'aide à la vie quotidienne au domicile est solvabilisée à travers trois dispositifs : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), les réductions d'impôts liées à l'emploi de salariés à domicile et l'action sociale facultative des caisses de retraite et des conseils généraux (désormais marginale). Les soins à domicile sont quant à eux assurés par différents types d'organisation : les infirmiers libéraux et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), les services d'hospitalisation à domicile (HAD). La vie à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie repose enfin sur l'aide apportée par les proches. Aussi, le soutien aux aidants est-il un levier important du maintien à domicile. Les structures d'accompagnement et de répit y contribuent. Parmi celles-ci, les accueils de jour ont été fortement développés (de 9,5 à 19 places pour 10 000 personnes âgées en France entre 2007 et 2012)

(121,5 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2012), le taux d'équipement en lits médicalisés progresse : 99 places pour 1 000 personnes âgées [3].

Ce simple recensement révèle le besoin de coordination. De fait, les dispositifs de liaison sont nombreux, les terminologies variées : « Clic », « unités territoriales d'actions gérontologiques », « pôles gérontologiques », « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer – MAIA », etc. Les logiques territoriales sont en outre diverses : un site unique par département sur certains territoires, de multiples antennes ailleurs.

Les dispositifs de compensation du handicap

Chaque politique a ses moments, ses textes fondateurs. Dans le cas de la politique du handicap, la loi du 11 février 2005 réforme la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975.

LOI DU 11 FÉVRIER 2005 POUR L'ÉGALITÉ DES DROITS ET DES CHANCES, LA PARTICIPATION ET LA CITOYENNETÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES

Cinq objectifs sont mis en avant :

- la création d'un droit à compensation qui permet la prise en charge par la collectivité des dépenses liées au handicap (aide humaine et technique) ;
- l'intégration scolaire, en posant le principe de la scolarisation dans l'établissement le plus proche pour les enfants handicapés et la mise en place des aménagements nécessaires pour permettre aux étudiants handicapés une scolarité continue, ainsi que le droit à une évaluation régulière de leurs compétences et de leurs besoins ;
- l'insertion professionnelle : la loi prévoit un système d'incitations et de sanctions alourdies pour faire respecter l'obligation légale de l'emploi d'un quota de 6% de personnes handicapées dans le secteur public et dans les entreprises privées de plus de vingt personnes ;
- le renforcement de l'accessibilité, qui concerne l'accès des personnes handicapées aux espaces publics, aux systèmes de transport et au cadre bâti neuf ;
- la simplification administrative, avec la création de maisons départementales des personnes handicapées.

Comme pour le secteur des personnes âgées, l'offre est duale : des dispositifs de soutien à domicile solvabilisés par la prestation de compensation du handicap – PCH – depuis 2006 et un accueil en établissement.

Pour les adultes handicapés, l'offre en établissement est très hétérogène d'un département à l'autre (les taux d'équipement varient de 1 à 41 places pour 1 000 adultes) et selon les types de structure [4]. Le nombre de places a augmenté en moyenne de près de 5 % par an en maison d'accueil spécialisée et de près de 11 % dans les foyers d'accueil médicalisé, structures les plus médicalisées [4].

Entre 2006 et 2010, pour les personnes vivant à domicile, les places en accueil temporaire ont augmenté de 30 % et celles proposées par les services d'accompagnement à domicile de 13,8 %.

Les taux d'équipement globaux pour les enfants handicapés progressent également, qu'il s'agisse de la prise en charge à domicile (de 2,4 à 2,8 places pour 1 000 enfants ou adolescents) ou en établissements (de 6,6 à 6,9 places pour 1 000) [5]. Les disparités territoriales sont cependant importantes, une partie des enfants ne pouvant être accueillis dans le département où ils habitaient [6].

Selon la nature et la gravité du handicap, la scolarisation des enfants handicapés peut être suivie en classe ordinaire ou en établissement médico-social ou sanitaire, avec affectation d'enseignants. Depuis 2005 [7], la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés a augmenté (133 800 en 2004 à 210 400 en 2011) [8]. On observe des disparités en fonction des académies, notamment pour les temps de scolarisation (du temps complet à quelques heures par semaine) [9].

Pour les personnes en situation de handicap, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont des guichets uniques d'accès aux droits, aux prestations et aux aides. Observée à l'échelle nationale, l'organisation présente de fortes différences quant aux logiques d'implantation des MDPH (un lieu unique ou plusieurs antennes selon les départements) et quant à leurs pratiques.

Références

- [1] Pour ce qui est des rapports : *Cour des comptes, Les personnes âgées dépendantes, rapport au président de la République*, 2005 ; Centre d'analyse stratégique (sous la direction de Stéphane Le Bouler), *Personnes âgées dépendantes, bâtir le scénario du libre choix*, juin 2006, La Documentation française, automne 2006 ; Hélène Gisserot, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 ; prévisions et marges de choix*, mars 2007 ; Alain Vasselle, *Construire le cinquième risque : le rapport d'étape* ; Les rapports du Sénat n° 447, 2008 ; ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, *Synthèse du débat national sur la dépendance, juin 2011* ; Luc Broussy, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France Année Zéro !*, Paris, La Documentation française, janvier 2013. Voir les analyses très éclairantes de Mireille Elbaum, « *Les réformes en matière de handicap et de dépendance : peut-on parler de cinquième risque ?* », Droit social, novembre 2008 ; et de Denis Piveteau, « *Le cinquième risque de protection sociale, continuité ou rupture ?* », Sève, été 2005. Sur le débat sémantique (dépendance/autonomie) et les significations associées, voir Bernard Ennuyer, « *La dépendance en France, état des lieux et prospective : vers un nouveau contrat social ?* », La Documentation Française, Regards sur l'actualité, 363, août-septembre 2010.
- [2] **Volant S.** 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, *Études et Résultats*, n°899, Drees, Décembre.
- [3] Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées et taux d'équipement en lits médicalisés pour 1 000 personnes de 75 ans et plus au 1^{er} janvier 2010 et au 1^{er} janvier 2012. Insee.
- [4] **Mordier B.** L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010. *Études et Résultats*, 2013, 833, Drees, février 2013.

-
- [5] Taux d'équipement global en places d'établissements d'hébergement et taux d'équipement en places en service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad) pour 1000 personnes de moins de 20 ans au 1^{er} janvier 2010 et au 1^{er} janvier 2012 : Insee.
http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/default.asp?page=dossiers_web/action-sociale-departementale/action-sociale-departementale.htm#pers-handi
- [6] **Bouquet-Ysos C., Peintre C., Barreyre J.Y.** Disparités des équipements pour enfants handicapés et « flux migratoires » en France métropolitaine. In : *L'enquête auprès des structures pour enfants et adolescents handicapés*. Résultats de l'édition 2006, Dossiers santé et solidarité 20, Drees, 2011.
- [7] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- [8] *La scolarisation des jeunes handicapés*. Ministère de l'Éducation nationale, note d'information n° 12-10, mai 2012.
- [9] **Campion CL, Debré I.** *Rapport d'information n° 635 fait au nom de la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, Sénat, 2012.

La territorialisation des politiques de santé

La conviction des pouvoirs publics quant à l'opportunité de concevoir et de mettre en œuvre la politique de santé sur la base d'un territoire n'est pas nouvelle. De la mise en place de la carte sanitaire à la création des ARS, la thématique de la territorialisation a été au cœur de plusieurs réformes.

La logique territoriale s'est développée progressivement depuis les années 1970 dès lors qu'elle est apparue comme étant susceptible d'accroître l'efficacité de l'action publique. Les enjeux de cette territorialisation se sont imposés au fil du temps : remédier aux inégalités territoriales de santé, améliorer l'accès aux services de santé et répondre aux défis du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques.

Une déconcentration progressive des politiques de santé a été entreprise et l'échelon régional a été considéré comme pertinent pour l'analyse des besoins de santé, le pilotage des politiques et l'organisation de l'action sanitaire. Inscrit dans le cadre de la révision générale des politiques publiques et de la réorganisation de l'administration territoriale de l'État, la création des ARS par la loi du 21 juillet 2009 a répondu à la volonté d'instaurer un pilotage unifié au niveau régional.

La construction institutionnelle

Des prémices aux ARS

Dans le secteur hospitalier, la notion de territoire entendu comme l'espace d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de santé émerge, dès 1970, avec la création de la carte sanitaire. Dans une dynamique de territorialisation de la politique hospitalière, elle a eu pour objet de diviser la France en secteurs sanitaires afin d'homogénéiser et de réguler l'offre existante.

Sur le plan institutionnel, dès 1992, les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) puis, en 1996, les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont pris la responsabilité de la planification hospitalière et ont défini des secteurs sanitaires. Conçus dans le but de compléter l'outil de planification élaboré à l'échelon national, les Schémas régionaux de l'organisation sanitaire (Sros) sont créés par la loi

du 31 juillet 1991. Est ainsi associé à un outil exclusivement quantitatif un instrument de planification qualitatif. Définis régionalement et à vocation essentiellement hospitalière, les Sros organisent l'offre de soins hospitaliers à partir de l'observation des besoins locaux et de l'analyse de l'offre disponible [1]. Par l'ordonnance du 4 septembre 2003, la carte sanitaire est supprimée et le Sros devient l'unique outil de planification. Le territoire de santé, envisagé comme élément structurant de l'offre, se substitue aux secteurs et zones sanitaires. Cette substitution laisse entrevoir une évolution dans la manière d'appréhender l'espace géographique au sein du nouveau dispositif de planification sanitaire [1].

La création des Sros s'est accompagnée de la mise en marche du mouvement de déconcentration du système de santé. La région s'est affirmée comme l'échelon de référence en matière d'organisation de l'offre de soins [4]. Pour les autres secteurs de la santé (prévention, veille et sécurité sanitaire, soins ambulatoires et médico-social), les compétences ont été réparties entre les niveaux national et territorial, particulièrement entre les services déconcentrés de l'État, les collectivités locales (en particulier les conseils généraux, qui ont vu leurs compétences croître dans le champ médico-social à chaque avancée de la décentralisation jusqu'en 2005 [2 - 3]), les services de l'Assurance maladie et des organismes mixtes.

Les Agences régionales de santé

En créant les ARS, la loi du 21 juillet 2009 entend poursuivre la régionalisation du système de santé français et mettre fin au cloisonnement des secteurs et des acteurs au profit d'une approche transversale de la santé. Elle confie à cette autorité régionale le pilotage territorial de la santé publique et la régulation de l'offre de santé.

Les ARS se substituent aux organismes publics, anciennement compétents en matière de santé²⁶. Leur champ d'intervention couvre la prévention et la santé publique, la veille sanitaire, les soins ambulatoires et hospitaliers, ainsi que la prise en charge et l'accompagnement médico-social. Cela leur permet de porter un regard unifié sur la santé et d'appréhender le parcours de l'individu dans sa globalité. Elles disposent ainsi de l'ensemble des pouvoirs sanitaires régionaux de l'État, qu'il s'agisse d'organiser, d'autoriser, de réguler ou de contrôler les acteurs.

Les ARS doivent élaborer un Projet régional de santé (PRS) transversal, qui intègre l'ensemble de leur champ d'intervention tout en s'inscrivant dans les orientations de la politique nationale de santé. Cette dernière s'exprime à travers de multiples outils (plans nationaux, contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens des ARS, de l'Assurance maladie...).

Les PRS se substituent donc aux Sros pour organiser la planification et la programmation des actions dans les différents champs de compétence des ARS. Ils comportent trois volets : le plan stratégique régional de santé qui définit les objectifs et les orientations de santé de la région, trois schémas régionaux sectoriels

26. A savoir les ARH, les groupements régionaux de santé publique (GRSP), les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), les missions régionales de santé (MRS). L'ARS regroupe également une partie des Ddass et des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), des caisses régionales d'assurance maladie (Cram), des caisses du Régime social des indépendants (RSI) et de la Mutualité sociale agricole (MSA) et, enfin, des directions régionales du service médical (DRSM)

(schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins et schéma régional d'organisation médico-sociale) et des programmes. Cette feuille de route, élaborée pour une durée de cinq ans, s'attache à prendre en compte les besoins locaux et les spécificités de l'offre de santé [4].

Le PRS intègre également le programme pluriannuel régional de gestion du risque, qui comprend des actions nationales définies par le contrat Etat-Uncam, ainsi que des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales. Ces dispositions nécessitent donc coopération et coordination entre l'ARS et les caisses d'assurance maladie, parfois compliquées dans le contexte institutionnel actuel [5].

Territoires de santé

Quand il s'agissait d'éloigner — dans les asiles —, ou d'exclure momentanément — dans les lazarets puis dans les sanatoriums — la localisation des lieux de « soins » n'avait pas vocation à correspondre aux lieux de vie, bien au contraire²⁷.

À mesure que la dimension territoriale s'est affirmée, la géographie de la santé a cherché à appréhender les territoires de santé, en travaillant la notion d'échelon ou de niveau. Certaines typologies ont pu faire une large place à la hiérarchie des structures de soins, à des fins de rationalisation, en distinguant la proximité immédiate (officines et prestations à domicile), l'échelon courant (maison de santé, Ehpad), le niveau sectoriel (plateau technique, lieu d'accouchement et blocs opératoires où 85 % des soins peuvent être pris en charge), le niveau régional (CHU, recours pour des soins de haute densité, situations de handicap nécessitant une prise en charge spécialisée), le niveau interrégional, national voire international (recherche, prise en charge des grands brûlés, transplantations). [6]

Depuis 2010, les ARS prennent en compte des « territoires de santé » conformément à la définition qui en est donnée dans le code de la santé publique à savoir des « *territoires pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social, ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours* ». Les questions de parcours et, à travers elles, de coopération et de coordination deviennent prégnantes.

Le nombre de territoires a évolué de 159 pour les Sros III à 108 pour les PRS, faisant passer le nombre d'habitants moyen par territoire de 374 000 à 605 000. Il s'agit bien de faire évoluer cette organisation d'une logique de planification et de régulation à une logique de construction de projet territorial. Ou du moins de faire sa place à chacune de ces dimensions territoriales. Les périmètres départementaux restent en effet déterminants et les périmètres intercommunaux ont aussi leur rôle, là où l'intercommunalité est puissante dans l'organisation.

27. Ils n'étaient pas pour autant dispersés aléatoirement.

LA LOI HPST ET SA GENÈSE

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires publiée au Journal officiel du 22 juillet 2009 est organisée autour de quatre titres : la modernisation des établissements de santé, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique et l'organisation territoriale du système de santé.

