

Paris, le 13 septembre 1996

Monsieur le ministre
du travail et des affaires sociales,

Monsieur le ministre,

Vous m'avez fait l'honneur, aux termes de l'arrêté du 27 août 1996, de me désigner comme l'une des dix personnalités qualifiées nommées parmi les soixante-douze membres de la Conférence Nationale de Santé. Vous m'avez aussi désigné pour être le président de la Conférence 1996. Cette désignation a induit trois missions 1) organiser les débats de la Conférence, 2) en animer et/ou en modérer les débats pour faciliter la participation de tous, 3) écrire un rapport, remplissant les objectifs décrits dans l'article R766 du Décret 96-720 du 13 Août 1996 :

"Les analyses et propositions de la Conférence Nationale de Santé sont adoptées à la majorité des voix des membres présents. Elles font l'objet d'un rapport que le président transmet au Ministère de la Santé dans les dix jours qui suivent l'issue de la conférence"

Quoique la nomination du président d'une telle conférence supprime le bénéfice de la légitimité conférée par l'élection, cette procédure transitoire, rendue nécessaire par les délais imposés, donne plus de liberté d'action, tout comme l'absence de schéma rigoureux proposé jusqu'à ce jour pour la structure du rapport laisse plus de place à la liberté d'expression.

J'ai utilisé cette liberté avec pour objectif premier de vous informer, et pour objectif second de faciliter la lecture ultérieure du texte par des parlementaires de toutes origines et de toutes tendances politiques.

Qu'il me soit permis de vous dire le plaisir que j'ai éprouvé à l'indépendance qui m'a été donnée. Entre le 7 août 1996 et aujourd'hui, j'ai certes reçu de vous-mêmes ou des membres de vos cabinets, des explications sur les textes réglementaires et leur esprit. A aucun moment, je n'ai perçu une pression ou recueilli une suggestion de nature politique susceptible d'influencer mon comportement lors du déroulement de la conférence ou lors de la rédaction de mon rapport. De plus, ce rapport a pu vous être remis sans aucun contact préliminaire. Il est envoyé simultanément aux membres de la Conférence. Ainsi est garantie l'indépendance totale du contenu de ce texte lorsque vous le ferez connaître aux parlementaires.

Veuillez agréer, Monsieur le ministre, l'expression de mes sentiments respectueux et dévoués.

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, overlapping strokes that form a stylized, somewhat abstract shape.

Professeur Joël MENARD
Président de la Conférence Nationale
de Santé 1996

Pans, le 13 septembre 1996

Monsieur le secrétaire d'Etat
à la santé et à la sécurité sociale,

Monsieur le Ministre,

Vous m'avez fait l'honneur, aux termes de l'arrêté du 27 août 1996, de me désigner comme l'une des dix personnalités qualifiées nommées parmi les soixante-douze membres de la Conférence Nationale de Santé. Vous m'avez aussi désigné pour être le président de la Conférence 1996. Cette désignation a induit trois missions 1) organiser les débats de la Conférence, 2) en animer et/ou en modérer les débats pour faciliter la participation de tous, 3) écrire un rapport, remplissant les objectifs décrits dans l'article R766 du Décret 96-720 du 13 Août 1996 :

"Les analyses et propositions de la Conférence Nationale de Santé sont adoptées à la majorité des voix des membres présents. Elles font l'objet d'un rapport que le président transmet au Ministère de la Santé dans les dix jours qui suivent l'issue de la conférence"

Quoique la nomination du président d'une telle conférence supprime le bénéfice de la légitimité conférée par l'élection, cette procédure transitoire, rendue nécessaire par les délais imposés, donne plus de liberté d'action, tout comme l'absence de schéma rigoureux proposé jusqu'à ce jour pour la structure du rapport laisse plus de place à la liberté d'expression.

J'ai utilisé cette liberté avec pour objectif premier de vous informer, et pour objectif second de faciliter la lecture ultérieure du texte par des parlementaires de toutes origines et de toutes tendances politiques.

Qu'il me soit permis de vous dire le plaisir que j'ai éprouvé à l'indépendance qui m'a été donnée. Entre le 7 août 1996 et aujourd'hui, j'ai certes reçu de vous-mêmes ou des membres de vos cabinets, des explications sur les textes réglementaires et leur esprit. A aucun moment, je n'ai perçu une pression ou recueilli une suggestion de nature politique susceptible d'influencer mon comportement lors du déroulement de la conférence ou lors de la rédaction de mon rapport. De plus, ce rapport a pu vous être remis sans aucun contact préliminaire. Il est envoyé simultanément aux membres de la Conférence. Ainsi est garantie l'indépendance totale du contenu de ce texte lorsque vous le ferez connaître aux parlementaires.

Veuillez agréer, Monsieur le ministre, l'expression de mes sentiments respectueux et dévoués.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'J' and 'M' followed by a horizontal line.

Professeur Joël MENARD
Président de la Conférence Nationale
de Santé 1996

Sommaire

- Rapport de la conférence nationale
- Annexes:
 - Politique de santé et question d'éthique
 - Rapports des ateliers:
 - Réduire la mortalité prématurée évitable
 - Réduire les incapacités évitables
 - Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et malades
 - Réduire les inégalités de santé
 - Accidents iatrogéniques
 - Liste des membres de la conférence nationale de santé
 - Glossaire
- Remerciements

INTRODUCTION

Ce rapport transmet le plus fidèlement possible les propositions débattues par la Conférence Nationale de Santé 1996, et agréées *par la majorité de ses membres présents travaillant en session plénière*.

La nécessité d'une présentation qui s'efforce d'être suffisamment attrayante pour être utile risque bien sûr de dénaturer en apparence ou réellement certaines des opinions de ceux qui se sont engagés sur les propositions.

Pour éviter ce risque, et les contestations qui en résulteraient, les deux responsables de chacun des quatre groupes de travail, qui ont siégé en deux séances d'une heure et demie le 3 septembre 1996 et deux heures et demie le 4 septembre 1996, ont rédigé des comptes rendus des travaux de leur groupe, intégralement présentés dans les annexes. Ces comptes rendus sont basés sur leur propre témoignage et sur les notes prises par deux fonctionnaires de la Direction Générale de la Santé, de la Direction des Hôpitaux, ou de la Direction de la Sécurité Sociale, présents dans chaque groupe de travail. Ayant accepté de ne pas participer aux discussions, ces professionnels ont contribué au bon déroulement de la conférence, et à l'information de tous les participants, avec une efficacité et une discrétion dont ils doivent être remerciés.

Le texte du rapport inclut la formulation complète et exacte des propositions qui ont reçu l'agrément de la Conférence en séance plénière. Leur apparition est marquée par des caractères gras dans le texte, et elles sont le plus souvent présentées dans des tableaux. La photocopie des transparents utilisés en session plénière a été distribuée aux participants.

Les réflexions ou critiques éventuellement induites par ce mode d'écriture du rapport pourront d'ailleurs faciliter le travail du Bureau de huit membres qui a été élu par la Conférence pour préparer la Conférence 1997. Il faudra bien en effet un travail de tous pendant un an pour déterminer les méthodes qui permettront à un groupe de 72 personnes, hétérogène mais motivé, de bien communiquer et de bien réfléchir dans un intervalle de temps de trois jours par an.

L'écriture de ce rapport vise donc à résumer et expliquer les avis émis par 72 personnes qui, pour la première fois, se rencontraient en temps qu'utilisateurs ou participants du système de santé. La Conférence symbolise le **"Passage d'un système de distribution des soins à un système global d'organisation de la Santé"**. Les espoirs du rapporteur sont de servir les 69 auteurs du rapport présents à la Conférence et d'informer le plus précisément possible le Gouvernement pour que soit offert aux parlementaires un texte susceptible de retenir leur attention, avant qu'il ne contribue à guider leurs choix.

DEROULEMENT DE LA CONFÉRENCE, 2-4 SEPTEMBRE 1996

La Conférence Nationale de Santé 1996 *a bien été destinataire du rapport écrit pour elle par le Haut Comité de la Santé Publique*. Elle a remercié le Vice-Président, Pierre Ducimetière, et ses collègues, pour la qualité de leur travail. La présentation du rapport figurera dans les annexes. Le délai donné aux participants pour étudier le rapport a été court, à la limite de l'acceptable. Les informations du rapport du Haut comité de la Santé Publique prolongent et amplifient l'excellent travail fait par ce Comité dans les années précédentes et déjà publié (1,2). La Conférence a aussi auditionné le Directeur Général de la Santé, qui a clairement tiré pour elle les principaux enseignements des 20 Conférences Régionales de Santé qui s'étaient tenues jusqu'à ce jour et avaient réuni 7240 participants. Le Directeur Général de la Santé a analysé les priorités communes de ces conférences régionales, et leurs différences. La Conférence Nationale de Santé a auditionné les représentants de cinq organismes assurant le remboursement

des dépenses de soins. Ceux-ci l'ont informée avec le plus de précision et d'objectivité possibles sur leurs structures et leurs résultats. Hormis l'appui efficace et indispensable des services du Ministère du Travail et des Affaires Sociales, qui ont, en cours de réunion, communiqué rapidement des informations nécessaires sur certains problèmes de santé (entre autres, les infections dites nosocomiales), la Conférence et son président n'ont pas fait appel cette année à *des services, organismes ou personnels compétents en matière de santé*. Le délai bref de mise en place de la Conférence 1996 ne l'a pas permis, mais le travail préparatoire de la Conférence 1997, qui sera organisée par le bureau élu en 1996, fera certainement appel à certains d'entre eux par l'intermédiaire de groupes de travail qui seront mis en place. Monsieur Jacques Monnot qui avait animé la réflexion sur l'organisation d'une Conférence Nationale de Santé était invité, mais ne participait pas au débat. La difficulté de réaliser le programme de travail entre le 2 et le 4 septembre 1996 n'a pas permis d'informer valablement la presse. De ce fait, il pourrait être utile que les effets pédagogiques de cette première rencontre de tous les participants du système de santé puissent à nouveau être amplifiés, au niveau régional et national.

LES PRINCIPES GÉNÉRAUX

Avant de proposer des priorités de politique de santé publique ou des orientations pour la prise en charge des soins, la Conférence a cherché à définir les principes généraux de son approche. Puis elle a sélectionné des critères généraux utiles à ses choix. Elle a enfin choisi des modalités d'action, communes à toutes les priorités et orientations susceptibles d'être retenues.

a) Les Principes généraux

La réflexion de la Conférence s'est appuyée sur les pages 133 et 134 du rapport du Haut Comité de la Santé Publique, et sur l'intervention du Pr Changeux, président du Comité Consultatif National d'Ethique. Cette intervention est présente dans les annexes. Une réflexion éthique a donc inauguré le travail de la Conférence Nationale de Santé 1996 et en a influencé l'esprit.

Le premier principe est celui du respect de la dignité humaine. L'établissement de priorités de santé publique ne peut s'envisager qu'à la condition de reconnaître à tous la même dignité et de donner à tous les mêmes chances. En s'exprimant, chaque participant de la Conférence Nationale de Santé a peu à peu réalisé qu'il représentait en priorité ceux qui, pour des raisons physiques (âge, handicap), mentales ou sociales, ne sont pas en mesure de choisir.

Le second principe concerne l'absolue nécessité d'introduire la solidarité après l'analyse des besoins. Le système de santé français fonctionne, dans son ensemble, jusqu'à ce jour, sur l'offre sanitaire ou sociale. De multiples composantes ont déterminé cette offre : une réflexion administrative, la générosité des initiatives locales, les influences politiques communales, départementales, régionales et nationales, les hasards, les coutumes, les opportunités de consommation ou de marché. La connaissance préalable des besoins liés à la santé des citoyens d'un pays est une autre approche de l'organisation d'un système de soins, basée sur la réponse aux besoins prioritaires. Si la solidarité ne guide pas l'interprétation des informations chiffrées données pour analyser les besoins, il existe un énorme risque de choisir des priorités sur la base d'intérêts personnels ou catégoriels, ou sous la pression d'influences. Notre société est habituée à des offres multiples. Elle n'a pas nécessairement les informations voulues sur la qualité de ces offres. Elle n'en perçoit pas précisément les coûts. Elle accepte implicitement les transferts des uns aux autres. Quand l'analyse des besoins précède

l'organisation de l'offre, la solidarité doit guider les rapports entre les individus, entre les groupes professionnels, entre les générations et à l'intérieur des générations, entre les régions et à l'intérieur d'une même région.

Le troisième principe est la prise en compte de l'efficience. C'est la recherche d'une qualité optimale pour un coût minimal, problème de santé par problème de santé, moyen par moyen, qu'il soit éducatif, préventif, curatif ou palliatif.

b) Les critères de choix de priorités de santé publique ou d'orientations pour la prise en charge des soins

Indispensables pour l'analyse rigoureuse d'une situation, les critères peuvent s'effacer derrière les principes, dans certaines circonstances.

- **Les chiffres.** Leur multiplicité est effrayante. Il est évident que grâce au travail réalisé par de nombreux organismes, dont il serait souhaitable de toujours veiller à ce que leurs approches soient complémentaires et jamais redondantes, il est faux de dire que la France n'a pas d'informations sur son état de santé. Le rapport de la FNORS "La Santé observée en France" le montre bien (3). Le problème réel est celui de la maîtrise de ces informations et de leur synthèse objective. La part d'interprétation subjective qui naît de l'observation des chiffres est illustrée par l'image de la bouteille à moitié vide ou à moitié pleine. Lorsque l'incidence d'une pathologie ou d'un handicap diminue, cela ne veut pas dire que la situation soit idéale, surtout quand d'autres pays apportent la preuve qu'une performance meilleure est possible (par exemple, les décès par accidents de la route dans les différents pays européens). Par ailleurs, certaines maladies rares ou handicaps ont une charge émotionnelle si forte que même de petits nombres de cas sont inacceptables. La mobilisation autour des maladies génétiques que sont les myopathies de l'enfant en France en est un exemple récent qui a fait jouer une double solidarité : celle des donateurs, et celle des collecteurs de dons qui ont choisi de redistribuer le financement

obtenu vers la génétique en général. Un effort d'entraide sur une maladie rare a ainsi favorisé une accélération des connaissances génétiques dont bénéficient les malades atteints du SIDA, de maladies cardiovasculaires et de cancers.

- **Les tendances.** Ce critère sous-tend la mise en oeuvre d'actions d'anticipation. L'analyse fine des tendances avec une périodicité correctement espacée peut permettre la mise en route précoce et financièrement chiffrée d'actions telles des vaccinations ou des thérapeutiques médicamenteuses, la protection de l'environnement, l'information des adolescents. Grâce à la prise en compte d'une échelle de temps correcte, une tendance doit être distinguée d'une fluctuation de hasard liée à un échantillonnage trop fréquent (ce qui arrive pour les sondages). Une tendance favorable peut ouvrir la voie à une recherche sur la minimisation des coûts, mais elle ne doit être interprétée qu'en fonction de l'éloignement ou non de l'objectif atteignable. Certains objectifs lointains sont atteignables quoiqu'ambitieux (disparition des maladies cardiovasculaires précoces, dans l'hypothèse d'une société sans tabac), d'autres ne le sont pas, tels l'absence de risque nul lors des recours au système de soins.
- **Le rapport coût-efficacité.** On cherche à obtenir des résultats de même qualité à moindre coût, ou des résultats de qualité accrue au même coût. Un résultat de meilleure qualité pour un coût supérieur est, selon les circonstances, un objectif parfaitement acceptable si l'action proposée est conforme aux principes initiaux choisis, et si elle est proposée en prenant en compte les conséquences des choix individuels sur la santé de tous.
- **La faisabilité et le calendrier d'application.** Dans un pays qui a vécu sur l'idée que le mot impossible n'était pas français, ce critère général doit être souvent rappelé comme un retour permanent au pragmatisme.

- **L'acceptabilité.** Il est évident que si les priorités choisies ou les orientations proposées ne sont pas acceptables par les individus, par les groupes ou, point majeur, par les professionnels, il n'est pas possible de les mettre en oeuvre ou leur calendrier d'application devient impossible à déterminer. Les négociations avec les professionnels des secteurs sanitaire et social sont nécessaires et multiformes. Elles ne peuvent exister dans le cadre d'une Conférence Nationale de Santé annuelle qui demande en trois jours à tous les participants du système de santé de synthétiser les informations disponibles et de choisir des orientations pratiques, conformes à certains principes éthiques et sélectionnées sur certains critères. Bien au-delà des problèmes catégoriels, le changement culturel introduit par le débat public sur les choix de santé, au niveau de la population, d'abord lors de la conférence, puis au niveau de la Représentativité Nationale, doit être compris. En dépit de l'intervalle de temps court donné à la première Conférence Nationale de Santé, il est surprenant d'observer comment une plate-forme d'orientations acceptables par tous a pu être définie. Les professionnels du système de soins ont accepté, pendant deux jours et demi, dans la conjoncture actuelle, de faire passer au second plan leurs soucis catégoriels, pour chercher en toute indépendance des voies de progrès. Ils savent que leurs activités professionnelles en seront modifiées. Ils n'en seront que plus demandeurs de discussions ultérieures dans un autre cadre. Les représentants des régions ont analysé sereinement leurs différences, comme autant de corrections à envisager pour réduire les inégalités. Ils n'en seront que plus attentifs aux données des prochaines années, la persistance de certaines inégalités devenant avec le temps d'autant moins acceptables qu'elles auront été mieux mises en lumière. De toutes façons, tous les acteurs de santé - gouvernement, Parlement, organismes payeurs, professionnels de santé, usagers - apprécieront qu'une aide à la décision soit disponible pour la définition d'une politique de santé.

- **L'impact socio-économique.** Il n'était ni dans la mission, ni dans les possibilités pratiques de la Conférence Nationale de Santé 1996 de chiffrer l'impact économique de ses priorités. Certaines des propositions de modalités d'action peuvent être controversées, mais la majorité d'entre elles sont exclusivement dans le versant technique de la prise en charge de la santé, et pourront être chiffrées.

c) **Les modalités d'action**

Pour toutes les priorités de santé publique ou orientations pour la prise en charge des soins discutées en 1996, retenues et non retenues, la Conférence a identifié cinq modalités d'action communes. Elles ne doivent pas être considérées comme la répétition banale de refrains connus, car derrière chaque mot, existe la nécessité approuvée par tous d'un changement, et chaque modalité d'action doit être adaptée à la priorité ou à l'orientation de prise en charge des soins choisie.

- **Informier.** Au moment où les accès à l'information se multiplient de manière croissante, le bruit de fond créé ne permet plus de cibler l'information vers ceux ou celles à qui elle pourrait bénéficier. Le besoin d'informations spécifiques n'est pas perçu et se retrouve en compétition avec une multiplicité d'informations qui sont elles spontanément recherchées. Il y a distorsion de la connaissance (les cigarettes légères sont vraiment moins dangereuses dit-on, ou tout le monde peut bien se soigner en France. ce qui est faux). Sur chaque thème retenu par la Conférence. Il faut en fait informer des tranches particulières d'âge, des catégories sociales particulières, ou des régions prioritaires. L'information doit changer, pour être spécifique, ciblée, attrayante.

- **Former.** Dans le système de soins. l'explosion de techniques nouvelles de diagnostic et de traitement permet leur application immédiate, avant même que leur utilité à l'ensemble des malades et à la société n'ait été validée. Les concepts de qualité et d'évaluation doivent être

inclus dans les formations initiales et continues de toutes les professions de santé. Des programmes de formation spécifiques devraient permettre à des professionnels et à des non-professionnels, rémunérés ou non rémunérés, d'acquérir ou d'échanger des connaissances susceptibles de modifier leurs comportements personnels ou professionnels. Une formation renouvelée est nécessaire aux interventions sanitaires comme aux interventions sociales, en un va-et-vient permanent. L'éducation pour la santé est partout nécessaire, et elle n'est pas la même à tous les âges.