Elle a été élaborée à l'issue d'un long processus d'expertise, de concertation et de débat. On citera notamment la commission Larcher [1], les États généraux de l'organisation des soins (Egos) et les rapports Ritter [2], Bur [3] (aux tonalités et conclusions sensiblement différentes) et Flajolet [4]. Plus loin dans le temps, on peut aussi citer le rapport Santé 2010 [5] qui a posé les premiers jalons. On évoquera enfin un autre travail, résolument prospectif, également conduit au Commissariat général du plan [6].

[1] **Gérard Larcher.** *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital.* La Documentation française, 2008.

[2] **Ritter R.** Mission de préfiguration de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. La Documentation française, 2008.

[3] **Bur Y.** *Les agences régionales de santé.* Rapport d'information, Assemblée nationale, février 2008.

[4] **Flajolet A.** *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire.* La Documentation française, 2008.

[5] *Santé 2010, Rapport du groupe Prospective du système de santé.* La Documentation française, 1993.

[6] **Chambaretaud S. et Péricard B.** *Pour une régionalisation du système de santé en 2025 - Offre, régulation et acteurs : essai de prospective,* Commissariat général du plan. La Documentation française, 2005.

L'implication des collectivités territoriales en matière de santé

Les compétences dévolues aux collectivités territoriales en matière de santé sont relativement limitées et concernent essentiellement la prévention (protection maternelle et infantile, prévention primaire), la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, ainsi que la formation aux métiers paramédicaux [7].

Leur investissement dépasse en fait largement ce cadre. En effet, leur rôle dans le domaine social (populations en situation de précarité, aide sociale à l'enfance) en fait des acteurs au plus près des populations les plus fragiles, aux états de santé les moins favorables. En outre, les politiques d'aménagement du territoire, d'urbanisme, d'environnement, de transport ou encore de petite enfance dont elles ont la charge sont susceptibles d'impacter la santé et constituent des leviers potentiels dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

Par ailleurs, les préoccupations suscitées par les restructurations hospitalières puis par la démographie médicale ont amené nombre d'élus, dans les zones de fragilité, à prendre en compte la dimension sanitaire voire à prendre l'initiative pour renforcer la dotation de leur territoire en la matière.

Par le biais de la politique de la ville, les collectivités locales contribuent enfin largement à la mise en œuvre de la politique de santé de proximité.

Elles peuvent ainsi apporter une contribution majeure à l'adaptation de la politique de santé aux réalités des territoires et à l'inscription des actions dans la proximité. La

COMPÉTENCES
DES
COLLECTIVITÉS
DANS LE CHAMP
DE L'ACTION
SOCIALE
ET MÉDICO-
SOCIALE

loi HPST du 21 juillet 2009 prévoit leur consultation sur le programme régional de santé et la définition des territoires de santé mais aussi dans le cadre des exercices de programmation en matière de prévention et dans le champ médico-social. Les ARS et les collectivités ont aussi vocation à développer leur partenariat à la faveur des contrats locaux de santé [8].

Les collectivités territoriales ont vu, au fil des lois de décentralisation, leurs compétences s'élargir dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, elles n'ont toutefois, juridiquement, qu'une marge de manœuvre réduite pour définir une politique sociale [9].

La région dispose de compétences qui participent à la définition et à la mise en œuvre de la politique stratégique des territoires dans différents domaines du social et du médico-social. Depuis la loi de décentralisation du 13 août 2004, elle est l'échelon de droit commun pour la formation professionnelle des jeunes (notamment pour la formation aux professions paramédicales et sociales) et des adultes à la recherche d'un emploi. Dans le champ médico-social, elle participe aux différentes commissions exécutives des ARS et contribue au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Elle peut également attribuer des aides pour l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soins.

Le département exerce des compétences très larges en matière sociale et médico-sociale, structurées autour de cinq missions ciblées sur des populations particulières :

- le versement du revenu de solidarité active (RSA) aux personnes sans activité, et l'organisation de leur insertion. Cela représente, en 2012, 7,8 milliards d'euros nets pour les dépenses liées au RSA « socle » et « socle majoré », au RMI, aux contrats uniques d'insertion ainsi qu'aux contrats d'avenir ;
- l'aide sociale à l'enfance (ASE) (6,9 milliards d'euros nets en 2012) ;
- l'aide sociale aux personnes âgées (6,9 milliards d'euros nets en 2012) ;
- l'aide sociale aux personnes handicapées (6,1 milliards d'euros nets en 2012) ;
- la protection maternelle et infantile (PMI).

L'ensemble de ces compétences représente un montant de 30,8 milliards d'euros en 2012 [12].

La commune ou le groupement de communes agissent à travers le centre communal (ou intercommunal) d'action sociale afin d'attribuer l'aide sociale facultative en faveur des personnes âgées, des personnes en difficulté et des enfants et adolescents. La commune peut également créer des centres de santé et dispensaires municipaux qui pratiquent des actions de santé primaire et de prévention. Elle peut aussi exercer des compétences sociales attribuées au département suite à la signature d'une convention de délégation de compétence. De ce fait, la commune peut créer et gérer un établissement ou service public facultatif à caractère social ou médico-social. Elle peut également attribuer des aides pour l'installation et le maintien de professionnels de santé sur son territoire.

Les moyens de la régulation

À la différence du secteur social et médico-social, le champ de la santé et des soins, dans son acception large, a été peu concerné par la décentralisation des années 1980 [10] et reste inspiré par un pacte républicain plus ancien, celui de la Sécurité sociale.

En 1996, le périmètre régional est consacré comme pertinent pour réguler et organiser l'offre de soins ; les ajouts successifs jusqu'à la création des ARS par la loi du

21 juillet 2009 viendront conforter cet acquis. Par comparaison avec les ARH, créées treize ans plus tôt, le périmètre d'intervention des ARS est étendu à tous les secteurs de la santé. Ce cadre apparemment large et bien intégré présente cependant des ambiguïtés entravant l'efficacité globale du système :

- l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), malgré la création des ARS, conservent l'essentiel de leurs prérogatives respectivement sur les établissements hospitaliers et l'offre de soins de ville par le biais de la convention nationale ; dans le cadre de la préparation de la loi de santé 2015, la réflexion a notamment porté sur une tarification susceptible de rendre compte du parcours de santé et des nécessités de la coordination des soignants [11] ;
- la place des collectivités locales dans le système de régulation des soins n'est pas stabilisée. La collectivité régionale, un temps associée sur la base du volontariat aux politiques menées par les ARH en matière hospitalière, du fait de sa capacité d'investissement, a peu de rôle au sein des ARS, alors même qu'elle a une compétence générique en matière de développement et d'aménagement du territoire. Les départements sont co-gestionnaires des politiques médico-sociales mais leur rôle a évolué de façon contradictoire ces dernières années. Erigés en chef de file de l'action sociale et médico-sociale en 2004 et responsables de la coordination gérontologique, les conseils généraux ont vu leurs prérogatives évoluer de fait avec l'intervention des ARS et les difficultés de financement des prestations sociales ; la réforme territoriale annoncée poursuivra cette évolution ;
- l'État lui-même, vis-à-vis des ARS mais aussi dans sa relation avec les établissements de santé et médico-sociaux (et singulièrement avec l'hôpital public) oscille constamment entre un rôle d'État stratège et d'État gestionnaire, qu'il s'agisse de la restructuration de l'offre de soins, de la gouvernance hospitalière ou de la situation financière des établissements. La notion d'agence mérite d'être revisitée en ce domaine comme en d'autres [12] ;
- le concept de démocratie sanitaire peine à s'imposer : entre la démocratie politique, incarnée par des élus d'un territoire, et les prérogatives exercées par les nombreux acteurs du champ de la santé, du handicap et de la dépendance, les enjeux sanitaires sont également portés par des associations de malades, d'anciens malades ou des familles de ceux-ci, dont la légitimité s'est affirmée depuis un certain nombre d'années. Les usagers doivent ainsi pouvoir jouer tout leur rôle aujourd'hui, aux côtés des autres parties prenantes, dans les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie.

« Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel »

La loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires » (dite loi HPST) a entendu inscrire la politique de santé dans la double perspective d'un parcours assurant un continuum de prise en charge depuis la prévention jusqu'aux structures médico-sociales et d'une territorialisation de l'organisation des soins, avec pour objectif d'améliorer l'égalité des chances et la qualité des prises en charge.

À cette fin, les ARS créées par cette même loi²⁸ se sont vu confier, parmi leurs premières missions, celle de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique dont la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique précise qu'elle a notamment pour objectif « la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ».

Le cadre de régulation de la politique régionale de santé a été modifié en conséquence. Le PRS unifie dorénavant l'ensemble des démarches des différents acteurs — État et assurance maladie au premier chef — dans les domaines de la prévention, des soins hospitaliers et ambulatoires et de l'action médico-sociale.

À l'issue de la phase d'élaboration de ces derniers et au début de leur mise en œuvre, la Cour a cherché à analyser comment cet exercice de programmation avait entendu répondre à ses objectifs : réduire les inégalités en santé, assurer une meilleure coordination des parcours de soins et permettre une plus grande efficacité des politiques de santé publique²⁹.

Pour la Cour, qui s'est appuyée sur les exemples de la prévention et de la prise en charge de l'obésité et des accidents vasculaires, cette démarche n'est pas parvenue, malgré un travail et une mobilisation considérables, à rendre opérationnelle une approche intégrée au niveau régional. Elle constate également que les capacités d'action des ARS sont entravées par de nombreuses difficultés, qu'il s'agisse de l'absence de priorités nationales claires, du manque de leviers financiers à la disposition directe des ARS ou du défaut d'affirmation de leur rôle de pilote face à d'autres acteurs au niveau local. Enfin, elle souligne que l'élaboration de nouveaux projets régionaux de santé en 2016 devra être menée selon une méthode repensée, en refondant l'observation régionale en santé, en simplifiant et recentrant les PRS et en intégrant pleinement l'assurance maladie dans la mise en œuvre régionale des politiques de santé publique

28. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre VIII : la mise en place des agences régionales de santé, La Documentation française, septembre 2012, p. 231-260, disponible sur www.ccomptes.fr.

29. L'organisation de la veille sanitaire et la gestion des crises sanitaires qui entrent dans le champ de la santé publique ne sont pas examinées ici. La mission confiée aux ARS par l'article L. 1431-2 du code de la santé publique relative à la régulation et l'organisation de l'offre de soins fera par ailleurs l'objet d'une enquête ultérieure.

**ARS
ET RÉGULATION :
LE QUESTION-
NEMENT POSÉ
EN 2008
PAR YVES BUR**

(introduction
de son rapport) [13]

La plupart des acteurs du système de santé partagent le même constat : du fait de son organisation « en tuyaux d'orgue », marquée par des cloisonnements entre des secteurs pourtant interdépendants — la prévention, la médecine de ville, l'hôpital, le secteur médico-social —, notre système de santé présente un manque d'efficacité préoccupant pour l'état de santé des Français. En effet, il ne permet plus d'offrir aux patients la meilleure prise en charge au meilleur coût, car son organisation est éclatée et les responsabilités mal réparties entre l'État et l'assurance maladie.

C'est pourquoi le Gouvernement envisage d'unifier le pilotage régional du système de santé autour d'ARS : un pilotage décloisonné du système de santé doit permettre des gains d'efficacité. [...] Le présent rapport constitue [...] une contribution [...] aux réflexions en cours sur l'organisation, les missions, le statut et les outils opérationnels des ARS ainsi que sur leur articulation avec les autres acteurs du système de santé. Il ressort notamment des travaux de la mission que l'unification du pilotage régional du système de santé, pour justifiée qu'elle soit, ne permettra pas de gains d'efficacité sans un pilotage national du système de santé moins éclaté qu'aujourd'hui.

Il doit en effet y avoir une profonde cohérence entre l'organisation des ARS et la répartition générale des compétences entre l'État et l'assurance maladie, notamment en matière de régulation des dépenses de santé. Dès lors, le présent rapport décrit les deux principaux scénarios de réforme envisageables :

- soit les ARS cumulent les fonctions de planification de l'offre de soins et de régulation des dépenses de santé, intégrant les services compétents de l'assurance maladie : cela simplifierait radicalement le pilotage du système, au risque que les ARS soient accaparées par leur activité de planification au détriment de la recherche des gains d'efficacité ;*
- soit les ARS se concentrent sur les fonctions d'organisation de la prévention et de l'offre de soins, en dialogue avec un organe régional de l'assurance maladie aux missions recentrées sur la régulation des dépenses.*

Références

- [1] Coldefy M., Lucas-Gabrielli V. Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 2012, 175. <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf>
- [2] Lafore R. La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du « département providence ». *Revue française des affaires sociales*, 2004, 4, 17-34.
- [3] Les réformes en matière de handicap et de dépendance : peut-on parler de « cinquième risque » ? *Droit social*, 2008, 11.
- [4] Nabet N. *Le projet régional de santé et les outils de programmation de l'offre sanitaire et médico-sociale*. ADSP, 2011, 74.
- [5] *Évaluation de la gestion du risque maladie*. Igas, mai 2004.
- [6] Vigneron E. *Une conscience géographique de la santé* : www.scienceshumaines.com/une-conscience-geographique-de-la-sante
- [7] Bayad V. Une organisation territoriale de santé complexe. *ADSP*, 2013, 82.
- [8] Pénard P. (coord.). *Politiques sociales*. Presses de Sciences Po et Dalloz, 2011.
- [9] Les dépenses d'aide sociale départementale en 2012, *Études et résultats* n°870, Drees, février 2014.
- [10] de Pourville G. Les agences régionales de l'hospitalisation : du modèle à la réalité. *ADSP*, 2001, 37.
- [11] *Les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les professions libérales de santé*. Cour des comptes, juillet 2014.
- [12] *Les agences, une nouvelle gestion publique*. Conseil d'État, Étude annuelle, 2012.
- [13] Bur Y. *Les agences régionales de santé*. Assemblée nationale, rapport d'information, février 2008.

Enjeux pour de la territorialisation

La régionalisation des politiques de santé invite à considérer l'articulation entre le niveau national et l'échelon régional mais aussi concrètement la construction et la mise en œuvre des politiques de santé sur le territoire de la région, dans les différents domaines (prévention, soin, médico-social). Le développement de la télésanté interroge aussi la territorialité. Enfin, la territorialisation appelle la péréquation, c'est-à-dire l'égalisation des dotations des territoires, aux différents échelons, effort conceptuel et pratique trop souvent délaissé.