- **Coordonner.** Parmi les annexes, figure un glossaire donnant les principaux sigles d'organismes dont l'activité intéresse la Santé Publique. Il fut distribué aux membres de la Conférence et cette liste non exhaustive est bien sûr totalement impossible à mémoriser. Une action efficace est toujours une action simple, mais les problèmes de santé sont multifactoriels. Une coordination transparente pour tous et surtout pour le bénéficiaire potentiel de plusieurs actions simples, est indispensable à toute action. Derrière le mot coordination, choisi par la Conférence, on trouverait sans doute simplification, thème sélectionné par l'une des Conférences Régionales de Santé.
- **Evaluer.** Dans une situation assez urgente où les ressources utilisables sont limitées, toute action nouvelle doit inclure une évaluation simple, adaptée et immédiate. Toute action ancienne qui n'a pas été évaluée et qui peut permettre une reconversion des ressources financières et humaines utilisées, ne peut perdurer sur la seule légitimité de son ancienneté.
- **Responsabiliser.** Dans le respect total de la personne et de la liberté individuelle, la responsabilisation de tous les acteurs est un objectif de toute modalité d'action.

Ayant ainsi réfléchi sur des principes, ayant sélectionné des critères de choix, ayant défini des méthodes générales d'intervention, la Conférence a sélectionné dix priorités qui sont présentées sans hiérarchisation entre elles.

DIX PRIORITÉS D'ÉGALE IMPORTANCE

- . **Donner des moyens à la promotion de la santé et à son évaluation.**
- . **Coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux en assurer la continuité de la maternité à l'adolescence.**
- . **Renforcer immédiatement les actions et les programmes de prévention-éducation visant à éviter la dépendance chez l'adolescent (alcool, tabac, drogue, médicaments psychotropes).**
- . **Maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées dépendantes qui en font librement le choix.**
- . **Améliorer les performances et décloisonner le système de lutte contre le cancer.**
- . **Prévenir les suicides.**
- . **Obtenir plus d'informations sur les morts accidentelles (hors accidents de la route et du travail).**
- . **Réduire l'incidence des accidents iatrogéniques évitables, médicamenteux et non médicamenteux.**
- . **Garantir à tous l'accès à des soins de qualité.**
- . **Réduire les inégalités de santé intra- et interrégionales.**

La présentation de dix priorités au sein d'un rapport est difficile lorsqu'on veut marquer qu'elles sont d'égale importance : l'ordre dans lequel elle seront découvertes risque à tort d'influencer le lecteur sur cette importance. Dans ce rapport, l'ordre d'apparition dans le texte n'est pas un ordre de priorité. De même, l'absence de citation d'une maladie ou d'un handicap auquel peut être plus sensible un lecteur qui en souffre ou qui les prend en charge, ne traduit pas un oubli ou une sous-estimation, quoiqu'elle puisse être une erreur de jugement. Il faut rappeler

à nouveau que les efforts de protection de la santé (on ne traite pas ici du soin individuel) ont reposé jusqu'à présent sur des choix implicites. Faire des choix explicites, prioritaires pendant un certain temps et débattus par les usagers et les professionnels de santé, sur la base d'informations scientifiques validées, vise à utiliser au mieux les ressources disponibles. Cette approche n'est pas appliquée au nom de principes économiques mais au nom du respect de la personne humaine, de la solidarité et de l'efficience (voir ci-dessus). Au cours des siècles et sur beaucoup d'activités, les Français ont trouvé les expressions adéquates pour critiquer l'absence de choix : faire la politique de l'autruche, noyer le poisson, utiliser la langue de bois. La Conférence Nationale de Santé 1996 et son rapporteur ont souhaité rompre avec ces habitudes en choisissant 10 priorités précises.

Pour lire le texte décrivant les priorités proposées, il faut considérer que la première priorité recouvre les neuf autres. Les périodes de la vie ordonnent les trois suivantes. Les risques de tous âges sont décrits dans les quatre suivantes. La prise en compte de l'état social, puis de la géographie et des structures administratives de notre pays inspirent les deux dernières. Ces priorités ont été choisies pour tenter de rendre le maximum de services au plus grand nombre ou aux plus défavorisés, surtout s'il ne s'expriment pas. En les retenant, la Conférence estime que la mise en oeuvre des propositions d'action correspondantes améliorera l'ensemble du système de santé, par le dégagement pour tous, à moyen terme, de nouvelles ressources humaines et financières à partir de celles utilisées éventuellement de façon injustifiée.

DONNER DES MOYENS À LA PROMOTION DE LA SANTE ET A SON EVALUATION

- . Augmenter les fonds de prévention des organismes d'assurance maladie.**
- . Redéployer les fonds de prévention des organismes d'assurance maladie.**
- . Augmenter les taxes sur l'alcool et le tabac.**
- . Attribuer une partie de ces taxes aux actions de promotion de la santé.**
- . Durcir la réglementation concernant l'alcool et le tabac.**
- . Développer les formations à la promotion de la santé et à l'éducation pour la santé.**

La Promotion de la Santé inclut l'éducation pour la Santé et la prévention des déficiences, des comportements à risque et des maladies. Les caractéristiques d'un état de santé sont simultanément commandées par de nombreuses variables, et de ce fait la contribution d'une action isolée d'éducation ou de prévention n'est pas toujours évidente. Ainsi, l'éducation en faveur d'une conduite automobile prudente a-t-elle été un moyen au milieu d'autres pour diminuer la fréquence des accidents de la voie publique : l'effort des constructeurs sur la sécurité, par eux-mêmes ou sous la pression des consommateurs, la réglementation sur la vitesse, l'amélioration des voies de circulation, les sanctions et les contrôles intégrés dans un effort d'éducation, la lutte contre l'alcoolisme ont été les principaux éléments responsables du progrès récent, impressionnant quoique fragile et encore insuffisant, comme l'a montré le Haut Comité de la Santé Publique. Autre exemple, mais cette fois comme facteur unique, les conseils sur l'abandon de la position ventrale pour le couchage des nourrissons sembleraient être responsables de la réduction actuelle de la fréquence de la mort subite du nourrisson.

Donner une priorité à la promotion de la santé pour l'éducation et la prévention peut paraître banal. Ce qui l'est moins, c'est la précision souhaitée par la Conférence Nationale de Santé sur les modalités d'action et leur suivi.

Sur la base des informations disponibles, en particulier à la page 36 du rapport du Haut Comité de la Santé Publique, la Conférence Nationale de Santé a vu dans le relèvement des taxes sur les alcools et le tabac 1) un moyen efficace pour en diminuer la consommation, 2) le mode de financement possible d'actions d'éducation et de prévention dans ces domaines et dans d'autres, et non pas la dilution et la disparition de ressources nouvelles dans l'ensemble d'un budget. L'évaluation annuelle de l'application de cette modalité d'action proposée par la Conférence Nationale de Santé est particulièrement facile.

Le durcissement des réglementations est proposé pour, entre autres objectifs, prévenir et corriger les actions de contournement des marketing de l'alcool et du tabac face aux augmentations des taxes, telles que les changements de présentation (petits paquets de cigarettes, tabac à rouler, alcool en cannettes). Dans le contexte actuel d'une société où la recherche des responsabilités se développe plus qu'autrefois, avec d'ailleurs des risques d'excès, on peut facilement imaginer l'impact qu'aurait l'absence de suivi d'une action sur les réglementations telle que le suggère la Conférence. Le fameux "amendement buvette" a fait connaître la force des groupes de pression face aux risques pour la santé.

Les organismes payeurs, obligatoires et facultatifs, se déclarent favorables à leur implication plus grande dans les actions de prévention individuelles et générales. La Conférence en prend acte, car leurs efforts sont louables, indispensables et mesurables. Ayant insisté sur la nécessité d'évaluer, elle signale, dans le plus grand respect de la liberté de gestion des organismes payeurs, que les actions de prévention les plus anciennes et les plus coûteuses devraient bénéficier rapidement d'audits financiers, organisationnels, de qualité et de résultats, afin de bien reconnaître celles qui facilitent réellement l'accès à des soins bien intégrés dans le

système de soins ordinaire, ou qui en pallient les carences. L'objectif, dans le cadre d'une efficience accrue, est de dégager les ressources nouvelles nécessaires pour une prévention moderne, reposant par exemple sur l'établissement de coopérations contractuelles entre les travailleurs sociaux et le système de soins hospitaliers, ou sur le développement d'activités d'éducation et de prévention nouvelles par les médecins du secteur libéral.

Pour être pragmatique, on peut proposer :

Que le pourcentage de leurs dépenses dédié aux actions d'éducation et de prévention, par les organismes payeurs, obligatoires et facultatifs, soit fixé annuellement et connu du parlement.

Qu'une méthodologie d'évaluation externe soit prévue dans le budget de chaque action programmée.

La coordination avec le système de soins et l'évaluation sont particulièrement importantes pour la qualité et la démonstration de l'efficience des actions de prévention.

COORDONNER LES ACTIONS EN FAVEUR DE L'ENFANCE POUR MIEUX EN ASSURER LA CONTINUITÉ DE LA MATERNITÉ À L'ADOLESCENCE

- . Développer une prise en charge continue, par étapes coordonnées entre les différentes classes d'âge.
- . Décloisonner les systèmes en mettant en commun outils et savoir-faire, du sanitaire au social et de l'institutionnel à l'ambulatoire, notamment par des formations pluridisciplinaires et interpartenariales.
- . Repérer les différents facteurs de risque de maladies ou de comportements dangereux tout au long du développement de l'enfant.

Sur les 120.000 décès prématurés qui surviennent avant l'âge de 65 ans en France, chiffre plus mauvais que celui d'autres pays européens, 60.000 sont considérés comme évitables par le Haut Comité de la Santé Publique, dont,

40.000 par des modifications des comportements, et 20.000 par une amélioration des soins. C'est dès le début de la vie, par une action médicale et sociale avec les parents que commence la réduction de la mortalité évitable. Les actions recommandées sont pragmatiques.

RENFORCER IMMÉDIATEMENT LES ACTIONS ET LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION-ÉDUCATION VISANT À ÉVITER LES DÉPENDANCES*CHEZ L'ADOLESCENT

- . **Rendre plus complémentaires les savoir-faire existants (santé scolaire, réseaux associatifs, professionnels de santé ambulatoires).**
- . **Reconnaître, dans les activités des professionnels de santé, un temps de santé publique ou médico-social aux professionnels de santé libéraux.**
- . **Renforcer la qualité du service et des actions par une redéfinition des métiers, des reconversions d'activité, et des réaffectations des financements adaptés (Etat, Protection sociale, Collectivités territoriales).**

* **Les dépendances visées sont l'alcool, le tabac, la drogue, les médicaments psychotropes.**

La sélection de cette priorité correspond à une urgence perçue dans toutes les classes de la société. Cette priorité applique, dès les premières années de la vie, cette constatation selon laquelle l'état de santé de chacun, à un certain âge, dépend autant de ses comportements antérieurs que de ses comportements actuels.

C'est tout l'intérêt du travail "Adolescents-Enquête Nationale publiée en 1994, sur 12466 jeunes âgés en moyenne de 15 ans" (4). Il met en évidence chez les garçons de 16 à 17 ans 19 % de fumeurs quotidiens (un peu moins chez les filles), 24 % de buveurs réguliers d'alcool (moins chez les filles, mais les pourcentages ont augmenté par comparaison à une précédente enquête) et 9 % de 10 contacts antérieurs ou plus avec des drogues illicites, entre 11 et 13 ans, 5 % des garçons et 2 % des filles ont une consommation de vin, bière ou alcool forts et/ou trois ivresses au moins dans l'année. Les résultats anglais récents sont pires (5) et il ne faut pas

oublier que les comportements se copient d'un pays à l'autre ou qu'ils sont simultanément induits par une pression internationale de marketing.

Comme Emile Zola l'avait fait autrefois sur les conditions de travail, les cinéastes ont déjà témoigné : Matthieu Kazowitz sur la genèse des comportements agressifs, Stephen Frear sur l'alcoolisme du jeune et le rôle bénéfique crucial de la famille. Les modalités communes à toute action de santé identifiées par la Conférence s'appliquent pleinement ici, en particulier en ce qui concerne la coordination entre les actions possibles.

MAINTENIR EN MILIEU DE VIE ORDINAIRE LES PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES QUI EN FONT LIBREMENT LE CHOIX

- . Assurer une meilleure couverture des biens médicaux de compensation ou des déficiences.
- . Mettre en place rapidement une allocation autonomie, conçue comme un instrument de renforcement de l'autonomie et non comme une assistance.
- . Favoriser les capacités des malades et de leur entourage dans l'apprentissage de la gestion quotidienne de leur maladie ou de leur handicap.
- . Coordonner des réseaux professionnels de proximité autour des personnes âgées dépendantes et leur entourage pour faciliter leur maintien au domicile, par exemple par la promotion de formules de contractualisation locale, sur objectifs, entre services spécifiques et professionnels de santé libéraux.
- . Développer la formation en gérontologie des professionnels, et la formation des personnes impliquées, qu'elles soient bénévoles ou rémunérées.

L'augmentation avec l'âge de la prévalence des maladies chroniques et des handicaps entraîne inévitablement un coût croissant qu'il s'agit de gérer avec la meilleure efficience possible. C'est l'hypothèse de travail la plus communément admise. Elle peut être modulée par une vue plus optimiste, où les bénéfices d'une prévention individuelle et collective mieux conduite, en neutralisant les effets des maladies chroniques et en

prévenant scrupuleusement les déficiences, augmenteraient l'espérance de vie sans incapacité, tendance que le Haut Comité de la Santé Publique a déjà détectée (page 4 et 5). De toutes façons, au stade du handicap, **la dépendance physique et psychique au cours du vieillissement est un problème de santé**. On peut le prévenir et l'atténuer par des soins, en même temps qu'on contribue à le rendre plus tolérable. La deuxième modalité d'action proposée s'inscrit dans cette perspective.

La Conférence a débattu de la question essentielle de la couverture du risque dépendance et a bien noté les deux grandes options qui se présentent du point de vue des principes et des modalités.

- **Mise en oeuvre selon les principes qui fondent la couverture du risque maladie et solidarité intra-génération.**
- **Ou mise en oeuvre selon les principes de l'aide sociale.**

La Conférence ne s'est pas estimée en mesure de donner un avis immédiat mais souhaite que le débat puisse se poursuivre sur ce point.

Les modalités d'action choisies par la Conférence sont assez précises, mais bien sûr sont à discuter sur le plan national pour les deux premières, et au niveau de la Région, du Conseil Général et de la Commune pour les trois autres. Les déficiences concernées sont essentiellement oculaires, auditives et dentaires. En ce qui concerne les contrats de programme locaux, certains ont déjà été testés et évalués, pouvant par exemple associer des services d'hospitalisation à domicile, des services d'aide sociale, et des personnels de santé libéraux (médecins, kinésithérapeutes, infirmières). Les lieux de rencontres pour les familles et pour les coordinateurs des contrats de prise en charge globale pourraient favoriser les apprentissages pratiques nécessaires. De toute façon, une formation spécifique est souhaitable, dont les

modalités restent à définir, tout comme le sont les conséquences de l'acquisition de cette formation sur les rôles respectifs et les rémunérations des uns et des autres, de l'aide-ménagère au médecin.

DÉCLOISONNER LE SYSTÈME DE LUTTE CONTRE LE CANCER

- . **Coordonner les actions de dépistage et le suivi des soins.**
- . **Améliorer les performances.**

Il n'est pas surprenant que la priorité ait été donnée par la Conférence à la lutte contre le cancer. Quoique le traitement et la guérison de certaines formes de leucémie, de maladie de Hogkin, de cancers du testicule soit devenus possibles, quoique les diagnostics précoces du cancer du sein, du col de l'utérus ou du côlon soient faisables, quoique des chimiothérapies nouvelles aient été trouvées, accompagnées par les médicaments appropriés qui en diminuent les risques ou en minimisent les conséquences sur la qualité de vie, la Conférence a été frappée par le Rapport du Haut Comité de Santé Publique : il n'y a pas eu de diminution de la mortalité par cancer au cours des dernières années. Le même constat est fait aux Etats-Unis (6), dans un système de distribution des soins bien différent. Les explications sont multiples, et le progrès scientifique est lent.

En utilisant le mot décroisonner au lieu de coordonner, la Conférence fait certainement sienne la réflexion actuelle du Conseil National du Cancer, mais suggère encore une plus grande ouverture des milieux cancérologiques vers l'ensemble du système de santé. C'est particulièrement vrai pour permettre de comprendre comment trouver les ressources financières que nécessiteront les nouveaux traitements prévisibles de certains cancers qui devraient

augmenter et la qualité de vie et la durée de vie de certains cancéreux. Le financement de ce qui sera possible ne pourra être dégagé que par le recensement et la suppression de pratiques inutiles, inefficaces ou inefficientes. Des actions d'évaluation plus précises et des décisions rapides sont souhaitables pour détecter 1) les manques de coordination, 2) les défauts dans les critères de qualité nécessaires au dépistage, au traitement et au suivi, 3) les redondances dans la pratique des examens de dépistage, 4) les stratégies pronostiques inutiles. L'efficacité d'un système d'ensemble de lutte contre le cancer intégré dans l'ensemble du dispositif de soins et offrant à davantage de personnes qu'actuellement une prise en charge de qualité nécessite certainement un effort important de coordination des professionnels. Des actions incitatives doivent être mises en place. Des choix doivent être faits entre le dépistage organisé de certains cancers ou le dépistage dans le système de soins usuel appliquant les standards de qualité de la profession. La coexistence, dans la même zone géographique, de deux approches de dépistage et de soins ne reposant pas sur la même vision organisationnelle est peu souhaitable. Le meilleur système est celui qui a été évalué ou sera évaluable. Ceci peut être approché au mieux à l'intérieur de l'ensemble du système de soins, et non en isolement.

PRÉVENIR LES SUICIDES

- . **Coordonner les actions régionales.**
- . **Renforcer la recherche clinique et épidémiologique.**

La Conférence a noté la constance d'un taux élevé de suicides en France, avec une tendance plus marquée à l'âge jeune et à l'âge avancé, avec des inégalités sociales et des inégalités régionales. De plus, la consommation large de psychotropes dans notre pays s'est de toute évidence développée sans aucun effet sur la fréquence de ces décès évitables, et sans études de son impact réel sur la qualité de vie. Les approches régionales individualisées sont nécessaires tant l'amplitude du problème et ses causes peuvent varier de région à région. Les

incitations nationales peuvent aider le développement d'une approche coordonnée sociologique et médicale, en améliorant le dépistage des sujets à risque de comportement suicidaire. La recherche clinique et épidémiologique sur cette cause de mort évitable est importante.

**OBTENIR PLUS D'INFORMATIONS
SUR LES MORTS ACCIDENTELLES
(en dehors des accidents de la route et du travail)**

. Réalisation d'enquêtes.

La Conférence a été surprise par le nombre élevé de morts survenues au domicile ou au cours des loisirs (page 23 du Rapport du Haut Comité de la Santé Publique). Elle souhaiterait que des informations plus précises soient collectées, même si une diminution forte de cette cause de mortalité évitable s'observe depuis 1980. Il est en effet probable que des actions ciblées d'information et d'éducation soient nécessaires pour prévenir les morts accidentelles de cette origine.

**RÉDUIRE L'INCIDENCE DES ACCIDENTS IATROGÉNIQUES
ÉVITABLES, MÉDICAMENTEUX ET NON MÉDICAMENTEUX**

- . Former plus les médecins et mettre au point des systèmes d'aide à la prescription**
- . S'appuyer sur le dossier médical et la bonne connaissance du suivi des patients**
- . Eduquer les patients, en particulier dans le cadre des maladies chroniques**
- . Impliquer mieux le pharmacien et coordonner la méthodologie utilisable par le médecin et par le pharmacien.**

La priorité donnée à la prévention des affections iatrogènes illustre ce qu'une première Conférence Nationale de Santé peut extraire de nouveau des informations qui lui ont été présentées, en appliquant les critères de choix qu'elle s'est donnés. La Conférence met au

premier plan un problème de santé qui est sous-estimé dans ses conséquences humaines et financières. Le désastre entraîné par la distribution de sang contaminé et les conséquences judiciaires qu'il a eues pourraient pousser les uns et les autres à minimiser cette face cachée de l'exercice médical qui existe pourtant depuis des siècles et dans tous les pays, et en fait intimement partie.