L'articulation des politiques entre les échelons territoriaux

Élaboré par chaque ARS, les PRS doivent s'inscrire dans les orientations de la politique nationale de santé. Ils sont donc tenus de prendre en compte, en particulier, les différents plans de santé publique mis en œuvre à l'échelon national.

À partir des travaux d'évaluation menés par le HCSP autour de cinq plans nationaux³⁰, plusieurs constats peuvent être posés :

- la dimension régionale apparaît peu lisible dans les plans nationaux de santé publique, d'une part parce que toutes les mesures et actions nationales n'ont pas vocation à être mises en œuvre en région, d'autre part parce que, pour celles qui ont cette vocation, les plans ne font le plus souvent aucune préconisation particulière, qu'il s'agisse de leur mise en œuvre, de leur suivi ou de leur évaluation. Par ailleurs, les acteurs régionaux sont peu ou pas associés à la construction et au pilotage des plans. Enfin, les systèmes d'information se révèlent insuffisants pour le suivi et l'évaluation territorialisés ;
- la déclinaison effective des plans en régions est difficile à appréhender dans la mesure où l'identification du pilotage régional n'est pas toujours aisée. L'appropriation du contenu des plans et la mobilisation des acteurs paraissent hétérogènes et l'appréciation de la mise en œuvre des mesures se révèle souvent impossible compte tenu de leur caractère diffus au sein du projet régional de santé. Le deuxième Plan national santé environnement 2008-2013 est intéressant de ce point de vue. Il prévoit d'emblée sa déclinaison en plans régionaux et l'identification des mesures/actions mises en œuvre localement y est plus aisée. Cela a permis de générer une dynamique régionale plus forte mais l'articulation national-régional reste cependant insuffisante, notamment en termes de systèmes d'information pour le suivi et l'évaluation [1].

Il convient de rester prudent quant aux enseignements tirés de cette analyse compte tenu de la période à laquelle ces plans ont été étudiés, c'est-à-dire au moment de la mise en place des ARS et de la production des projets régionaux. Par ailleurs, de nouvelles formes de plans sont apparues récemment : *Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015* (février 2012), *Plan sport santé bien-être* (circulaire décembre 2012). Ceux-ci

30. *Plan Cancer 2 (2009-2013), Rapport d'évaluation à mi-parcours* (février 2012) ; *Plan national de lutte contre les Hépatites B et C 2009-2012, Rapport d'évaluation* (avril 2013) ; *Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, Rapport d'évaluation* (avril 2013) ; *Plan national Santé environnement 2 (2008-2013), Rapport d'évaluation* (juillet 2013) ; *Plan d'actions national Accidents vasculaires cérébraux 2010-2014, Propositions pour l'évaluation de l'impact* (mars 2013)

renouvellent l'approche des plans et donc la question de l'articulation des niveaux national et régional.

Enfin, la question de l'articulation territoriale ne se pose pas seulement entre le national et le régional. A l'heure où les contrats locaux de santé se multiplient, la question de l'articulation entre les niveaux régional et local se pose également.

Aujourd'hui, la Stratégie nationale de santé, qui affirme des priorités et souligne l'ampleur des inégalités sociales et géographiques, relance donc de fait le questionnement sur l'articulation entre les échelons.

QUELQUES
PROPOSITIONS
FORMULÉES
PAR LE GROUPE
TRANSVERSAL
SANTÉ EN
RÉGIONS
DU HCSP LORS
DU SÉMINAIRE
DU 11
DÉCEMBRE
2013

- Pour améliorer la lisibilité de la prise en compte des plans en région, **donner aux ARS la possibilité de faire au sein des plans/programmes nationaux un choix de priorités explicite et distinguer parmi les objectifs/mesures/actions ceux qui sont obligatoires et ceux qui sont optionnels ;**
- **Associer activement les différentes instances locales aux priorités retenues de l'ARS** (conférence régionale de la santé et de l'autonomie, commissions de coordination des politiques publiques (médico-social et prévention), conférences de territoire) de façon à amplifier la mobilisation en région et à favoriser l'adaptation aux réalités locales des priorités retenues ;
- **Réaliser un effort majeur autour des systèmes d'information**, pour garantir la faisabilité du suivi et de l'évaluation, avec des indicateurs robustes et en nombre limité, des indicateurs partagés entre niveaux et entre institutions, pour garantir notamment les comparaisons et les possibilités d'agrégation, sans omettre la dimension qualitative, et **favoriser une observation locale de qualité permettant de faire les choix de priorités ;**
- **Pour chaque plan national, associer les acteurs régionaux à la préparation, au suivi et à l'évaluation ;** désigner un référent en région ; créer et maintenir une plate-forme ressources accessible à tous, qui rassemble textes, états des lieux, données probantes, référentiels d'intervention validés, outils de pilotage et de suivi, etc. et au fil du plan, permette de mutualiser les expériences ; animer une dynamique de réseau ;
- **La question de la temporalité paraît essentielle :** développer les programmations sur de plus longues périodes, avec des évaluations intermédiaires ; échelonner la mise en œuvre des plans/programmes nationaux dans le temps.

La politique de prévention sanitaire territorialisée

En matière de prévention, la disponibilité d'une offre de proximité représente un enjeu majeur. En effet, sont concentrés à ce niveau de nombreux leviers susceptibles d'agir sur les déterminants de la santé et les sources d'inégalités.

La loi HPST a sensiblement modifié l'offre territoriale de prévention, dont le développement est soutenu au sein du schéma régional de prévention, des programmes territoriaux de santé et des Contrats locaux de santé (CLS). L'ambition de structurer une offre de prévention à l'échelon local a été l'objet d'approches successives depuis trois décennies : d'abord centrées sur l'échelon départemental à l'issue des premières lois de décentralisation dans les années 1980, puis inscrites dans une dynamique régionale.

La formalisation de la politique régionale de prévention (identification des priorités, recensement des acteurs, développement des conventions) est déterminante en matière de programmation. Pour autant, la démarche reste hermétique à une large variété d'acteurs ; elle a encore une forte dimension incantatoire [2-3], notamment pour ce qui est des pôles régionaux de compétences, dont le développement a participé à l'amélioration de la qualité des programmes et actions d'éducation pour la santé mais pour lesquels des efforts doivent encore être réalisés afin de stabiliser les équipes et mener à bien la professionnalisation des acteurs [4].

A l'échelon local, par leur participation à la construction des dynamiques territoriales de santé, les CLS peuvent être le support d'initiatives en matière de prévention et de promotion de la santé. Néanmoins, l'observation de ces démarches laisse entrevoir une grande diversité, tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle territoriale, quant à leur élaboration et à leur contenu (du simple recensement de l'offre de prévention disponible à l'impulsion d'une politique) [14]. L'hétérogénéité des CLS apparaît liée aux contextes locaux, aux ressources disponibles en matière de santé publique et à la sensibilité des élus.

Le faible niveau de formalisation des politiques de prévention à l'échelon local contraste avec l'investissement significatif des collectivités au travers des espaces santé jeunes, des maisons des adolescents, des missions locales, de l'action périscolaire, des services d'aide à domicile pour les personnes âgées, de l'action sur l'habitat, etc. Les initiatives locales sont nombreuses notamment autour du réseau des villes santé OMS [5].

Les équipes de prévention médicalisées, notamment les services de protection maternelle et infantile et de santé scolaire, sont aussi des acteurs essentiels de l'offre de prévention locale qui mobilisent un niveau très élevé de professionnalisation. Pour autant, les difficultés de pilotage et de recrutement constituent un frein au développement de leur action sur le terrain. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) de 2006 pointait déjà le manque d'accompagnement de la PMI par les instances nationales et les fortes disparités entre départements [6]. En ce qui concerne la santé scolaire, des rapports récents mettent en évidence une définition trop large des missions, incompatible avec les ressources humaines disponibles, une gouvernance inadéquate à l'échelon national et régional, une collaboration trop limitée entre professionnels au sein des établissements et une articulation insuffisante avec la médecine de ville et la médecine hospitalière à l'échelon des territoires, ainsi que des difficultés dans le recrutement et la formation des professionnels [7, 11-12].

Si la prévention est considérée comme constitutive de l'activité des praticiens libéraux, leur action est plus ou moins facile selon les thématiques concernées. Le fait d'avoir été formé dans ce sens, de travailler en réseau et d'avoir une collaboration effective avec le domaine social sont positivement associés à leur engagement dans la prévention [8].

**Proximité,
qualité,
accessibilité
des soins :
quelle priorité ?**

La démographie des médecins en France a toujours provoqué de grandes peurs : « la pléthore » dans les années 1980 puis, sans transition, « la pénurie » en 2000. Si l'on ajoute à cela la menace du « désert médical », tous les ingrédients sont réunis pour raviver les peurs françaises : la désertification, l'effondrement d'un service public, le déclin !

En réalité, les médecins n'ont jamais été aussi nombreux en France. Selon les chiffres du ministère chargé de la santé, leur nombre total (libéraux et salariés) atteint près de 220 000 en 2014 alors qu'ils étaient 60 000 en 1970. Les effectifs ont été multipliés par plus de trois alors que la population n'a augmenté que de 20 %.

Selon une étude de l'Irdes, « 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes. De même, la plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants sont accessibles en moyenne à moins de 20 minutes par la route. Concernant les soins hospitaliers courants, 95 % de la population française peut y accéder en moins de 45 minutes, les trois quarts en moins de 25 minutes » [15].

Le code de la santé publique propose « *d'améliorer la qualité, l'accessibilité, l'efficience* » des soins. Or, que signifie le terme « accessibilité » ? Le recours à un professionnel de santé n'est pas la garantie de soins de qualité. Il faut distinguer l'accès potentiel (la disponibilité de services), l'accès effectif (le recours) et l'accès efficace (le recours aux soins appropriés). Il ne suffit pas en effet de résider à côté d'un CHU réputé pour suivre un parcours de soins adapté.

Le souci de la proximité, terme très utilisé en France pour beaucoup de services, est révélateur de la valeur symbolique que la société leur accorde. L'idée sous-jacente demeure que « *le plus proche est le mieux* », affirmation non prouvée pour les soins médicaux [16]. Dans une société où les distances relatives continuent à diminuer en raison des transports et des télécommunications, la proximité apparaît dans tous les domaines comme le rappel de la présence de « l'État providence ». La proximité vient atténuer la contradiction entre la liberté (de prescription, d'installation, de choix du malade) et l'équité voulue (mais avec des inégalités toujours constatées) [17].

**La télésanté :
une réponse
aux inégalités
territoriales
de santé ?**

Application des technologies de l'information et de la communication (TIC) au champ de la santé et des soins, la télésanté, ou production d'actes et de services de santé à distance, pourrait contribuer à répondre à certains défis de notre système de santé : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, pénurie localisée de médecins, contexte financier de plus en plus contraint [18]. La télésanté amène à renouveler l'approche territoriale. Elle revoit les distances, fait considérer de nouveaux besoins (en termes d'infrastructures et d'équipements). Elle n'est pas pour autant la panacée, d'autant que son développement apparaît lent en France, parfois à la marge du système de santé, avec relativement peu de lisibilité [19]. Une évaluation est donc plus que jamais requise en ce domaine.

L'EXEMPLE CANADIEN

Avec des populations éparpillées dans des régions éloignées, le Canada a une longue tradition d'utilisation des TIC. Le gouvernement fédéral a investi 108 millions de dollars dans des projets de télésanté, à frais partagés avec les provinces et les territoires. En Nouvelle-Écosse par exemple, la télésanté fait partie intégrante du projet « Better Care Sooner » axé sur l'amélioration des soins de santé primaires et sur les soins d'urgence. Pour les soins non urgents, des infirmières, des pharmaciens et des diététiciens sont accessibles par téléphone ou sur le Web et orientent les patients vers les acteurs appropriés.

Des études sur l'utilisation de la télésanté à domicile mettent en évidence une réduction des besoins de soins à domicile, une baisse des hospitalisations et des recours aux urgences et une amélioration des résultats de santé.

Rapport de progrès 2012 : Renouveau des soins de santé au Canada, Conseil canadien de la santé.

Avancées notables

La numérisation des systèmes d'information hospitaliers (Plan Hôpital 2012), des cabinets médicaux et des solutions d'imagerie progresse. Elle constitue un indispensable outil de gestion et un prérequis technique aux échanges d'informations. La diffusion des cartes Vitale et des cartes de professionnel de santé (CPS), nécessaires à la sécurisation des usages, se poursuit. Les téléservices proposés par l'Assurance maladie aux assurés (site ameli.fr) et aux professionnels de santé, avec la perspective de la prescription électronique, se développent [19]. Le dossier pharmaceutique (DP), ouvert et géré par l'Ordre des pharmaciens, permet désormais à ceux-ci de connaître les médicaments délivrés au patient au cours des derniers mois et de prévenir d'éventuels risques de contre-indication. Sa montée en charge a été très rapide, puisque au 1^{er} décembre 2014, pas moins de 35,3 millions de DP ont été créés ; 99 % des officines et 5,6 % des pharmacies à usage intérieur des établissements y sont reliées. Plus globalement, dans les régions qui hébergent un groupement de coopération sanitaire dédié à la mise en œuvre de la politique de télésanté, les projets foisonnent [18].

D'autres applications de la télésanté apparaissent dans le quotidien des usagers : les sites d'information sur la santé, de téléconseil médical, les forums de patients voire les dossiers médicaux en ligne, fleurissent sur Internet. La « m-santé » propose des milliers d'applications mobiles accessibles sur les smartphones ou les tablettes tactiles (conseils alimentaires ou de gestion du stress, capteurs de recueil de données de santé, etc.).

Outre un fort enjeu industriel pour les opérateurs concernés (éditeurs de logiciels, prestataires de services informatiques, fabricants de dispositifs médicaux, hébergeurs de données de santé à caractère personnel, etc.), cette pratique médicale à distance présente un potentiel de modernisation de l'organisation et d'amélioration de la qualité des soins. Ces dispositifs doivent permettre de faciliter les échanges entre les professionnels et la coordination des soins, de mieux connaître les caractéristiques médicales du patient et d'éviter des actes redondants ou dangereux et d'étendre l'accès à la santé tout en impliquant davantage ses « consommateurs » [18-19]

L'APPRECIATION
DE LA COUR DES
COMPTES SUR LA
TÉLÉSANTÉ [19]

La poursuite du développement de certains segments de la télésanté nécessite une feuille de route plus précise. Dans son rapport public 2013 [1], la Cour des comptes déplore « une gouvernance incertaine » des téléservices publics de santé avec pour conséquence « de nombreux retards ou faiblesses ». Elle critique notamment la complexité du pilotage assuré par l'Etat — trois maîtrises d'ouvrage stratégiques cohabitent³¹ — et un manque de concertation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) avec les autres régimes. Elle pointe aussi « l'absence de stratégie » dans le déploiement du dossier médical personnel (DMP).