Il a été nécessaire, dans une annexe du rapport de définir succinctement les accidents iatrogéniques afin de justifier les raisons pour lesquelles le rapporteur a changé l'énoncé de la priorité tel qu'il avait été accepté en séance plénière : "Favoriser la prévention des affections iatrogènes" est devenu "Réduire l'incidence des accidents iatrogéniques **évitables**, médicamenteux et non médicamenteux" (Annexe).

Les modalités d'action choisies par la Conférence Nationale de Santé 1996 s'appliquent l'une après l'autre, à l'objectif de réduction des accidents iatrogéniques **évitables**. Dans le cadre de la définition plus précise d'accidents iatrogéniques **évitables**, une extension des moyens d'actions sélectionnés dans le groupe de travail a été préparée et est présentée dans l'annexe.

La priorité donnée à la réduction des accidents iatrogéniques **évitables** répond aux demandes de la population, aux directives de l'Etat, aux contraintes des organismes payeurs. A condition qu'elle se mette en place de manière simple et acceptée de tous, elle répondra aussi aux idéaux de la profession : «Les erreurs ne devraient pas être considérées comme une maladie incurable, mais plutôt comme un évènement évitable» conclut un article récent sur la nature des erreurs humaines dans une unité de soins intensifs (7).

GARANTIR POUR TOUS L'ACCÈS A DES SOINS DE QUALITÉ

- . **Mettre en place la couverture maladie universelle.**
- . **Etendre le tiers payant et l'exonération du ticket modérateur extra-hospitalier, sous condition de ressources.**
- . **Développer des dispositifs complémentaires adaptés destinés à faciliter le retour dans le système commun :**
 - **Dispositifs précarité**
 - **Centres de crise**
 - **Structures pré et post-hopital**
 - **Places d'hébergement médicalisé.**

La réflexion est éthique et doit conduire à une approche pragmatique. Quand on découvre, dans le rapport du Haut Comité Médical de la Santé Publique, l'amplitude à tous âges, des inégalités face à la maladie et à la mort, dans un gradient moyen de 1 à 3 entre les plus riches et/ou les plus éduqués et les moins riches et/ou les moins éduqués. quand ce gradient atteint 10 pour les maladies très influencées par les comportements (cancer des voies aérorespiratoires supérieures, cirrhose), on se doit de poser la question : est-ce acceptable ?

La situation décrite aujourd'hui correspond pourtant aux résultats obtenus dans le système de santé de 1945 à 1995. Quelles seront les conséquences pour la santé en France de la situation socio-économique actuelle, dans quels délais les conséquences apparaîtront-elles, et comment mettre en action ensemble le système social et le système de soins pour rester solidaires et tamponner les conséquences des changements défavorables de notre société ?

- 1) En parler, ce que fait la Conférence, pour informer les Français que le mauvais état de santé croissant de certains d'entre eux en nombre croissant, peut altérer l'état de santé moyen de tous.
- 2) Faciliter l'accès aux soins des plus démunis. Qu'appelle-t-on accès aux soins ?
Qu'appelle-t-on démunis ?

Même si globalement, avec le temps, l'état de santé de tous les Français s'est amélioré dans les dernières décennies, la différence entre les plus pauvres et les moins éduqués et les plus riches et les plus éduqués s'est accentuée. Ces inégalités sont moins grandes dans certains pays (Hollande, Suède, Norvège, Danemark) que dans d'autres (Etats-Unis, France) (8,9). La gravité du problème est évidente dans une recherche sur Medline (1995-Août 1996) qui trouve 1376 articles sur l'influence des facteurs socio-économiques sur l'état de santé de citoyens des différents pays sur la période 1995-1996.

Les comparaisons des différents processus de prise en charge des soins rapportées dans la littérature médicale montre des résultats de santé d'autant meilleurs que la couverture sociale donnée par différents systèmes de soins dans différents pays est meilleure. C'est le cas quand on compare le Canada aux Etats-Unis (10). Une offre de soins adaptée à l'usager et mieux couverte efface l'influence de l'inégalité des revenus sur l'état de santé (11,12). Il faut néanmoins savoir que même l'égalité de couverture ne corrige pas complètement les inégalités sociales de l'état de santé. L'explication la plus vraisemblable a été discutée lors des priorités choisies pour l'enfance et l'adolescence.

Tel est, succinctement résumé, le support scientifique justifiant les deux premières modalités d'action sélectionnées par la Conférence. La première, quoique visant un nombre faible de Français, devrait permettre de donner des soins avant de "demander des papiers", comme cela a été dit. La seconde modalité, propre au système français, est suggérée entre autres, par la sonnette d'alarme urée par deux représentants des assurances complémentaires, sur le désengagement récent de ceux qui, n'ayant pas de RMI, n'étant pas chômeur, ont néanmoins une situation financière tellement limite qu'elle les conduit à faire l'impasse sur le risque aléatoire qu'est la maladie. Par un mécanisme de perception moindre des risques survenant à long terme, en présence d'une perception aigüe des difficultés à court terme, ces

personnes n'utilisent plus les moyens de protection financière contre les risques. La personne menacée socialement néglige ses facteurs de risque de maladies graves et de handicaps, et même en acquiert d'autres. Elle risque ainsi d'utiliser plus tardivement et plus fortement le secteur des soins lourds. La multiplication de ceux qui entrent dans ce processus retardé, mais coûteux, d'accès aux soins lourds pèsera encore plus sur l'ensemble de notre communauté.

Telle est la raison pour laquelle la Conférence a souhaité l'extension du tiers payant et l'exonération du ticket modérateur extra-hospitalier, sous condition de ressources. Il est possible que ces mesures soient difficiles à mettre en oeuvre à faible coût. Il est possible que la définition du seuil crée une paupérisation relative de la catégorie sociale immédiatement située au dessus du seuil choisi. Il est donc important que gouvernements et parlementaires prennent conscience des résultats scientifiques disponibles et analysent de manière prospective les conséquences des choix qu'ils feront.

La troisième modalité d'action vise les personnes les plus démunies, c'est-à-dire celles qui pourraient avoir accès à des soins mais ne le cherchent pas. Ces personnes méritent des dispositifs complémentaires visant à les faire rentrer le plus tôt possible dans le système commun, ce qui est une tâche longue et difficile pour les travailleurs sociaux et les personnels de santé. La coordination entre les Ministères concernés, en particulier le Secrétariat d'Etat à l'Aide Humanitaire, est nécessaire pour impulser à l'échelon national des actions mises en oeuvre au niveau communal et coordonnées au niveau départemental. L'approche de ces personnes dites "exclues" nécessite de généraliser des "dispositifs-précarité" permettant l'organisation à l'hôpital d'un accès immédiat à la totalité des soins sans vérification administrative préalable et le développement des places "d'hébergement médicalisé" dans les centres d'accueil d'urgence et dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale. Ces places permettent aux centres de disposer d'un budget pour rémunérer des consultations médicales et infirmières, à l'acte ou à la vacation. S'y ajoutent l'extension du SAMU social dans les grandes villes, la distribution de soins de proximité et le suivi des maladies chroniques,

l'orientation dans le système de soins et d'aide sociale. Là encore la coordination entre les acteurs (DDASS, DRASS, Conseils Généraux, Associations) est cruciale. Des processus d'évaluation comparative de différents modes d'intervention sont souhaitables, dans ce domaine également.

REDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ INTRA ET INTERRÉGIONALES

- . Analyser les mécanismes de ces inégalités.**
- . S'appuyer sur les travaux des conférences régionales.**

Sur cette priorité, l'analyse du rapport du Haut Comité de Santé Publique donne tous les éléments descriptifs des inégalités régionales, tant en ce qui concerne l'état de santé défini par la mortalité et la morbidité que l'offre de soins.

En considérant comme prioritaire la réduction de ces inégalités, la Conférence réalise la complexité des origines de cette disparité. C'est là aussi une observation quasi-constante d'un pays à l'autre. On peut par exemple être frappé, en ce qui concerne les résultats obtenus par l'homogénéité des résultats d'une campagne impulsée nationalement de pratiques telles que la vaccination contre les oreillons, et l'hétérogénéité du taux de césariennes d'une région à l'autre, reflet de pratiques régionales où les évolutions des systèmes hospitaliers publics et privés sont parallèles (comparaison de la Franche Comté et de la Corse).

A travers les données disponibles, chaque région est éclairée sur ses priorités de santé. Avant d'imputer aux différences présentées dans le secteur soins les différences de résultats obtenus, il faut prendre en compte de nombreux paramètres sociaux, géographiques, économiques, culturels et génétiques (tel le diabète à la Guadeloupe), ce qui justifie la recherche de causes aux inégalités régionales de l'état de santé et de l'offre de soins, sans se contenter de faire des corrélations simples entre les deux. Le rapport de la Fédération Nationale des Observateurs Régionaux de Santé donnent des éléments nécessaires à cette réflexion.

Dans toutes les priorités sélectionnées, la nécessité d'une coordination est apparue : elle vise, pour la réduction des inégalités intrarégionales, à mieux articuler les responsabilités de l'Etat, des caisses d'assurance maladie, de la Région et des Conseils Généraux, dans les domaines sanitaires et sociaux pour mobiliser en commun leurs ressources et pour simplifier le parcours de l'utilisateur dans le système de santé.

La réduction des inégalités intra-régionales devrait contribuer à la diminution des disparités entre les régions. Les Conférences Régionales de Santé et les programmes régionaux de santé qui en dérivent pourront apporter là une contribution majeure.

A la fin de ce rapport et avant de le conclure, il est nécessaire de rappeler :

- Que les dix priorités sont également importantes. Ni l'ordre de leur apparition dans le texte, ni la longueur des commentaires faits par le rapporteur pour certaines d'entre elles, ne doivent suggérer une importance particulière.
- Que la déception éventuelle des lecteurs de ne pas voir apparaître tel ou tel problème de santé ne signifie en aucun cas qu'il ait été oublié. Si les modalités d'action suggérées sur les dix priorités retenues sont appliquées, c'est l'ensemble du système qui bénéficiera de l'effort fait dans les domaines prioritaires.