Créé par la loi du 13 août 2004 pour favoriser la coordination et la qualité des soins, le DMP n'a été déployé qu'à partir de 2011. En février 2013, quelque 280 000 dossiers avaient été ouverts, pour moitié dans les régions pilotes (Alsace, Aquitaine, Picardie et Franche-Comté). La Cour dénonce « l'absence de suivi financier précis » et juge l'investissement public très lourd, environ 210 millions d'euros entre 2004 et fin 2011. Faut-il un volume suffisant de documents saisis dans les dossiers, il est à ce stade impossible d'évaluer l'efficacité du DMP, ni d'en effectuer une analyse médico-économique.

Débatu à l'Assemblée nationale début 2015, le projet de loi présenté par Marisol Touraine prévoit la relance du DMP : le « dossier médical personnel » change de nom et devient « dossier médical partagé » ; confié jusqu'ici à l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip), il serait désormais géré par l'Assurance maladie.

Télémédecine La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HSPT) du 21 juillet 2009 a reconnu la télémédecine comme une pratique médicale à distance mobilisant des TIC. Un décret d'octobre 2010 a défini les actes concernés : téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale (d'un médecin par un autre) et régulation médicale (par les médecins du centre 15).

Pour son déploiement, cinq chantiers prioritaires ont été identifiés par un comité de pilotage national : la permanence des soins en imagerie médicale, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, la santé des personnes détenues, la prise en charge d'une maladie chronique et les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile. Les ARS ont reçu 26 millions d'euros en 2011 pour leurs programmes régionaux de télémédecine [19], et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a choisi à partir de 2012 des projets pilotes [20]. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu l'expérimentation du financement d'actes de télémédecine en ville (maisons et centres de santé, cabinets libéraux...) et en structure médico-sociale (maisons de retraite...). Neuf régions ont été sélectionnées pour expérimenter des tarifs préfigurateurs et incitatifs : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays-de-la-Loire et Picardie.

La route est encore longue : sur les 331 activités de télémédecine recensées en France au 31 décembre 2012 par la DGOS (contre 256 un an plus tôt), la moitié sont opérationnelles et le volume des actes est souvent faible. Ce recensement montre que 70% des projets concernent une activité de téléconsultation ou de télé-

31. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) depuis le début des années 2000, la direction de la sécurité sociale (DSS) depuis 2010 et la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS) créée fin 2011.

expertise, et 30% des actes de télésurveillance ou de téléassistance médicale. Faute de tarification adaptée au monde libéral, les usages et les financements demeurent essentiellement hospitaliers. L'adhésion préalable des patients aux projets n'est pas toujours recherchée...

A la demande de la DGOS, la HAS a rendu public en juillet 2013 un rapport basé sur une revue de la littérature internationale portant sur l'évaluation médico-économique de la télémedecine. La faiblesse méthodologique et la forte hétérogénéité des travaux étudiés — quasi exclusivement étrangers — n'ont pas permis de proposer une classification des pratiques de télémedecine identifiées comme efficaces, ni de contribuer à orienter les choix de la politique de déploiement en France.

Un cadre méthodologique a tout de même été élaboré afin de favoriser le développement des évaluations médico-économiques de la télémedecine en France, plus que jamais nécessaires [21 - 22].

Proposition n°11 : développer la télémedecine à bon escient

Les potentialités de la télémedecine paraissent considérables. La télémedecine ne saurait cependant à elle seule se substituer à la nécessaire relation directe entre une personne et l'équipe soignante, même si elle permet de déployer des compétences dans une plus grande proximité au service des personnes malades.

En matière d'investissement, il importe de distinguer la pertinence et le besoin de télémedecine dans les situations et les zones géographiques où l'expertise médicale est incomplète, d'autres cas de figure où les potentialités sont réelles mais mal définies.

Décisions à prendre :

- identifier rapidement les situations dans lesquelles l'utilisation de la télémedecine a fait la preuve de son efficacité et les généraliser ;
- financer le développement de la télémedecine dans les territoires où l'offre professionnelle est incomplète pour permettre un meilleur accès à l'expertise voulue.

Conditionner ce financement à :

- l'existence d'organisations intégrées (coopération interprofessionnelle contractualisée incluant une organisation de prise en charge de premier recours de proximité regroupée et articulée à un réseau d'experts ou aux établissements de santé et médico-sociaux),
 - l'insertion dans un système d'information,
 - des contraintes de permanence des soins pour les acteurs concernés,
 - une évaluation de l'impact du dispositif retenu sur les parcours de soins et de santé concernés,
 - un appel d'offres auprès des opérateurs.
- et dans les autres cas de figure (hors pénurie d'offre), accompagner le développement de la télémedecine en se fondant sur un cadrage méthodologique national (ingénierie organisationnelle et évaluation) et en procédant par appels à projets régionaux.
 - se doter d'un pilotage administratif national de la télémedecine intégrant l'ensemble des compétences du champ (industrielles, financières, territoriales, etc.).
 - engager une réflexion sur les aspects particuliers de la déontologie des pratiques professionnelles devant s'appliquer à la télémedecine et à la e-santé.

La question de la péréquation

Avec la péréquation, il s'agit de tendre vers plus d'égalité entre les territoires. Cela s'entend en termes de capacités contributives de ceux-ci, de définition des charges (liées aux caractéristiques socio-démographiques et sanitaires de la population) et de répartition des efforts entre les financeurs.

Le souci de péréquation a pour première règle de ne pas ajouter aux déséquilibres, aux distorsions entre dotations globales attendues et constatées. De façon plus positive, il importe de progresser vers plus d'égalité.

L'enjeu des inégalités au sein de chaque région est majeur. La planification territoriale organisée par les ARS est notamment destinée à assurer une répartition plus équitable des ressources au niveau infrarégional, départemental ou local. C'est un premier défi pour la péréquation.

Au-delà, et quelles que soient l'organisation territoriale et la dévolution des compétences, l'exercice de la fonction de péréquation interrégionale s'impose comme un enjeu essentiel des années à venir.

Pour ce faire, il faut être en capacité de mesurer avec de bons outils les dotations et les besoins. Les difficultés rencontrées en cette matière se doublent d'un problème de maîtrise des initiatives d'acteurs atomisés par le canal de tutelles territoriales encore récentes (ARS).

L'exemple de la prise en charge du grand âge est assez éclairant. Il n'est pas évident que les créations de places nouvelles d'hébergement en Ehpad se fassent forcément en faveur des territoires initialement les plus mal dotés. Les critères d'allocation des ressources ont longtemps été frustes. La densité des initiatives des acteurs, des porteurs de projets ne correspond pas spontanément aux besoins de la péréquation, de l'équilibrage entre les dotations des territoires. Au contraire, les territoires les plus dynamiques ont tendance à renforcer leur dotation, d'où l'importance des initiatives fondées sur les besoins (à travers en particulier le dispositif des appels à projets³²) et d'une capacité d'agir suprarégionale.

Quel que soit le support de l'action des autorités centrales (le débat sur des enveloppes régionales fermées fondées sur des critères de capitation ressurgit périodiquement), la question des effets péréquateurs se pose. Aucune politique n'est neutre de ce point de vue, à partir du moment où elle impose des charges nouvelles ou alloue des crédits nouveaux. Les déplacements de population sur le territoire national, au cours de la vie professionnelle comme au moment de la retraite, la transition épidémiologique et technologique imposent de disposer à l'échelle nationale d'outils puissants d'allocation des ressources financières, des équipements et des ressources humaines.

32. Les appels à projets, mis en place par la loi HPST avaient pour objectif de réguler les initiatives en faisant une plus large place à l'analyse des besoins.

Références

- [1] *Évaluation du deuxième plan santé-environnement*. HCSP, octobre 2013.
- [2] **Lopez A.** 2009-2012 : la loi HPST et les agences régionales de santé. *ADSP*, 2012, 80.
- [3] Observatoire de la régionalisation.
<http://observatoire-regionalisation.fr/>
- [4] *Évaluation du dispositif national de mise en place des Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé*. Inpes, février 2009.
http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=7485
- [5] *Étude d'approfondissement sur les contrats locaux de santé*. Réseau français des villes-santé de l'OMS, mai-juin 2012.
- [6] *Étude sur la protection maternelle et infantile en France*. IGAS, Rapport de synthèse, 2006.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000139/index.shtml>
- [7] *Avis relatif à la médecine scolaire*. HCSP, mars 2013.
- [8] *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Inpes, 2011.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
- [9] **Jourdan D.** *Éducation à la santé : Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis, Éditions Inpes, 2010. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1272.pdf>
- [10] **Baudier F.** Territoire, santé et prévention. In : Bourdillon F (dir), *Agences régionales de santé : promotion, prévention et programmes de santé*. Saint-Denis, Éditions Inpes, 2009.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf>
- [11] **Gaudron G., Pinville M.** *Rapport d'information déposé par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire*, 17 novembre 2011.
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3968.asp>
- [12] **Breton X., Pinville M.** *Rapport d'information déposé par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information (n° 3968) du 17 novembre 2011 sur la médecine scolaire*, 9 novembre 2012.
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i0350.asp>
- [13] *Rapport de la Cour des comptes sur la prévention sanitaire*, octobre 2011.
- [14] **Vincent D., Zimmermann A.** *Centre de ressources du développement territorial*. Observation des dynamiques des contrats locaux de santé, juillet 2013.
- [15] **Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Marcoux L.** *Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007*. Irdes, 2011, 550.
- [16] **Tonnellier F.** Limites ou frontières des territoires de santé : Liberté, Égalité, Proximité ? Pouvoirs Locaux, *Les Cahiers de la Décentralisation*, 2011, 90, 91.
- [17] **Furet F.** *La Révolution*. Tome 2, 1814-1880. Paris, Hachette, 1988.
- [18] Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 2) La télésanté. Centre d'analyse stratégique. *La note d'analyse, Questions sociales*, décembre 2011, 255.
- [19] *Rapport public annuel de la Cour des comptes*, 12 février 2013.
- [20] *Circulaire n° DGOS/PF3/2011/451 du 1^{er} décembre 2011 relative au guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine*.
- [21] **Chaudhry SI. et al.** Telemonitoring in Patients with Heart Failure. *N Engl J Med*, 2010, 363, 2301-2309.
- [22] Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 2013, 346.

Bâtir une approche stratégique

En France, les efforts publics consacrés à la santé passent principalement par une offre de biens et services, en droit accessible à tous selon un principe d'égalité. La loi de santé publique de 2004 a affiché cent objectifs de santé déclinés ensuite en plans et programmes. L'analyse de la situation française révèle des inégalités sociales et territoriales prégnantes [1]. Les évaluations conduites par le HCSP, d'une part sur les objectifs de la loi de 2004, d'autre part sur plusieurs plans, montrent que bon nombre de ces objectifs ne sont pas atteints [2]. La définition d'une nouvelle stratégie publique pour la santé en France doit prendre ces enjeux en charge.

Contribution à une approche stratégique de la santé

L'approche stratégique de la santé suppose d'identifier les problèmes de santé mal résolus, par l'observation de leur fréquence, de leur gravité, de leur prise en charge et des résultats obtenus, ces problèmes constituant alors des priorités de santé sur lesquelles il faut concentrer des moyens. Cette approche suppose aussi d'explicitier le processus de décision et de le partager avec la population concernée pour prendre en compte ses attentes et favoriser son acceptation [3]. Elle suppose enfin de mettre en place des processus d'élaboration de mesures, de planification et d'évaluation permettant d'apprécier la performance de l'action publique.

Cette identification des problèmes mal résolus par le système de santé, ou des segments de l'offre de soins insuffisants, représente un enjeu stratégique pour les politiques de santé publique. L'analyse de ces situations, de leurs causes et des solutions possibles devrait conduire à compléter le fonctionnement en routine de l'offre de santé par un effort public supplémentaire, pour un temps limité, pour améliorer spécifiquement ces situations mal résolues. Cette approche devrait constituer l'indication essentielle des plans et programmes de santé publique dans notre pays. Ainsi, la priorité de telles situations ne signifie pas qu'elles doivent mobiliser plus de ressources que les autres, mais indique qu'elles sont jugées

insatisfaisantes et qu'une amélioration est considérée collectivement comme nécessaire et possible. Dans ce schéma, un plan ou un programme redeviendraient l'exception et l'utilisation en routine du système de santé la règle.

Une telle orientation implique plusieurs conditions :

- l'observation permanente de l'offre de soin mise à disposition, son utilisation et sa qualité, comme le fait notamment la Drees³³, d'une part, et des principales composantes de l'état de santé (exposition à des facteurs de risque, morbidité, déficiences et incapacités, mortalité, santé perçue) telles qu'appréhendées par l'InVS³⁴, d'autre part. Ces observations s'appuient sur des systèmes d'information produisant les données indispensables au niveau national et dans chaque région, pour la population dans son ensemble et pour certains groupes « fragiles » ;
- cette observation nécessite des comparaisons, l'analyse et l'interprétation des disparités et des variations importantes, pour l'offre de soins comme pour l'état de santé. Des critères de décision doivent être explicités en ce qui concerne certains indicateurs, portant sur l'offre de soins comme sur l'état de santé, afin de proposer des actions correctives reposant sur un effort collectif particulier. Ces critères nécessitent à la fois une expertise et un débat démocratique, à l'instar de ce que font des pays comme le Canada [4] ;
- le constat de telles situations objectivées par des indicateurs (état de santé ou offre de soins) peut conduire les pouvoirs publics à en faire des priorités nationales ou régionales, ce qui devrait se traduire par des décisions d'actions complémentaires à l'offre de soins habituelle ;
- ces actions complémentaires doivent conduire à fixer des objectifs pluriannuels à atteindre, explicitant les résultats attendus. Le niveau et le terme de ces objectifs conditionnent en effet les moyens supplémentaires à mobiliser pour les atteindre ; surtout, ils sont indispensables pour l'évaluation ultérieure de ces actions, en termes d'effets obtenus, dont l'impact sur l'état de santé de la population ;
- les plans ou programmes de santé publique, formes les plus structurées de l'action publique dans le domaine de la santé, regroupent des actions complémentaires multiples et articulées de façon cohérente dans un calendrier pluriannuel visant à corriger une situation jugée prioritaire (offre de soins ou état de santé). Ainsi définis, ces plans et programmes n'ont pas vocation à être systématiquement reconduits si les effets escomptés sont atteints ;
- la décision d'actions isolées, ou articulées au sein d'un plan ou d'un programme, implique de définir systématiquement des indicateurs de moyens ou de processus permettant de suivre la mise en œuvre de ces actions. Ces indicateurs de suivi peuvent être intégrés dans un tableau de bord pour les instances qui assurent le pilotage, afin d'assurer la transparence et d'aider à l'évaluation ultérieure de ces actions ;

33. Voir par exemple le dossier mis à jour chaque année pour les établissements de santé (Boisguérin B, Minodier C. Le panorama des établissements de santé, édition 2012, Collection Études et statistiques) ou ceux qui concernent les médecins et autres professions de santé.