Enfin, au moment de la relecture du rapport, il est apparu que les six intercommissions scientifiques spécialisées de l'INSERM, qui sont les agences d'objectifs de l'Institut, avaient retenu 33 objectifs pour des programmes finalisés en recherche médicale et en santé. Dix-sept d'entre eux constituent des thèmes de recherche en pleine cohérence avec les priorités retenues par les participants de la Conférence Nationale de Santé 1996. Cela suggère que la sensibilité et les connaissances d'une représentation de la recherche sur la santé aurait pu compléter au mieux cette double contribution de chacun des participants de la Conférence Nationale à l'écriture de ce rapport.

CONCLUSION ET RÉSUMÉ

Le respect des principes éthiques fondamentaux a guidé le travail de la première Conférence Nationale de Santé, dont les missions, conformément à l'Ordonnance qui l'a fondée sont : déterminer les priorités de santé publique et les orientations pour la prise en charge des soins.

Dans ce contexte, dix priorités d'égale importance sont proposées en 1996, auxquelles correspondent une trentaine de modalités d'action qu'il est possible d'initier immédiatement et d'évaluer ultérieurement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - Haut Comité de la Santé Publique. Stratégie pour un problème de santé - Décembre 1992. Editions Ecole Nationale de Santé Publique, 1993.
- 2 - Haut Comité de la Santé Publique. La Santé en France. Rapport Général. La Documentation Française, Ed. 1994.
- 3 - Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé. La France observée en France, 1996.
- 4 - Choquet M.C. et Ledoux S. Adolescents - Enquête Nationale. Editions INSERM 1994.
- 5 - Sporn M.B. The war on cancer. Lancet 1996; 347:1377-1382.
- 6 - Donchin Y. et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. Crit. Care Med. 1995; 23: 294-300.
- 6 - Mac Miller P, Plaut M. Drinking, smoking and illicit drug use among 15 and 16 years old in the United Kingdom. Br. Med. J. 1996; 313: 394-397.
- 7 - Kunst A.E. et al. The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. Am. J. Public Health 1994; 84: 932-937.
- 8 - Lang T. and Ducimetière P. Premature cardiovascular mortality in France : divergent evolution between social categories from 1970 to 1990. Int. J. Epidemiol. 1995; 24: 331-339.
- 9 - Katz S.J. et al. Physician use in Ontario and the United States : the impact of socioeconomic status and health status. Am. J. Public Health 1966; 86: 520.
- 10 - Brook R.H. et al. Does free care improve adults' health ? Results from a randomized controlled clinical trial. N. Engl. J. Med. 1983; 309: 1426-1434.
- 11 - American Heart Association. Socioeconomic factors and cardiovascular disease : a review of the literature. Circulation 1993; 88: 1973-1998.
- 12 - Intercommissions Scientifiques Spécialisées de l'INSERM 1995-1999. Trente trois objectifs pour des programmes finalisés en recherche médicale et en santé. Ed. INSERM 1996.

OUVRAGES CONSULTÉS

Commissariat Général du Plan. La Santé choisie - Rapport du groupe Régulation de l'activité et des dépenses de santé. Préparation du IX^e plan 1984-1988. La Documentation Française, 1982.

Commissariat Général du Plan. Groupe Prospective du Système de santé, préfacé par Raymond Soubie. Santé 2010. La Documentation Française, 1993.

Peigné F. Notre système hospitalier et son avenir. Editions ENSP, 1991.

Direction Générale de la Santé - Sous-Direction de la Santé des Populations - Bureau de la promotion et de la prospective en Santé. Les Priorités Nationales en Santé Publique. Etude Delphi Janvier-Mai 1994. Dossier Documentaire.

Service des Statistiques, des études et des systèmes d'information.
Annuaire des statistiques sanitaires et sociales, Editions SESI, 1996.

Lazar Ph. 12 thèses pour le renouveau de la médecine libérale. Octobre 1990.

Société Française de Santé Publique - Comprendre et Vouloir. Dix chantiers prioritaires pour la santé publique. Collection Santé et Société n°3, 1996.

J. Affichard et J.B. de Foucault. Justice sociale et inégalités. Editions Esprit, 1992.

M. de Hennezel. La Mort Intime. Edition Robert Laffont, 1995.

ANNEXE POLITIQUE DE SANTÉ ET QUESTION D'ÉTHIQUE

Jean-Pierre Changeux
Membre de l'Institut

La réflexion engagée par la Conférence Nationale de Santé en vue de la définition des priorités en Santé publique soulève d'importants problèmes d'éthique. Au sein du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), un groupe de travail réfléchit sur le thème "Progrès technique, santé et modèle de société" qui devrait donner lieu à un rapport écrit dans les mois à venir. Cette réflexion entre directement dans les missions du CCNE puisque la problématique est directement liée aux progrès de la connaissance scientifique et médicale. Selon le philosophe Georges Canguilhem, la science établit des vérités objectives, mais ne décide pas de la destination de ces faits et de leur application au niveau de la société. Ce qui "doit être fait" des connaissances scientifiques, de leur "bon usage" pour l'homme et la société toute entière, relève de l'éthique. Le problème est particulièrement aigu en France, très grande consommatrice en services de santé (10 % du PIB en 1994 contre 2,5 % en 1950) et dont les besoins ne cessent de croître, évoluant, d'une certaine manière, vers une "santé de luxe", alors que les pays en voie de développement subissent des épidémies chroniques de pauvreté où l'urgence sanitaire se limite à faire respecter les règles élémentaires d'hygiène de base.

Comme le souligne Anne Fagot-Largeault, membre du CCNE, la tradition médicale en France s'exerce au lit du malade à l'occasion d'un dialogue singulier entre le praticien et son patient : elle ne fait intervenir aucune autre considération que l'intérêt immédiat du malade. Ce point de vue dit "déontologique" se distingue de la conception courante des pays anglo-saxons selon laquelle le soin donné à un malade s'intègre à la prise en charge de l'ensemble des malades devant être soignés. L'intérêt du cas singulier est mis en parallèle, évalué, en regard de lui de la communauté des patients. Même si les traditions culturelles diffèrent entre la France et ses pays voisins, il ne paraît plus possible de raisonner sur la prise en charge des soins médicaux et sur la répartition des ressources disponibles, dans notre pays, sans tenter de vouloir concilier, de manière délibérée, deux principes *a priori* antagonistes :

- 1) la nécessité d'introduire des contraintes d'évolution financière, dans un univers social aux ressources limitées.
- 2) le respect du principe de solidarité, d'un égal accès aux soins médicaux et d'une "équité redistributive" au niveau de la société toute entière.

Cela implique un important changement de mentalité qui engage la responsabilité du patient comme celle du médecin, mais aussi les décisions politiques pertinentes à long terme. Ne souhaitant pas anticiper sur les conclusions du rapport du CCNE, je me contenterai de formuler les vœux suivants :

1) l'élargissement de la notion de "consentement" tel qu'il est défini dans le colloque singulier patient-médecin au sujet du diagnostic et de la pertinence du traitement à la gestion d'un éventuel "budget individuel de soins" ainsi qu'au bien-fondé de son dépassement dans les situations où la gravité du diagnostic l'exige.

2) l'évaluation objective, "scientifique", des soins afin d'établir le meilleur rapport efficacité/coût. A cet égard, la découverte la plus récente n'est pas nécessairement à généraliser alors que des traitements standard suffisent ; en contrepartie, de nouvelles thérapies reconnues efficaces bien qu'onéreuses exigent leur usage immédiat ; un système d'évaluation rigoureux pour chaque maladie est requis, avec, éventuellement, la définition d'une "enveloppe nationale" de soins.

3) le respect de principes éthiques fondamentaux : respect de la dignité de la personne humaine, des libertés individuelles et réduction des inégalités vis-à-vis des soins médicaux ; cela inclut : a) le respect de l'autonomie du patient dans la décision thérapeutique, b) le respect de la confidentialité dans le contexte d'une médecine de prédiction, en particulier vis-à-vis des assurances individuelles et de l'embauche et c) le souci d'un égal accès aux soins en particulier des sujets qui ont peu de chance d'être entendus ou de pouvoir exercer leurs droits.

La poursuite et le développement d'une réflexion, amorcée par la Conférence Nationale de Santé, devrait conduire à l'élaboration d'une liste de priorités qui, comme le conclut le rapport du Haut Comité de la Santé Publique "réconcilie l'éthique qui serait celle du médecin dans son dialogue singulier et celle, collective, de la santé publique, éthiques que l'on a trop souvent opposées". En particulier, un tel consensus serait d'un grand secours dans l'établissement du *panier de biens et de services* couverts par l'assurance maladie universelle, prôné dans le rapport Santé 2010. Une instance devrait être chargée de gérer en permanence le *panier*". La mise en place de telles structures, déjà effective dans des pays comme la Suède, exige un investissement considérable d'information, d'éducation et de responsabilisation des patients comme du corps médical, qui conditionne leur acceptabilité par l'opinion.

Paris, le 2 Septembre 1996

RAPPORT DE L'ATELIER A "REDUIRE LA MORTALITE PREMATUREE EVITABLE"

1 – Le constat

L'étude attentive du Rapport du Haut Comité de la Santé Publique à la Conférence Nationale de la Santé 1996 impose d'accorder une attention particulière à la Mortalité "prématurée" (avant 65 ans) pour les trois raisons essentielles suivantes :

- tout d'abord, il s'agit d'un phénomène quantitativement important puisque portant sur 120 000 décès en 1994 pour une mortalité française globale de 520 000 cette même année.

- la deuxième raison vient de la comparaison de la situation française par rapport à celle de pays comparables où la mortalité avant 65 ans est très généralement moins forte. Cette surmortalité prématurée observée en France frappe particulièrement les jeunes adultes, surtout les hommes.

- enfin et cela donne tout son sens à une démarche de Santé Publique – on estime que **la moitié de ces morts prématurées sont "évitables"** soit environ 60 000. Il est intéressant de noter que sur ces 60 000 morts prématurées évitables :

- le plus grand nombre (environ 40 000) est lié à des comportements à risque et relèvent de mesures de prévention et d'éducation sanitaires individuelles et collectives.