34. Voir par exemple les dossiers régulièrement mis à jour sur le site de l'InVS sur les cancers, l'asthme ou le diabète entre autres affections chroniques, ou encore les maladies transmissibles et les accidents.

-
- l'évaluation de l'action publique dans le champ de la santé, qu'elle s'inscrive ou non dans un plan ou programme, doit être menée par une instance externe, indépendante et multidisciplinaire. La méthodologie doit être validée, connue et acceptée de tous les acteurs et définie avant toute mise en œuvre des actions. Cette évaluation doit faire l'objet d'une large diffusion des résultats auprès des parties prenantes dans la population.

Une approche stratégique de la santé suppose de s'appuyer sur un système d'information performant sur l'ensemble du système de santé, afin de repérer des situations nécessitant des mesures correctives particulières. Elle suppose aussi d'élaborer des référentiels pour garantir l'efficacité de l'intervention publique. Elle nécessite une évaluation des effets de ces actions, dont l'impact sur la santé, s'inscrivant dans la durée et répondant aux standards internationaux. L'acceptation du processus de décision en période de contrainte budgétaire impose d'associer le public aux décisions et de modifier l'évaluation pour mieux prendre en compte le point de vue des bénéficiaires.

Références

- [1] *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. HCSP, Rapport 2009.
- [2] *Objectifs de santé publique : Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions*. HCSP, 2010.
- [3] **Naïditch M, Letourmy A.** L'émergence de la démocratie sanitaire en France. *Santé, Société et Solidarité*, 2009, 8, 15-22.
- [4] **Masse R.** Les fondements éthiques et anthropologiques de la participation du public en santé publique. *Éthique publique*, 2005, 7, 107-124.

Les trois temps d'une politique de santé publique et les indicateurs afférents

Une politique de santé publique doit passer par trois temps :

- en amont de la décision, il faut définir les objectifs et les actions les plus pertinentes pour répondre aux besoins jugés les plus préoccupants ;
- dès le lancement d'actions isolées ou regroupées au sein d'un plan ou d'un programme, il faut se donner les moyens d'un suivi de leur mise en œuvre, lequel doit permettre d'éventuelles rectifications de façon réactive ;
- en fin d'action, une évaluation d'impact doit être réalisée, qui implique qu'elle ait été prévue et organisée dès la formulation de l'action ou du programme.

À chacun de ces temps correspondent des indicateurs spécifiques.

Les indicateurs descriptifs

Ils caractérisent les états de santé de la population, l'exposition à des déterminants de la santé ou l'offre de soins et de prévention.

Les indicateurs de l'offre de soins et de prévention sont nombreux et aisément mesurables.

La description des états de santé repose sur la prévalence ou l'incidence d'une pathologie, la survenue ou la présence d'incapacités, de déficiences ou de handicaps,

la mortalité, la létalité, l'espérance de vie. En France, ces indicateurs sont le plus souvent disponibles mais pas toujours au niveau régional.

Des indicateurs à visée opérationnelle ont pour objet de faire émerger les besoins jugés les plus urgents et accessibles à des actions correctives : mortalité et morbidité évitables, années potentielles de vie perdues, espérance de vie sans incapacité.

Les indicateurs relatifs aux déterminants des états de santé sont particulièrement nécessaires pour mettre en place des actions de prévention. Certains (tabac, alcool, excès pondéral, sédentarité, etc.) sont reconnus et mesurables mais, pour d'autres, la situation est plus complexe. En effet, un déterminant est défini par la relation statistique qui le lie à l'événement mais aussi par des critères de causalité pour cette relation ; cette démarche épidémiologique comporte différents biais potentiels, écueils et erreurs. D'autres déterminants de santé (comportement, mode de vie, activité professionnelle, niveau social) sont difficiles à définir et à mesurer.

Les indicateurs de suivi

Le suivi et le pilotage de la mise en œuvre d'actions ou de programmes nécessitent une sélection de certains indicateurs, aisément et régulièrement mesurables constituant un tableau de bord. Les informations qui en résultent permettent d'identifier l'évolution des situations les plus préoccupantes (telle population cible, tel territoire particulièrement concerné, etc.) sur lesquelles on souhaite agir.

Ces indicateurs de suivi sont particulièrement nécessaires dans le cas de plans ou de programmes d'action de santé publique qui comportent un ensemble d'actions diverses (réglementation, formation, soins, recherche, prévention, pratiques professionnelles, etc.) et qui imposent un suivi diversifié sur des secteurs différents.

Les indicateurs de résultats

En matière d'évaluation, les indicateurs qui seront utilisés doivent être définis dès l'élaboration du plan ou du programme de santé. Cette définition précoce doit associer les décideurs, ainsi que les experts extérieurs qui seront chargés ultérieurement de l'évaluation de l'impact.

L'évaluation est bien différente du suivi, aussi est-il important de bien comprendre que les indicateurs de suivi ne peuvent prétendre à mesurer l'impact d'une action.

Ainsi définie autour de ces trois temps, la gouvernance en matière de santé publique peut paraître chose aisée mais il n'en est rien.

Après avoir défini les indicateurs les plus adaptés à ces différentes phases, après avoir vérifié qu'ils étaient mesurables, au moindre coût et avec chaque fois que c'est pertinent, une possibilité d'analyse territoriale, on peut penser qu'on est armé au mieux pour mener une action de santé adaptée, dont l'efficacité pourra être démontrée. En pratique, on est encore assez loin d'avoir, en ce domaine, atteint un niveau totalement satisfaisant.

Le système d'information pour la santé publique

Définir, piloter et évaluer des politiques de santé nécessite de disposer d'un système d'information performant, pertinent et pérenne sur la santé de la population et sur ses déterminants. Un tel dispositif doit combiner différentes sources de données dont les objectifs, les méthodes, les champs couverts et la nature des données sont diversifiés.

Il existe en France de nombreux dispositifs d'observation qui concernent la santé de la population. Les sources de données peuvent être classées en cinq grands groupes :

- les sources à vocation exhaustive, le plus souvent issues de fichiers administratifs ou de gestion, comme ceux de l'Assurance maladie et des établissements de santé — Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) —, les données de mortalité produites par l'Inserm à partir des certificats de décès et les données de maladies à déclaration obligatoire. Les données issues de ces sources peuvent être analysées à des niveaux territoriaux fins ;
- les grandes enquêtes nationales en population générale (portant sur des données déclaratives ou avec examen et/ou prélèvement), qui offrent parfois des données régionales voire départementales, notamment lorsqu'elles ont fait l'objet d'extensions spécifiques ;
- les réseaux de surveillance de certaines affections identifiées à partir de données issues d'échantillons de professionnels de santé ;
- les grandes enquêtes nationales menées auprès des professionnels et des structures de soins ;
- les grandes enquêtes européennes et internationales menées en population générale.

S'y ajoute le recensement général de la population qui permet de disposer de nombreux indicateurs à divers niveaux géographiques et permet également des redressements d'échantillon. L'introduction dans ce recensement de données de santé, recueillies notamment à partir des questions du mini-module européen, qui a été proposée par le Conseil national de l'information statistique, constituerait une avancée considérable en apportant des données sur la santé au niveau territorial le plus fin.

Pour orienter et évaluer les politiques nationales, il importe de disposer d'indicateurs nationaux dans les domaines couverts par la loi et les plans de santé publique. Les données doivent donc correspondre à une couverture nationale concernant l'ensemble de la population. Ceci n'implique pas obligatoirement que les données soient exhaustives, ni même qu'elles aient une stricte représentativité quand il s'agit de données provenant d'échantillons. Leur « vocation nationale » et la possibilité d'estimer de façon fiable des indicateurs nationaux sont en revanche nécessaires.

La régionalisation progressive de la politique de santé et les objectifs de la loi visant à lutter contre les inégalités territoriales, qui imposent une mobilisation des acteurs au-delà du seul champ du soin et de la santé, imposent désormais d'amplifier la disponibilité d'indicateurs ou d'estimation d'indicateurs à des échelles territoriales plus fines.

Les données de mortalité

Le Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm [1]) produit la statistique annuelle des causes médicales de décès en France issues du certificat de décès³⁵, qui indique la cause initiale et les autres causes de décès (immédiates, intermédiaires, associées), ainsi que des informations démographiques sur le sujet décédé (sexe, âge, lieu de décès, lieu de domicile, etc.).

Les données produites sont une source d'information essentielle en santé publique et sont largement utilisées. Elles souffrent cependant de certaines limites : la situation sociale des personnes est mal connue, puisque la profession et la catégorie socioprofessionnelle ne sont enregistrées actuellement que pour les sujets actifs au moment du décès. Par ailleurs, en attendant le déploiement de la certification électronique en ligne, les délais de production sont encore trop importants pour certaines utilisations, notamment pour l'alerte, mais aussi dans certains cas pour l'évaluation des politiques de santé.

Les données de morbidité et de recours aux soins

Elles sont nombreuses et variées, issues de différents types de sources : enquêtes en population générale du système statistique public (Insee, Drees, Dares, etc.), systèmes de veille, de surveillance, de collecte et enquêtes des agences et instituts sous tutelle du ministère de la Santé (InVS, Inpes, Atih) et d'organismes de recherche (Irdes et Inserm notamment) ; enquêtes auprès des professionnels de santé sur leurs clientèles ; registres de pathologies ; données issues des systèmes d'information et de gestion de l'Assurance maladie ou des systèmes d'information hospitaliers, etc.

La France est un des rares pays qui disposent de telles bases de données nationales centralisées, constituées et gérées par des organismes publics, couvrant de façon exhaustive et permanente la population dans divers domaines essentiels : recours aux soins, hospitalisation, handicaps, prestations et situation professionnelle et sociale. De plus, un identifiant individuel unique (le numéro d'identification au répertoire ou NIR) est actuellement pratiquement commun (directement ou sous forme anonymisée) à toutes les bases de données nationales. Sa constitution repose sur des activités liées aux missions de l'administration et d'organismes publics. Leur collecte est très encadrée, notamment par le code de la santé publique pour les bases médico-administratives. Un intérêt majeur est que ces bases sont le plus souvent exhaustives et produites régulièrement, le plus souvent annuellement. L'utilisation de ces bases offre des avantages très importants, en termes méthodologiques (exhaustivité, absence de certains biais de sélection et d'information) et opérationnels (données déjà recueillies, effectifs immenses, etc.).

Ces bases de données présentent évidemment des limites en termes de couverture, de qualité et de validité des données, variables selon les types d'utilisation que l'on peut envisager. Couvrant plus de 60 millions de personnes, elles constituent néanmoins un patrimoine immatériel considérable, vraisemblablement sans équivalent au niveau international [2 - 3].

35. Le certificat de décès est régi par le code des collectivités territoriales et a été modifié par la loi de santé publique de 2004 (article 25) qui fixe les conditions de confidentialité et l'objet de la collecte (à but de santé publique), ainsi que les destinataires du certificat.

Donnée issues des systèmes d'information hospitaliers

Le PMSI (Programme de médicalisation du système d'information) a pour objectif de produire des informations à contenu médical sur les fonctions hospitalières et de permettre une allocation de ressources adaptée à l'activité hospitalière. Il consiste en un recueil exhaustif systématique et un traitement automatisé d'informations administratives et médicales. Chaque séjour est ensuite classé dans l'un des quelque 2 300 GHM (groupes homogènes de malades), économiquement et médicalement considérés comme « homogènes ». Les établissements transmettent les fichiers anonymisés à l'ARS, qui les transmet à l'Atih pour constituer des bases de données nationales.

Cette transmission se fait sous la forme de résumés de sortie anonymisés (RSA), qui contiennent les informations suivantes : identification du séjour et du patient (par un numéro d'anonymat irréversible), données médicales (diagnostic principal et ensemble des diagnostics associés codés selon la classification internationale des maladies (CIM 10) et des actes pratiqués selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Le numéro d'anonymat permet de chaîner les séjours d'un même patient. Ce dispositif, initialement mis en place pour les services de court séjour en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), s'est progressivement étendu aux soins de suite et de réadaptation (SSR) et à l'hospitalisation à domicile (HAD). Plus récemment, un recueil de données a été généralisé dans les établissements de santé ayant une activité en psychiatrie (recueil d'information médicalisé en psychiatrie – RIM-P) qui porte à la fois sur les hospitalisations et sur les prises en charge ambulatoire. Enfin en 2014, la collecte de résumés de passage aux urgences (RPU) est devenue obligatoire pour tous les services concernés.

Données de l'Assurance maladie

Les données dites « de production » portent principalement sur les consommations de soins, et servent à la liquidation des prestations d'assurance maladie ; les données « de référentiels » concernent les assurés, les établissements de santé et les professionnels de santé. Par ailleurs, les services médicaux disposent de fichiers comportant des informations médicales sur les ALD, les accidents du travail (AT) et les maladies professionnelles (MP), dont l'objectif initial est le contrôle, par les médecins conseil, des pathologies ouvrant droit à une prestation. L'ensemble de ces données constitue le Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (Sniiram). Depuis sa création en 2003, le Sniiram s'est considérablement enrichi et l'accès à ses données a été facilité avec la mise en place, en 2005, d'un échantillon au 1/100 dédié aux institutions publiques, aux agences et au monde de la recherche (EGB). Les données du Sniiram incluent depuis 2009 tous les régimes de l'assurance maladie : Cnam-TS, MSA, RSI et les seize autres régimes spéciaux (y compris les sections locales mutualistes-SLM) ; ils concernent aussi bien la médecine de ville que les hospitalisations.

Le Sniiram, est complété et amélioré régulièrement : le chaînage ville-hôpital a été réalisé en 2006/2007, les dates de décès ont été intégrées en 2009, les dates précises d'hospitalisation en 2010.

Ces données peuvent alimenter quantité d'indicateurs à l'échelle nationale ou à des niveaux géographiques plus fins, dans bien des domaines couverts par la loi de santé publique ou par les plans.

Ainsi, l'appariement de données de remboursement de soins par l'Assurance maladie avec des données d'enquêtes permet de documenter les déterminants professionnels et sociaux de la santé, comme l'ont montré plusieurs travaux récents. L'appariement

du Sniiram avec d'autres sources de données administratives, comme celles de la Cnav pour les situations socioprofessionnelles, permet aussi de pallier le manque de données sociales des bases de santé ; cet appariement a été expérimenté par l'Irdes (projet Hygie [6]). D'autres sources de données administratives (Cnaf, données fiscales...) pourraient utilement compléter ces informations, en les traitant dans l'indispensable respect de la confidentialité.

L'intérêt de ces bases pour une meilleure connaissance des parcours de soins est également essentiel, même si leur exploitation dans ce sens n'en est qu'à ses débuts. A ce titre, la possibilité de développer le chaînage des données sur les passages avec celles concernant les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et les prises en charge dans les établissements médico-sociaux constitue un enjeu essentiel.

**ÉVALUATION
ET SOURCES
DE DONNÉES :
L'EXEMPLE DE
LA POLITIQUE
VACCINALE**

La loi de santé publique de 2004 a fixé des objectifs de couverture vaccinale de 95 % dans toutes les tranches d'âge et pour toutes les maladies à prévention vaccinale, à l'exception de la grippe (75 % pour les populations à risque). Ces préconisations apparaissent en fait irréalistes au regard de la situation actuelle, ne prévoient rien en cas de non atteinte des objectifs et font perdre de vue le véritable objectif de la politique vaccinale qui devrait être de réduire significativement l'incidence de ces maladies. Dans ce contexte, la couverture vaccinale ne constitue qu'un indicateur.

La mesure de la couverture vaccinale est dévolue à l'InVS. Les modalités de cette surveillance se sont élargies au cours des dernières années. Les certificats de santé de 24 mois, la base de l'évaluation de la couverture vaccinale des nourrissons sont un outil fiable mais qui manque d'exhaustivité et de réactivité. Il en est de même des enquêtes en milieu scolaire (Grande section de maternelle, CM2 et classe de troisième) qui ont en outre dû être espacées. L'exploitation récente des données de remboursement de l'Assurance maladie à travers l'échantillon des généralistes bénéficiaires de la Cnam représente une véritable avancée pour apprécier rapidement les changements de comportement liés à des modifications des recommandations. Toutefois, il n'existe actuellement aucun moyen de surveiller la couverture vaccinale des adultes en dehors d'enquêtes ponctuelles. La mise en place d'un carnet de vaccination électronique représente en la matière un réel espoir.

La surveillance des maladies à prévention vaccinale est également la mission de l'InVS qui s'appuie sur les notifications des maladies à déclaration obligatoire lesquelles recouvrent la quasi-totalité des maladies à prévention vaccinale. L'InVS collecte également les données de réseaux : Réseau Sentinelle GROG (grippe), Renacoq (coqueluche), Renarub (rubéole congénitale), Oscour (urgences hospitalières) ou de microbiologistes (Epibac) ainsi que des Centres nationaux de référence des différents germes. Le CepiDc (analyse des certificats de décès) complète le système.

Références

- [1] Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès. <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>
- [2] *Les systèmes d'information pour la santé publique*. HCSP, Rapport décembre 2009.
- [3] *Pour une meilleure utilisation des bases de données administratives et médico-administratives nationales pour la santé publique et la recherche*. HCSP, Rapport mars 2012.
- [4] **Lenormand F.** Le système d'information de l'assurance maladie. *J Soc Fr Stat*, 2005, 146, 47-74.
- [5] Le Sniiram et les bases de données de l'Assurance maladie. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNAMTS___Le_SNIIRAM_et_les_bases_de_donnees_de_l_assurance_maladie_en_2011.pdf
- [6] Irdes. <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Partenariats/Hygie/Presentation.html>

L'évaluation des politiques de santé

Pourquoi évaluer ?

L'évaluation des actions publiques sert d'abord à rendre des comptes sur l'utilisation des fonds publics et à fonder les décisions politiques sur une base plus rationnelle. Ces deux finalités ne sont toutefois pas propres à l'évaluation. Les activités de contrôle, d'inspection et d'audit participent aussi, plus régulièrement que l'évaluation, à la fonction de compte rendu. De même, en matière d'aide à la décision, l'évaluation rétrospective n'est que l'un des outils d'éclairage utilisés par les décideurs, avec les statistiques, la prospective et les études d'impact.

L'apport spécifique de l'évaluation réside dans le fait qu'elle a pour ambition de constituer une connaissance commune, appropriable et utilisable par tous, sur les actions évaluées. Dans ce registre, ses retombées potentielles sur le débat démocratique, l'action publique partenariale, les processus coopératifs, l'apprentissage collectif et le management participatif sont l'objet d'une littérature abondante.

Toutes les évaluations ne concourent pas au même degré à ces différentes fonctions et des tensions peuvent apparaître entre les exigences d'un compte rendu objectif et celles de l'aide au pilotage consensuel des politiques. Cependant, même lorsque leurs objectifs ne coïncident pas, les protagonistes d'une politique peuvent trouver intérêt à élaborer une compréhension commune de ses effets.

En 2012, le gouvernement a engagé un vaste programme d'évaluation des politiques nationales [1]. Il s'agit à cette occasion « de construire une vision collective des enjeux, des objectifs, des résultats et des modalités de mise en œuvre de chaque politique publique. Il s'agit de simplifier, de rendre plus cohérente l'action des différents acteurs et d'améliorer de manière significative l'efficacité de l'action publique, indispensable pour répondre aux nouveaux besoins et tenir nos engagements budgétaires. »

Les évaluations des plans de santé publique conduites sous l'égide du HCSP illustrent différentes combinaisons de ces finalités. Dans un certain nombre de cas (cancer, maladies rares, santé mentale, etc.) les évaluations ont servi de base à la préparation d'un nouveau plan — ce qui ne veut pas dire que leurs recommandations aient toujours été suivies. Elles ont en revanche peu contribué au compte rendu budgétaire, faute de données suffisantes sur les dépenses publiques générées par les plans. Enfin, le fait qu'elles aient donné une large place au travail collectif et à l'écoute des parties prenantes (professionnels, scientifiques, associations de patients, etc.) a favorisé l'appropriation de leurs conclusions et la mobilisation des réseaux d'acteurs autour des objectifs des politiques évaluées.

L'ÉVALUATION DES PLANS PAR LE HCSP

La loi de santé publique de 2004 a confié une mission d'évaluation au HCSP. Celui-ci contribue donc à l'évaluation des politiques de santé aux côtés de l'Igas, de l'AERES (pour la recherche), de la Cour des comptes.

Depuis 2007, plusieurs travaux ont été conduits, qu'il s'agisse de l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique de 2004 ou de celle de 16 des 51 plans mis en œuvre pendant la période. Ces évaluations résultent de saisines émanant de la DGS et de la DGOS, à part égale, mais également d'autosaisines en rapport avec les missions confiées par la loi de 2004 au HCSP.

L'évaluation des plans par le HCSP (suite)

<p>Evaluations ex post</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer • 2^e Plan national santé environnement • Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 • Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 • Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 • Évaluation à mi-parcours du plan cancer 2009-2013 • Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 • Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 • Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007 -2010 • Plan national Bien vieillir 2007-2009 • Programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009 • Plan national maladies rares 2005-2008 • Plan cancer 2003-2007
<p>Aide à l'élaboration d'une stratégie d'évaluation du plan ou à la construction de ses indicateurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programme national de soins palliatifs 2008 - 2012 • Plan d'action stratégique relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de la justice 2010-2014 • Plan cancer 2009-2013 • Plan d'action national «Accidents vasculaires cérébraux» 2010 – 2014 • Plan maladies rares 2011-2014

Indicateurs et évaluation : des données aux impacts de l'action collective

Évaluer est une activité visant à rendre des jugements sur des actions définies dans un plan ou une politique, moins du point de vue de leur mise en œuvre (qui relève plutôt d'une activité de suivi ou de contrôle) que de leur impact sur la réalité que ces actions sont censées modifier. L'évaluation se place donc dans l'optique d'actions décidées pour transformer une réalité non contrôlée, intervenant par nature conjointement avec de multiples facteurs confondants, phénomènes spontanés ou organisés par d'autres et marqués par de nombreuses incertitudes.

Évaluer nécessite de disposer d'indicateurs³⁶ et des données correspondantes. Les choisir suppose une définition préalable des impacts attendus, ainsi qu'une description de la logique des actions supposées y contribuer. Les indicateurs sont des constructions sociales, par nature subjectives, dépendantes des choix définis, et balisent l'action en permettant d'en repérer les impacts au fil du temps. Ainsi par exemple, réduire la mortalité par cancer du sein par une action visant à augmenter la participation à son dépistage pourra donner lieu à plusieurs indicateurs : mise en place des dispositifs incitatifs et couverture territoriale (moyens), participation de la population ciblée (processus intermédiaire), pourcentage des personnes détectées traitées (processus intermédiaire) et évolution de la mortalité par cancer du sein de cette même population (résultat final) [3]. L'action s'inscrit dans une chaîne logique, intégrant des hypothèses comme l'efficacité du dépistage pour diminuer la mortalité

36. Un indicateur est un élément souvent chiffré, parfois considéré abusivement comme une mesure lorsqu'il se présente sous forme numérique [2]. Il doit être distingué des grandeurs mesurables, observables, repérables, soumises aux contraintes de relations d'équivalences ou de règles de combinaison. L'indicateur cherche souvent à résumer une réalité appréhendée par de nombreuses mesures.

ou l'efficacité des actions de communication sur la participation à ce dépistage. Les études scientifiques, réalisées sur des échantillons de populations, visent à valider ces hypothèses. Les indicateurs d'évaluation doivent permettre d'estimer l'impact des actions à l'échelle de la population.

L'évaluation en termes d'impact sur l'état de santé (résultat final) s'inscrit la plupart du temps sur un temps long, au-delà de l'action, posant la question des délais de l'évaluation par rapport aux prises de décisions ultérieures. On peut observer par exemple que la participation au dépistage du cancer du sein a augmenté le temps d'un plan, mais pas encore que cette augmentation a participé à la réduction de la mortalité. Au mieux, la combinaison de plusieurs indicateurs intermédiaires montrant des tendances concordantes constitue une approximation de ce résultat final, qui devra être confirmé par des mesures ultérieures.

Admettre la subjectivité de l'indicateur et ses limites interprétatives implique toutefois une extrême rigueur. L'existence d'un système d'information adapté est un préalable dont la qualité conditionne celle des indicateurs pertinents pour juger des impacts. L'interprétation doit également être prudente : l'évaluation doit mettre les indicateurs en perspective, et interroger les schémas logiques qui ont implicitement ou explicitement servi de base à la construction de l'action. Car si le temps long de la preuve scientifique est indispensable à la démonstration de résultats probants, le temps de l'action nécessite de dire ce que l'on peut faire aujourd'hui, de quelle manière et pour quelle finalité, compte tenu des données disponibles. Plus la situation est complexe, plus les logiques d'action à analyser le seront, et plus le nombre et la variété des indicateurs nécessaires pour l'évaluation seront élevés. L'idée qu'un petit nombre d'indicateurs synthétiques pourrait rendre compte de la réalité est illusoire et conduit trop souvent à une politique du chiffre inefficace. Mettre en œuvre des actions sans impact ultérieur sur la santé de la population peut simplement refléter une prise de risque dans une situation d'incertitude au moment de la décision. Poursuivre ces mêmes actions en l'absence d'impact au terme d'une évaluation serait un gaspillage de ressources. Les indicateurs indispensables à l'évaluation doivent être de natures diverses : mise en œuvre des actions, impact sur les comportements, impact sur la qualité de vie de la population, la morbidité et la mortalité.

Enfin, le choix des indicateurs nécessite un consensus minimum. Les acteurs qui ont mis en œuvre les actions d'un plan peuvent avoir travaillé sérieusement mais leurs actions rester cependant sans impact sur les paramètres visés par le plan d'action. L'usage d'indicateurs implique donc un dialogue avec les opérateurs et les décideurs, l'objectif de l'évaluation n'étant pas de porter un jugement sur les personnes, mais de conforter ou de modifier les actions collectives vers plus d'efficacité ou plus d'efficience.

Références

- [1] Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (Cimap) du 18 décembre 2012.
- [2] **Desrosières A.** *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique.* Paris, La Découverte, 1993, 440 p.
- [3] *Évaluation du programme de dépistage du cancer du sein.* InVS http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/evaluation_sein_programme.htm

LE DÉPISTAGE
DU CANCER
DU SEIN

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes en Europe, avec 425 000 nouveaux cas annuels (IARC 2011). Les recommandations européennes de 2006 [1] préconisent un taux de participation au dépistage d'au moins 75 % de la population ciblée dans les Etats membres, taux atteint par seulement trois des États en 2010 [2].

En France, le programme de dépistage du cancer du sein (PDCS) est généralisé sur le territoire depuis 2004, après une phase d'expériences pilotes départementales [3]. Il cible une population de 9 millions de femmes âgées de 50 à 74 ans à qui est proposée tous les 2 ans une mammographie bilatérale comportant deux incidences par sein. En 2012, près de 2 500 000 femmes ont participé au dépistage organisé dans le cadre du programme soit 52,7 % de la population cible [4] avec une forte disparité selon les départements. Après une progression importante lors de la mise en place du programme (42,5 % en 2004-2005 à 52,1 % en 2009-2010), ce taux montre une stabilité. La participation des femmes âgées de 65-69 ans est la plus élevée, et celle des 70 ans et plus la plus faible. La participation des femmes au PDCS demeure donc insuffisante. Cependant, à côté du PDCS existe un dépistage individuel ou « opportuniste », qui concerne environ 10 % de la population ciblée et permet d'atteindre un taux global de couverture par mammographie de 63 % à 65 % de la cible, avec cependant des procédures hétérogènes.

Chaque année, près de 16 000 cancers du sein sont découverts par le dépistage organisé, dont 13 500 cancers à un stade invasif [4-6].