- et les autres, minoritaires (environ 20 000), concernent le système de soins proprement dit.

Autrement dit, certes notre système de soins classique peut être optimisé, mais il ne peut, à lui seul, relever le défi posé aux sociétés modernes d'une mutation d'un **système de soins** orienté vers la guérison d'une maladie (hier aiguë, aujourd'hui souvent chronique) à un **système de santé** prenant aussi en compte la prise en charge des handicaps et la prévention.

Réduire la mortalité prématurée évitable est non seulement un objectif pertinent de Santé Publique mais apparaît aussi comme un excellent exemple pour tenter de définir une véritable politique de santé. C'est dans cet esprit que le groupe de travail, puis la Conférence, ont été unanimes pour retenir ce thème général comme prioritaire.

2 – Les bases d'une stratégie

Avant d'aller plus loin, le groupe de travail a estimé nécessaire d'établir un consensus sur les principes généraux et méthodologiques de la stratégie à suivre.

a) les principes

La conférence a validé les trois principes **hiérarchisés** figurant à la fin du Rapport du Haut Comité de la Santé Publique (p 133) :

1 – le principe de **dignité humaine** : dignité et droits identiques quelles que soient les caractéristique personnelles, les fonctions sociales

2 – le principe des **besoins et de solidarité** : les ressources doivent aller dans les domaines (actions s'il s'agit de Santé Publique, individus s'il s'agit de clinique) pour lesquels les besoins sont les plus grands. Une attention particulière est portée aux sujets non conscients de leur propre dignité, à ceux qui ont peu de chances d'être entendus ou de pouvoir exercer leurs droits.

3 – le principe de **coût – efficacité** : il ne s'applique pour comparer des méthodes que lorsqu'il s'agit de pathologies identiques.

La hiérarchie des principes 1 à 3 conduit par exemple à considérer que les maladies graves ou les problèmes graves de qualité de vie doivent passer avant les problèmes plus légers, " même si le coût des soins est pour eux beaucoup plus élevé".

b) les critères de choix

Décider d'une politique de santé suppose d'établir des priorités, donc de faire des choix, ce qui présuppose un consensus sur les critères à partir desquels ces choix doivent être établis. Ici encore , le groupe de travail, suivi par l'ensemble de la Conférence, a repris l'essentiel des propositions du Haut Comité de Santé Publique, tout en apportant quelques modifications. Les critères de choix retenus sont les suivants.

– critères quantitatifs, à partir de données chiffrées fiables, en terme

- . de nombre,
- . de tendance (qui apporte aussi un bon élément d'évaluation)
- . de comparaisons interrégionales et internationales

– critères socio-économiques, en terme

- . d'efficacité (coût/efficacité)
- . d'impact socio-économique individuel et collectif

– critères pratique, en terme de

- . faisabilité
- . d'acceptabilité (de la part des individus de la population et des professionnels),
- . de calendrier (mesures à effet immédiat, à moyen ou à long terme).

c) les modalités d'action :

Les programmes d'action décidés à la suite de la définition de priorités doivent avoir en commun des modalités "transversales" que l'on peut résumer selon les impératifs suivants :

- **informer**
- **former**
- **coordonner**
- **responsabiliser**
- **évaluer**

Il apparaît clairement au groupe de travail que ces impératifs doivent être déclinés au plan national et au plan régional (avec sans doute un niveau local, de plus grande proximité). Il apparaît tout aussi clairement que cette déclinaison doit faire participer l'ensemble des acteurs de la Santé, sans monopole ni cloisonnements non justifiés.

3 – Les choix prioritaires

Si l'ensemble de la Conférence a retenu la réduction de la mortalité prématurée évitable parmi les thèmes généraux prioritaires à proposer dès sa première réunion, elle a, avec la même unanimité, considéré que la définition de priorités à l'intérieur de ce thème général relevait de sa responsabilité.

Dans cet esprit, elle a considéré que les propositions du Haut Comité de la Santé Publique représentaient une base pertinente :

- ainsi, parmi les causes de la mortalité prématurée évitable, les priorités de programmes – actions se trouvent parmi les pathologies identifiées suivantes :

- . les accidents,
- . les cancers,
- . le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles,
- . les maladies cardio-vasculaires,
- . les suicides,
- . les affections périnatales

- de même, parmi les déterminants de ces pathologies, il est évident que figurent la consommation d'alcool et l'usage du tabac.

Ceci étant affirmé – ce qui sous-entend que ces choix sont conformes aux principes généraux et aux critères retenus par la Conférence, le groupe de travail a considéré, avec la même unanimité, que les contraintes de temps qui lui étaient imposées ne lui permettaient pas, au terme de cette première réunion, une réflexion suffisamment documentée et approfondie pour proposer, à l'intérieur du cadre ainsi défini, une hiérarchisation plus précise des choix de priorité. Admettant sa responsabilité dans ce domaine, il a suggéré à la Conférence, qui en a accepté le principe, que ces choix prioritaires soient définis et hiérarchisés lors de la Conférence de 1997.

C'est dans cette optique très claire, que le groupe de travail a commencé une réflexion sur trois des six étiologies devant être considérées pour réduire la mortalité prématurée évitable. Ces trois étiologies ont été retenues à titre d'exemple et non à titre de propositions définitives.

a) Le cancer

C'est la première cause de mortalité prématurée évitable, surtout au-delà de 45 ans.

Le cancer du poumon est largement en tête avec une tendance au ralentissement de sa progression chez l'homme (taux de 1% par an) et au contraire une tendance nette à son accélération chez la femme (taux de 7% par an), liée à l'évidence à l'augmentation de l'usage du tabac dans la population féminine.

Le cancer des voies aéro-digestives supérieures est un peu moins fréquent, mais tout aussi grave, avec une très forte prédominance masculine manifestement liée à l'usage du tabac et à la consommation d'alcool. Ces deux déterminants doivent rester dans le point de mire de toute Politique de Santé responsable.

Le cancer de sein apparaît comme un bon exemple de la nécessité d'une optimisation de notre système actuel de dépistage et de traitement dans le domaine de la cancérologie.

b) Les suicides

Il s'agit d'un thème essentiel par son importance réelle (environ 9 000 par an) et ressentie (la prévention du suicide a été retenue comme action prioritaire par 14 des Conférences Régionales). Malgré la difficulté de l'approche épidémiologique, on peut affirmer une augmentation de fréquence et une sur-représentation par rapport à la plupart des autres pays. Un des phénomènes les plus inquiétants est l'augmentation des tentatives de suicide et des suicides chez l'adolescent et l'apparition de cette pathologie chez l'enfant. Une enquête épidémiologique nationale s'impose.

c) Les accidents

La mortalité prématurée par accident de la voie publique est certes en nette diminution, mais reste élevée (8 500 en 1994), et surtout nettement plus élevée que dans les autres pays comparables.

Les accidents du travail sont la cause d'environ 1 millier de morts (avant 65 ans).

Les accidents de la vie courante (hors accidents de la route et accidents du travail) sont la cause d'environ 5 000 décès avant 65 ans, sans que l'on dispose d'éléments plus précis permettant d'analyser la totalité de ce phénomène étonnant par son importance. Là encore une étude statistique et épidémiologique s'impose, ne serait-ce que pour voir si des mesures préventives pourraient intervenir avec des résultats aussi spectaculaires que ceux obtenus par exemple dans la mortalité par accidents domestiques chez les enfants de moins de 15 ans. Des mesures simples de prévention accompagnées de campagnes d'éducation pour la santé ont réduit en 15 ans cette mortalité des deux tiers, évitant ainsi la mort de plus de 1000 enfants.

4 – Propositions concrètes

Avec les réserves exprimées au cours du chapitre précédent, liées aux contraintes de temps, le groupe de travail a proposé à la Conférence Nationale de la Santé, qui les a retenues, quelques pistes de mesures concrètes :

1) dégager des moyens spécifiques pour la Promotion de la Santé (prévention et éducation sanitaires) à travers :

- les Fonds de Prévention qui doivent être augmentés et reventilés (après évaluation de certains de leurs secteurs),
- une augmentation des taxes sur l'alcool et le tabac,
- une juste répartition entre actions nationales et actions régionales (avec une rééquilibrage inter-régional)

2) être vigilant sur l'application de la réglementation concernant l'usage de l'alcool et du tabac et durcir plutôt cette réglementation

3) améliorer les performances du système de lutte contre le cancer, système qui doit être décloisonné

4) coordonner les actions décidées par les Conférences Régionales de Santé pour prévenir les suicides et mettre en place une recherche clinique et épidémiologique (avec un volet concernant l'enfant et l'adolescent) pour mieux appréhender les déterminants et les possibilités de prévention de ce domaine

5) lancer une enquête visant à expliquer l'importance numérique des morts violentes non liées à des accidents de la route ou du travail.

Conclusion

Comment peut-on répondre à la question de savoir si l'éducation pour la santé est efficace? Dans la mesure où, s'agissant de comportements humains, le terme d'"efficacité" serait admissible, l'on pourrait dire, en aiguisant le trait, que l'éducation pour la santé :

. n'est pas efficace, au sens où l'on pourrait démontrer et quantifier un lien de cause à effet direct, entre une campagne, une action et, d'autre part, une modification d'un comportement de santé de la part de personnes ou de groupes. Les comportements humains sont trop complexes pour que leur évolution soit précisément évaluée et les déterminants trop intriqués pour que l'on puisse isoler l'influence d'un facteur par rapport à d'autres. Le modèle expérimental utilisable en épidémiologie n'est pas strictement transposable dans ce domaine de la santé publique.

. néanmoins, sur un plan "macro-économique", nous avons relevé que les domaines où la santé publique a le plus progressé depuis 20 ans sont ceux où l'éducation pour la santé a le plus investi : au titre des accidents (domestiques et de la route), de l'alcoolisme et du sida,

. il est possible d'affirmer avec fierté que plusieurs milliers de morts par an sont évitées, qui ne l'auraient pas été bien au contraire sans une action volontariste des professionnels, des pouvoirs publics et de la collectivité nationale. Dans le domaine, non plus des années de vie gagnées, mais de la qualité de la vie, des progrès importants ont été réalisés en matière d'hygiène bucco-dentaire et, sans doute de la nutrition.