Les PDCS sont discutés du fait du surdiagnostic ou du surtraitement qu'ils déterminent, ainsi que de l'impact sur la diminution de la mortalité [2-5]. Aussi beaucoup de pays ont-ils revu les modalités de communication sur le dépistage, intégrant plus d'information sur les limites et visant à un choix éclairé des femmes.

L'organisation du dispositif est l'objet d'une réflexion en France avec une probable régionalisation des structures de gestion, leur implantation plus claire dans le dispositif régional de santé et leur recentrage sur les fonctions de suivi, de qualité, d'évaluation et de relations avec les professionnels de santé

Références

- [1] **Perry N., Broeders M., de Wolf C. et al.** *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th edn. European commission.* Luxembourg: office for official publications of the European communities, 2006.
- [2] **Autier P., Boniol M., Gavin A. et al.** Breast cancer mortality in neighboring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ*, 2011, 343, 4411.
- [3] **Ancelle-Park R. M., Séradour B., Viguier J. et al.** Spécificités et perspectives du programme français de dépistage organisé du cancer du sein. *Bull Epidemiol Hebd*, 2012, 35-37, 391-394.
- [4] Institut de veille sanitaire.
<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein>
- [5] **Paci E.** Summary of the evidence of breast cancer services screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. *J Med Screen*, 2012, 19, Suppl 1, 5-13.
- [6] *Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011.* Hospices civils de Lyon, INVS, INCa, Francim, Inserm, Rapport technique, juillet 2011.

La prospective en santé

Objectifs et méthodes

La prospective est un travail collectif permettant d'explorer par une démarche interactive les dynamiques d'une variété de paramètres, considérés comme un système — ceci dans une perspective d'action au niveau des politiques publiques et du collectif. Son objectif est de mettre en évidence des futurs possibles (scénarios) en germe dans la situation actuelle, pour aider à la détermination des futurs souhaitables et à l'identification des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre.

En pratique, une opération de prospective consiste à faire travailler ensemble des experts au sens large, représentant une variété de points de vue sur un système complexe, tel celui de la santé, à partir d'une base documentaire soigneusement établie. Leur travail consiste à expliciter la représentation que chacun a de ce système, par des échanges et des interactions structurées : repérage des facteurs et acteurs moteurs, des tendances lourdes, des incertitudes et travail sur leurs combinaisons qui dessinent des états futurs possibles du système. La prospective travaille sur des horizons de moyen terme (5 à 20 ans le plus souvent), ce qui oblige à intégrer dans la réflexion un ensemble élargi de paramètres structurels ou de contextes qui, à cet horizon temporel, auront évolué et participé à la reconfiguration de la question étudiée. La démarche oblige à regarder plus large parce que plus loin dans le temps.

RELATIONS ENTRE PROSPECTIVE ET STRATÉGIE

La prospective entretient trois relations avec la démarche stratégique :

- la prospective « exploratoire » qui s'attache à construire et analyser des futurs possibles (des scénarios le plus souvent), se distingue de la prospective « normative », qui introduit la notion de jugements de valeur et de préférences entre diverses situations possibles. La stratégie est alors élaborée comme un ensemble d'objectifs et de principes d'actions permettant d'atteindre la situation jugée préférable parmi les futurs possibles mis en évidence. Comme les décideurs font partie des « experts » mobilisés pour l'élaboration de stratégies, des modes de travail économiques en temps des participants ont été conçus, tels les « ateliers de scénario de succès » (*success scenario workshops*) qui se centrent d'emblée sur le souhaitable, étant entendu que l'exploratoire aura été travaillé en amont [3] ;
- souvent les exercices de prospective distinguent explicitement l'objet concerné par la stratégie à élaborer de son environnement (la technologie, l'économie, l'Europe, etc.). On élabore ainsi des scénarios relatifs à l'objet — qui sont autant de stratégies alternatives possibles — et des scénarios relatifs à son environnement. Le croisement de ces deux ensembles permet de tester la cohérence de chaque stratégie avec chaque état possible (scénario) de son environnement. On apprécie ainsi la robustesse de la stratégie aux incertitudes sur l'environnement ;
- en considérant que les scénarios, ou certains d'eux, sont l'expression de « promesses » [6] qui visent à stabiliser et imposer une vision, les prospectives, mêmes exploratoires, légitiment des thèmes et des contenus qui expriment des intentions stratégiques : les prospectives peuvent être considérées comme des scènes où les trajectoires socio-politiques et technologiques sont proposées, discutées et façonnées, constituant ainsi un mécanisme de gouvernance. Finalement, tout exercice de prospective a une dimension stratégique, fût-elle implicite.

Il s'agit donc d'un processus d'apprentissage collectif permettant la construction de visions partagées des enjeux, des futurs et des stratégies possibles [2]. Les objectifs sont d'améliorer l'élaboration des politiques publiques dans le domaine concerné, de construire de nouveaux réseaux et coordinations autour d'une vision partagée, d'amener de nouveaux acteurs dans la réflexion stratégique et d'accroître la légitimité de la décision prise ultérieurement [8].

La prospective doit être bien distinguée de la prévision, qui cherche à établir l'évolution la plus probable, compte tenu des éléments disponibles [1] et aussi de la modélisation, la prospective pouvant toutefois être vue comme une modélisation qualitative.

Les prospectives des politiques et des systèmes de santé

Le domaine des politiques et du système de santé est l'objet de nombreuses prospectives en Europe [4]. Sur le plan international, le rapport Meadows a eu un impact majeur en 1972 en montrant les options limites de croissance et leurs conséquences démographiques et sanitaires. Les études réalisées au cours des dernières années intègrent des données sur les évolutions les plus attendues telles que le vieillissement des populations, les modifications du climat, l'occupation des sols, les plafonds des rendements agricoles et socio-économiques, l'adaptation microbienne, les frontières des neurosciences, de la génomique et de la médecine personnalisée [12 à 17]. Les hypothèses relatives à ces facteurs envisagent souvent des évolutions linéaires, prolongeant les tendances déjà observées et « toutes choses égales par ailleurs » et non des interdépendances entre facteurs à fort impact. Ainsi les possibles ruptures dans l'évolution des couplages énergie - démographie - espérance de vie, ou climat - ressources hydriques - recul de la biodiversité et sécurité alimentaire sont très rarement abordées. Or ces interactions génèrent des transformations qui passent longtemps inaperçues avant de se révéler par un retournement soudain avec un risque de crises sanitaires [18]. De fait, notre compréhension des systèmes évolutifs, complexes ou chaotiques, est récente : leurs théories (structures dissipatives, systèmes ouverts hors équilibre, réseaux émergents, auto-organisation, etc.) sont parfois mal interprétées [19-20].

En France, il y a eu ces dernières années plusieurs exercices de prospective importants. L'un émane du ministère chargé de la santé [10], qui met en évidence des tendances lourdes, des attentes sociétales, des principes d'action et des axes stratégiques. D'autres correspondent à des approches spécifiques, sur les questions de prévention [5], sur les « métiers sensibles » [9] ou les technologies de la santé [7]. L'Office de prospective en santé (OPS) coordonné par la chaire de santé publique de Sciences-Po publie régulièrement des rapports de prospective [11]. Enfin, les travaux du Centre d'analyse stratégique – France Stratégie [22] et ceux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie [23], s'ils ne ressortissent pas de la prospective proprement dite, n'en jouent pas moins un rôle d'éclairer essentiel.

Références

- [1] **Barré R, Keenan M.** Revisiting Foresight Rationales. In: Cagnin C., Keenan M., Johnson R., Scapolo F. (eds), *Future-Oriented Technology Analysis – Strategic Intelligence for an Innovative Economy*, Springer-Verlag, Berlin, 2008.
- [2] **Cagnin C., Keenan M.** Positioning future-oriented technology analysis, In: Cagnin C., Keenan M., Johnson R., Scapolo F. (eds), *Future-Oriented Technology Analysis – Strategic Intelligence for an Innovative Economy*, Springer-Verlag, Berlin, 2008.
- [3] **Harper J.C., Georghiou L.** *Int J Fore Innov Policy*, 2005, 2, 1.
- [4] **Keenan M., Butter M., Sainz de la Fuente G., Popper R.** *Monitoring Foresight activities in Europe and the rest of the world*. EFMN Final Report, 2009, EUR 24043 EN, doi: 10.2777/47260.
- [5] *Prospective santé 2030–prévention 2010*. Rapport final, Inpes, 2010. http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/etude_prospective_sante.pdf
- [6] **Joly P.B.** On the Economics of Techno-scientific promises. In : *Débordements, mélanges en l'honneur de Michel Callon*, Collection Sciences sociales, Presses des Mines, 2010.
- [7] *Santé 2025 – Un monde d'innovation*. LEEM, 2010. www.sante-2025.org
- [8] **Miles I. et al.** New Frontiers: Emerging Foresight. In: Miles I., Harper J., Georghiou L., Keenan M., Popper R. (eds), *The Handbook of Technology Foresight*, Edward Elgar, Cheltenham, UK, 2008.
- [9] *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*. Ministère de la Santé, 2008. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome1.pdf>
- [10] *Éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025*. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011.
- [11] *Les nouveaux patients, rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025*. Office de prospective en santé, 2011. <http://www.sciencespo.fr/chaire-sante/fr/content/loffice-de-prospective-en-sante-ops>
- [12] *Les effets qualitatifs du changement climatique sur la santé*. Ministères de la Santé et de l'Écologie, 2008.
- [13] *Horizon Santé, quelles orientations de recherche biomédicale ?* DGS, 2010.
- [14] *Les maladies infectieuses émergentes : situation et perspectives*. HCSP, La Documentation française, 2011.
- [15] Addressing climate change through health promotion in Australia. *Health Promotion Journal of Australia*, 2011, 22.
- [16] **Vardoukalis S., Heavyside C. (eds).** *Health Effects of Climate Change in the UK 2012*. Health Protection Agency.
- [17] *L'avenir de l'environnement en Afrique et Rapport sur le développement humain*. PNUD, 2013.
- [18] **Zwirn H.** *Les systèmes complexes : Mathématiques et biologie*. Paris, Odile Jacob, 2006.
- [19] *Chaos, une aventure mathématique*. <http://www.chaos-math.org/fr>
- [20] *Global Risks 2013*, 8th ed. World Economic Forum, 2013.
- [21] *Turn down the heat*. Banque mondiale, 2012.
- [22] *Les métiers en 2022, juillet 2014*. France Stratégie. Voir aussi les travaux France 2025.
- [23] Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. <http://www.securite-sociale.fr/L-actualite-du-HCAAM>

Postface

Cet ouvrage peut se lire par chapitre séparé selon les centres d'intérêt des lecteurs. C'est un de ses avantages. Il peut également se lire d'une traite, aisément. Tous les décideurs de santé publique, nationaux ou locaux, pouvoirs publics, élus ou acteurs associatifs, y trouveront, je l'espère, des éléments utiles pour fonder leur action.

Cependant, certains lecteurs pourraient se perdre dans le foisonnement des informations. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité, dans cette postface, faire ressortir quelques points majeurs de cet ouvrage. Je n'aurai pas l'outrecuidance d'imaginer que mon choix est le meilleur, ni de penser qu'il puisse définitivement marquer les esprits. Je prends ici le risque de mettre en avant les éléments que je considère comme prioritaires après lecture. Ne retenir que quelques aspects essentiels dans une telle richesse de constats et de propositions est difficile, et évidemment tout ce que je ne citerai pas ne doit pas être sous-estimé.

Vue d'ensemble sur la santé de la population

- La situation de la France est bonne mais des inégalités sociales et territoriales subsistent.
- En lien avec le vieillissement de la population, les maladies chroniques (et les ALD) représentent un enjeu majeur.

Problèmes de santé et pathologies

- Les cancers, malgré une survie améliorée, restent un souci majeur ; leur principal facteur de risque, le tabac, fait l'objet d'une lutte insuffisante.
- Parmi les maladies métaboliques, le diabète est au premier plan des préoccupations.
- Le poids des troubles de la santé mentale est généralement sous-estimé. Il est très important.

La santé aux différents âges de la vie

- En ce qui concerne la périnatalité et la santé des jeunes, la situation en France est bonne. Ceci dit, les comportements dangereux des jeunes (addictions en particulier) nécessitent une grande vigilance.
- La santé des personnes âgées pose des problèmes délicats (thérapeutiques, organisationnels, financiers) dont on pressent qu'ils seront croissants et difficiles à résoudre.

Les déterminants de la santé

- L'évaluation de leur importance est à la base de la prévention. Parfois difficiles, ces travaux d'évaluation doivent être menés avec rigueur.
- L'environnement social, familial, culturel, territorial, joue un rôle majeur.
- C'est au plus tôt, dès l'enfance, dès le début de la scolarisation que les meilleures « habitudes » peuvent être inculquées.
- Le tabac est un meurtrier à ne pas laisser en liberté.

Inégalités sociales et territoriales

- Elles sont importantes et la France est mal placée en Europe sur ce point.
- Certaines disparités sont inévitables. D'autres doivent et peuvent être combattues ; pour y parvenir, il faut le plus souvent faire appel à d'autres ministères que celui chargé de la santé.
- Tout progrès thérapeutique ou préventif (dépistage – vaccination – augmentation du prix du tabac) est source d'un accroissement des inégalités contre lequel des mesures spécifiques doivent être envisagées.
- S'il existe un *continuum* en matière d'inégalités, il n'en reste pas moins que la précarité (qui ne résume pas les inégalités) doit être la priorité des priorités (SDF, prisons...).

Enjeux pour les politiques de santé.

- L'avènement et l'accroissement des maladies chroniques imposent d'adapter le système de santé.
- Les réseaux sociaux et familiaux doivent être mieux reconnus et utilisés.
- La prévention et l'éducation pour la santé méritent une attention particulière ; il faut en faire un bilan précis et un objectif de développement prioritaire.
- L'information et la communication vis-à-vis de la population doivent être améliorées.

Regard international

- L'harmonisation européenne des systèmes de santé est souhaitable. Est-elle possible ? Jusqu'à quel point ?
- Au niveau de la surveillance sanitaire, l'organisation mondiale a beaucoup gagné en efficacité.

La réforme de la politique de santé en France

- L'organisation actuelle de la médecine ambulatoire et le paiement à l'acte représentent un frein à une meilleure prise en charge de la prévention.
- La démocratie sanitaire doit encore progresser.
- Il faut poursuivre et améliorer le travail du Groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO) en matière d'indicateurs par pathologie et transversaux.

La territorialisation des politiques de santé

- La « régionalisation » de la santé paraît inéluctable, elle est en tout cas nécessaire.
- Les ARS doivent se doter des moyens adaptés (des progrès restent à faire) pour définir, mettre en place et évaluer des politiques régionales.
- Les collectivités territoriales doivent être davantage impliquées.

Bâtir une approche stratégique

- Beaucoup de progrès restent à faire pour que s'impose une culture de l'évaluation dans le champ de la santé en France.
- L'évaluation est un outil indispensable pour bâtir une approche stratégique efficiente. ... Et bien sûr, le HCSP est un des principaux acteurs de cette évaluation.

J'ai bien conscience du caractère partial du résumé ci-dessus. Je crois avoir un peu mélangé le bon grain de cet ouvrage avec l'ivraie de mes propres sentiments. C'était sans doute inéluctable.

Roger Salamon

Glossaire

AERES	Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
Afssa	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
Afsse	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement
Afsset	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'Etat
AMP	Assistance médicale à la procréation
Anses	Agence nationale de sécurité de l'environnement, de l'alimentation et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
Capi	Contrat d'amélioration des pratiques professionnelles
CCAM	Classification commune des actes médicaux
Cclat	Convention cadre de lutte contre le tabac
Cclin	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CCNE	Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
Clic	Centre local d'information et de coordination
CLS	Contrat local de santé
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CnamTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNS	Conférence nationale de santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPS	Carte de professionnel de santé
Cram	Caisse régionale d'assurance maladie
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la Sécurité sociale
DADS	Déclaration annuelle des données sociales
Dares	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGOS (ex-DHOS)	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMP	Dossier médical personnel
DOM	Département d'outre-mer
Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRG	<i>Diagnosis-related Group</i>
DRSM	Direction régionale du service médical
DSS	Direction de la Sécurité sociale
ECDC	<i>European Center for Disease Prevention and Control</i>
ECN	<i>Examen classant national</i>
EDC	Episode dépressif caractérisé
EIG	Événement indésirable grave
Ehpad	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENNS	Etude nationale nutrition santé
Eprus	Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

EVSI	Espérance de vie sans incapacité
FAD	<i>Food and Drug Administration</i>
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FNATH	Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GRSP	Groupement régional de santé publique
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i>
Igas	Inspection générale des affaires sociales
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'enseignement supérieur et de la recherche
IMG	Interruption médicale de grossesse
INCA	Institut national du cancer
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut national de veille sanitaire
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IVG	Interruption volontaire de grossesse
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRIS	Ilots regroupés pour l'information statistique
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
Loi HPST	Loi hôpital, patients, santé, territoires
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCV	Maladies cardiovasculaires
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIE	Maladies infectieuses émergentes
MIG	Missions d'intérêt général
MIGAC	Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation
MRS	Mission régionale de santé
MSA	Mutualité sociale agricole
NICE	Institut national d'évaluation clinique (britannique)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
Ondam	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PCH	Prestation de compensation du handicap
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Programme national nutrition santé
PNSE	Plan national santé environnement
PRS	Projet régional de santé
PSA	<i>Prostate Specific Antigen</i> – antigène prostatique spécifique
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RCB	Rationalisation des choix budgétaires
RSA	Résumé de sortie anonymisé
RSI	Règlement sanitaire international
RSI	Régime social des indépendants
Sniiram	Système national inter-régimes de l'assurance maladie
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
Sras	Syndrome respiratoire aigu sévère
Sros	Schéma régional de l'organisation des soins
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TMS	Troubles musculo-squelettiques
T2A	Tarifcation à l'activité
VADS	Voies aéro-digestives supérieures
Uncam	Union nationale des caisses d'assurance maladie
Urcam	Union régionale des caisses d'assurance maladie
VIH/HIV	Virus de l'immunodéficience humaine

T A B L E D E S M A T I È R E S

Avant-propos	7
Coordinateurs - Liste des contributeurs	9
Introduction	11

CHAPITRE I

Vue d'ensemble sur la santé de la population	Santé perçue, maladies déclarées et limitations dans la vie quotidienne	13
	– Une espérance de vie en hausse mais des incapacités en expansion	14
	– La place croissante des maladies chroniques	16
	– Des recours aux hospitalisations en hausse	16
13	– Une diminution de la fréquence de la plupart des causes de décès mais des inégalités sociales et territoriales persistantes	17
	<i>Encadré : Définitions</i>	19

CHAPITRE II

Problèmes de santé et pathologies	Les cancers	21
	Les maladies cardio-vasculaires	23
	– Les accidents vasculaires cérébraux	24
	– Les cardiopathies ischémiques	25
21	– L'insuffisance cardiaque	25
	– Les facteurs de risque cardio-vasculaire	25
	Le diabète et l'obésité	27
	– Des problèmes de santé très liés	27
	– La prise en charge thérapeutique	27
	Les maladies respiratoires	29
	– L'asthme	29
	– La bronchopneumopathie chronique obstructive	30
	Les troubles mentaux et du comportement	31
	Les maladies infectieuses	33
	Les maladies émergentes	35
	Les problèmes liées aux catastrophes naturelles et industrielles	37
	Les accidents	39

CHAPITRE III

La santé aux différents âges de la vie	Le temps de la grossesse	41
	La santé périnatale	43
	La santé des enfants	45
	<i>Encadré : Le dispositif de l'enfance en danger</i>	47
41	La santé des adolescents et des jeunes adultes	48
	La santé des personnes âgées	50
	<i>Encadré : Extrait du rapport du Comité Avancée en âge, prévention et qualité de vie (Dr Jean-Paul Aquino, février 2013)</i>	51

CHAPITRE IV

Les déterminants de la santé

53	Concepts, méthodes et cadre général.....	53
	Conduites et styles de vie.....	55
	– Connaissances et perception des risques.....	55
	– Environnement familial et social.....	56
	– Vie affective et sexuelle.....	59
	– Alimentation.....	60
	– Activité physique et sédentarité.....	62
	– Consommation d'alcool.....	63
	– Consommation de tabac.....	66
	– Autres addictions.....	68
	Environnement général.....	70
	Urbanisme, transports.....	72
	Santé et travail.....	74
	Santé et système de soins.....	75

CHAPITRE V

Inégalités sociales et territoriales

79	Concepts et méthodes.....	79
	– Disparités ou inégalités ?.....	79
	– Mesure des inégalités sociales et territoriales de santé.....	80
	Inégalités sociales de santé.....	82
	Inégalités territoriales de santé.....	83
	– L'accès aux professionnels de santé : avant tout un problème de répartition.....	84
	– L'effet des recompositions hospitalières.....	85
	<i>Encadré : Mieux appréhender la question de l'accessibilité aux soins</i>	86
	Éléments de comparaison internationale.....	87

CHAPITRE VI

Enjeux pour les politiques de santé

89	Développement des maladies chroniques et vieillissement.....	89
	– De la transition épidémiologique à la transition sanitaire.....	90
	– Les soins et le soutien médico-social aux personnes malades.....	91
	– La place grandissante des proches.....	92
	<i>Encadré : Prise en charge des personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux</i>	93
	Faut-il cibler des populations « à risques » ?.....	94
	Le nouvel agenda des politiques de santé.....	96
	– Enjeux de la prévention.....	96
	• Quel périmètre pour la prévention ?.....	96
	• Une action tutélaire renouvelée.....	97
	<i>Encadrés : Variation du prix du tabac et consommation des jeunes</i>	98
	<i>Les grandes étapes de la lutte contre le tabagisme en France</i>	99
	Communication en santé.....	100
	Éducation des patients.....	101

CHAPITRE VII

**Regard
international
105**

La santé sans frontières.....105

- Caractéristiques de la globalisation sanitaire.....105
- Les influences internationales sur les politiques nationales de santé.....106
 - Une influence mondiale.....106
 - Une influence européenne.....107
- Encadrés : Le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies*108
- L'Agence européenne des médicaments*.....108
- Les indicateurs de santé définis par la Commission européenne*108

L'expérience de la réforme chez nos partenaires.....109

- Typologie des systèmes de santé européens.....109
- La décentralisation des systèmes de santé.....110
- La mise en concurrence110
 - La mise en concurrence des prestataires de soins110
 - Encadré : Le modèle des quasi-marchés*111
 - La mise en concurrence des financeurs.....111
- Le gouvernement à distance de la santé et le retour de l'État régulateur.....111
 - En Angleterre : la mise à distance du gouvernement par la création des agences112
 - En Espagne : les difficultés d'un État régulateur face aux systèmes de santé fortement régionalisés112
 - En Suède : l'expérience des difficultés de la fixation partagée de priorités pour les soins et la santé publique.....113
 - En Allemagne : vers un rôle régulateur de l'État fédéral.....114

CHAPITRE VIII

**La réforme
de la politique
de santé
de France
115**

Un peu d'histoire.....115

- De l'hygiène sociale à la médecine moderne.....115
- Entre autonomie professionnelle et solidarité.....116
- Deux logiques sociales parallèles.....116

Un nouveau rapport à la société117

- La prégnance de la sécurité sanitaire117
- Encadré : Les agences de sécurité sanitaire*119

L'exigence démocratique.....120

- Le rôle des experts militants.....120
- Démocratie sanitaire et évolution des représentations.....121
- Encadrés : La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)*.....121
- Les conférences de territoire*.....122
- Les préoccupations éthiques.....122
- L'information des usagers et des consommateurs.....122
- L'analyse médico-économique des décisions publiques123

Les transformations de la politique nationale de santé.....125

- La loi de santé publique de 2004 ou le renouveau de la programmation.....125
- Encadrés : Synthèse des résultats de l'évaluation des objectifs de la loi de 2004 par le HCSP (2010)*126
- Les plans de santé publique*.....127

La stratégie nationale de santé aujourd'hui.....128

- Encadrés : Les 19 propositions du Comité des sages*.....128
- Stratégie nationale de santé : vers la refondation du système de santé français*.....129

Les politiques face à la perte d'autonomie.....130

- L'adaptation au vieillissement130
- Encadré : L'organisation du soutien à domicile*131
- Les dispositifs de compensation du handicap131
- Encadré : Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.....131

CHAPITRE IX

La territorialisation des politiques de santé

135

La construction institutionnelle.....	135
– Des prémices aux ARS.....	135
– Les Agences régionales de santé.....	136
– Territoires de santé.....	137
<i>Encadré : La loi HPST et sa genèse.....</i>	138
– L'implication des collectivités territoriales en matière de santé.....	138
<i>Encadré : Compétences des collectivités dans le champ de l'action sociale et médico-sociale.....</i>	139
– Les moyens de la régulation.....	139
<i>Encadrés : Extrait du rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale (septembre 2014).....</i>	141
<i>ARS et régulation : le questionnement posé en 2008 par Yves Bur (introduction de son rapport)....</i>	142
Enjeux pour de la territorialisation.....	143
– L'articulation des politiques entre les échelons territoriaux.....	143
<i>Encadré : Quelques propositions formulées par le groupe transversal Santé en régions du HCSP lors du séminaire du 11 décembre 2013.....</i>	144
– La politique de prévention sanitaire territorialisée.....	144
– Proximité, qualité, accessibilité des soins : quelle priorité ?.....	146
– La télésanté : une réponse aux inégalités territoriales de santé ?.....	146
<i>Encadré : L'exemple canadien.....</i>	147
• Avancées notables.....	147
<i>Encadré : L'appréciation de la Cour des comptes sur la télésanté.....</i>	148
• Télémédecine.....	148
<i>Encadré : Rapport du Comité des sages, Un projet global pour la stratégie nationale de santé Proposition n°11 : développer la télémédecine à bon escient.....</i>	149
– La question de la péréquation.....	150

CHAPITRE X

Bâtir une approche stratégique

153

Contribution à une approche stratégique de la santé.....	153
Les trois temps d'une politique de santé publique et les indicateurs afférents.....	155
– Les indicateurs descriptifs.....	155
– Les indicateurs de suivi.....	156
– Les indicateurs de résultats.....	156
Le système d'information pour la santé publique.....	157
Les données de mortalité.....	158
Les données de morbidité et de recours aux soins.....	158
<i>Encadrés : Les principales bases de données nationales.....</i>	159
<i>Évaluation et sources de données : l'exemple de la politique vaccinale.....</i>	160
L'évaluation des politiques de santé.....	161
– Pourquoi évaluer ?.....	161
<i>Encadré : L'évaluation des plans par le HCSP.....</i>	161
– Indicateurs et évaluation : des données aux impacts de l'action collective.....	162
<i>Encadré : Le dépistage du cancer du sein.....</i>	164
La prospective en santé.....	165
– Objectifs et méthodes.....	165
<i>Encadré : Relations entre prospective et stratégie.....</i>	165
– Les perspectives des politiques et des systèmes de santé.....	166
Postface.....	168
Glossaire.....	170

Santé en France

Problèmes et politiques

Le parcours qui conduit des problèmes de santé aux politiques peut sembler d'évidence. Il n'en est rien. Il s'agit de (ré)concilier des réalités épidémiologiques, institutionnelles, économiques, territoriales séparées en un ensemble cohérent, capable à la fois de faire consensus entre les acteurs, au moins sur l'essentiel, et de donner du sens à une politique.

Santé en France 2015 traite des problèmes et des déterminants de santé, mais aussi de la lecture qu'il convient d'en faire et des stratégies à développer en termes de politiques publiques, dans le champ de la santé mais aussi dans d'autres secteurs, aux différents échelons.

Cet ouvrage a été produit par des experts du Haut Conseil de la santé publique. Il a aussi bénéficié du concours de chercheurs et de décideurs n'appartenant pas à cette institution. Mobilisant différents savoirs disciplinaires (épidémiologie, santé publique, sociologie, sciences politiques...), il apporte un témoignage sur les progrès accomplis par le système de santé français et sur ce qu'il reste à faire.

Il est opportunément publié au moment où une nouvelle loi de santé va être discutée au Parlement. Ceux qui en débattront et ceux qui voudront comprendre l'insistance mise sur telle ou telle pathologie, tel ou tel déterminant, telle ou telle inégalité trouveront ici éclairages et illustrations.

Diffusion

Direction de l'information légale et administrative

La documentation Française

Tél. : 01 40 15 70 10 - www.ladocumentationfrancaise.fr

Imprimé en France

Prix : 14 €

DF : 5HC39510

ISBN : 978 - 2 - 11 - 009981 - 5