. sur un plan "micro-économique", les campagnes ou les actions de terrain ont une "efficacité" plus ou moins grande selon la qualité des opérations, et cela peut être mesuré par les techniques évoquées (post-tests, questionnaire et parfois par des dispositifs de groupes témoins, qui peuvent, sans doute, être développés dans notre pays) mais qui, même complétées par des évaluations qualitatives ne rendent compte en général que des effets immédiats et superficiels (il s'agit toujours d'un déclaratif).

. nous avons vu que l'éducation pour la santé devait, pour réussir, respecter un certain nombre de conditions dont les quatre plus importantes sont la durée, la cohérence, la rigueur méthodologique et l'éthique.

L'éducation pour la santé répond à des exigences, voire des urgences de santé publique parce que dans certains domaines (le sida par exemple) elle est le seul moyen d'action et aussi parce qu'elle répond à une demande sociale forte. En cette matière, "nous sommes embarqués". A nous, de faire en sorte que l'évaluation qui peut et doit sans doute être renforcée soit, avant tout, *un moyen d'aide* et d'éclairage à la décision. Elle ne devrait plus alimenter l'exigence extrême d'efficacité qui a prévalu jusqu'ici envers l'éducation pour la santé plus qu'envers d'autres domaines pourtant plus mesurables de la santé publique et qui est significative du déni de la prévention en France.

Participants à l'atelier A

Président et rédacteur du rapport

Monsieur le professeur François Bonnet de Paillerets

Aidé par

Madame le docteur Geneviève Simart

Monsieur le docteur Dinorino Cabrera

Monsieur Jean François Collin

Madame Anne Coppel

Monsieur le professeur Claude François Degos

Monsieur le professeur Jean Albert Gastaud

Monsieur le professeur Jacques Ghisolfi

Monsieur le docteur Jean Gras

Monsieur le docteur Olivier Joyeux

Monsieur le docteur Marcel Lux

Monsieur le docteur Claude Maffioli

Monsieur le docteur Raoul Reynaud

Monsieur le docteur Louis Serfaty

Madame Isabelle Tamalet

Monsieur le docteur Michel Valleteau

Monsieur Thierry Volia

RAPPORT DE L'ATELIER B "REDUIRE LES INCAPACITES EVITABLES"

OBJECTIFS PRIORITAIRES

Etre d'accord sur la terminologie "incapacité" est indispensable pour cibler les thèmes prioritaires.

Une "incapacité évitable c'est la réduction réversible d'une capacité physique et d'insertion" est la définition retenue par le groupe.

Cette définition est-elle adaptée aux choix retenus par le Haut Comité de Santé Publique :

- Affections nosocomiales et iatrogènes.
- Mauvais traitements à enfants.
- Toxicomanies.

Ce classement est qualifié de trop limitatif. Les priorités données par le H.C.S.P apparaissent plus comme des facteurs d'incapacités que des incapacités en tant que telles.

Le groupe essaie de lister les incapacités évitables : le catalogue est long, la hiérarchisation des priorités indispensable.

. Quels critères retenir pour fixer un ou deux objectifs ?

- La gravité, la fréquence, "l'accessibilité dans la résolution", la participation de la population ?

. Doit-on cibler sur des incapacités évitables qui relèvent : des comportements individuels ? De la prise en charge du système de soins ? De l'environnement ?

. Les choix doivent-ils tenir compte des comparaisons européennes ?

Un dénominateur commun ressort à l'évidence à l'examen des thèmes listés : Prévention (formation-information-éducation).

Parmi les freins à la mise en place d'une politique de prévention sont cités :

- Absence d'indicateurs fiables.
- Difficulté de reconnaissance du travail de prévention en raison de la difficulté de l'évaluation.
- Résultats visibles seulement à long terme.

Cette approche de la lutte contre les incapacités évitables oriente le groupe vers deux axes :

- Retenir un thème tel qu'il est définit par le HCSP : affections nosocomiales et iatrogènes.
- Cibler sur une population : l'enfant.

Une mise en oeuvre d'une politique de l'enfance suppose une prise en charge globale de la naissance à l'adolescence : prise en charge médicale et sociale en insistant sur l'importance de l'environnement de proximité : famille, lieux de vie, école,...

C'est une politique *ambitieuse à long terme* mais qui a l'avantage de permettre d'agir simultanément sur une grande partie des déterminants des incapacités évitables plutôt que sur un seul.

EXAMEN DES BESOINS – PRISE EN CHARGE DES SOINS

Deux constats à l'issue des premières conclusions de quatre ateliers :

- . Des thèmes transversaux émergent de façon très forte : système d'information performant.
 - Responsabilisation.
 - Prévention.
 - Décloisonnement.
- . Il faut donner les moyens aux groupes de travail de perdurer : associer des experts, recenser les outils.

AFFECTION NOSOCOMIALES ET IATROGENES.

Ces deux affections sont reconnues comme des problèmes majeurs de santé publique de par leur fréquence, leur coût, leur gravité.

Si une obligation rapide de résultats est demandée, il faut dégager une action prioritaire : il est décidé de commencer à travailler sur les affections iatrogènes qui elles mêmes peuvent induire des affections nosocomiales (hospitalisation). Opter pour la réduction des affections iatrogènes c'est vouloir cibler d'abord sur la médecine ambulatoire (pratiques médicales, médecins, pharmaciens) et, agir sur le comportement individuel de gens (automédication, mauvais suivi thérapeutique, etc...). C'est aussi la volonté d'interpeller les pouvoirs publics et les Caisses d'Assurance Maladie sur la nécessaire prise en charge de l'éducation du patient avec action conjointe médecin – pharmacien. C'est mettre à la disposition des médecins des outils d'aide à la prescription.

Le manque d'indicateurs et de tableaux de bord destinés à mesurer l'incidence réelle de ces affections sur la population est mis en exergue : une commande est passée au Ministère avec un objectif : pouvoir déterminer la prévalence de ces affections dès 1998.

POLITIQUE DE L'ENFANCE

On peut considérer trois niveaux selon le degré de maturation de l'enfant :

- La naissance et le nouveau né.
- La petite enfance.
- L'adolescence.

Selon les tranches d'âge les structures intervenant dans la prise en charge sont différentes.

. Besoins nécessaires.

A la naissance, il faut renforcer le lien mère-enfant encore trop mal perçu. Les indicateurs ne sont pas connus. Les maternités, lieux relativement organisés n'ont pas suffisamment de lien avec le secteur de la médecine ambulatoire. Les conditions d'accueil sont trop souvent inadaptées, hors aspect médical :

. Dans l'enfance comme à l'adolescence le cloisonnement entre médecin libéral, professionnels de santé (orthophoniste, dentiste,...) médecin de PMI et de santé scolaire, enseignants, entourage de proximité, est un handicap majeur au bon suivi médico-psycho-social.

. Les moyens à mettre en oeuvre :

– A tous les âges, il faut un travail en complémentarité des différents intervenants dans le domaine de la santé de l'enfant. Il ne s'agit pas de créer de nouvelles structures mais de s'appuyer sur l'existant (PMI, santé scolaire, secteur ambulatoire,...) et, de mettre en commun le savoir faire.

– Utiliser les champs d'innovation colossaux notamment en matière de santé scolaire, en s'aidant des outils opérationnels, bien évalués, développés au niveau local qu'il faut valoriser.

En outre :

– Pour la naissance, il faut concevoir des maternités qui favorise le rapprochement mère-enfant.

Les nouvelles connaissances sur les compétences du nourrisson doivent être enseignées.

– A l'école, l'information sur la santé doit être intégrée dans les programmes de l'éducation nationale.

Même si ce thème est large, dire qu'il n'est pas possible d'identifier une action prioritaire serait préjudiciable à la poursuite de la réflexion.

Comment déterminer les recommandations attendues de la Conférence Nationale de Santé ?

Etant donné l'importance des incapacités liées aux souffrances affectives, ce thème pourrait être une priorité. Ou est-il plus simple de tenter de modifier des comportements individuels en tenant compte toujours du milieu dans lequel évolue l'enfant ?

On peut alors privilégier certains sujets : Alcool, Tabac. Ces deux thèmes initient une politique de prévention pouvant être utilisée ensuite dans d'autres domaines (médicaments psychotropes, drogue,...).

A partir de ce choix il est possible de cibler une tranche d'âge (15 – 25 ans). Cette politique globale de prise en charge de la santé de l'enfant pourrait être opérationnelle en l'an 2000 avec une montée en charge progressive.

Les objectifs fixés à court terme privilégient les actions sur l'alcool – tabac sur une population déterminée : l'adolescence.

En résumé:

1) – Deux priorités de santé publique :

- A court terme : diminution des infections nosocomiales et iatrogènes.

- Par rapport à une population :

 - Politique de l'enfance, de la naissance à l'adolescence.

2) – Une difficulté.

- Définition de l'incapacité au regard des thèmes du rapport du Haut Comité qui sont limitatifs.

- Réduction réversible d'une capacité (physique, psychique ou d'insertion sociale).

Participants à l'atelier B

Président et rédacteur du rapport
Madame le docteur Nicole Renaud

Aidée par
Monsieur Michel Pinson
Monsieur Jacques Roustit

Monsieur le docteur Serge Larue–Charlus
Monsieur le docteur Matthieu Méreau
Monsieur le docteur Michel Potencier
Monsieur le docteur Jacques Reignault
Monsieur le docteur Daniel Roblin
Monsieur Camille Suard

RAPPORT DE L'ATELIER C

"AMELIORER LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES HANDICAPEES OU MALADES"

I – Le groupe est rapidement tombé d'accord pour donner une priorité forte à l'intérieur d'un thème d'une grande diversité (allongement de la durée de la vie, handicaps à tous âges, prise en charge de la douleur, consommation de psychotropes, difficultés de la vie quotidienne) aux problèmes de la dépendance (des personnes âgées, des handicapés adultes et enfants) et, en premier lieu, aux problèmes des personnes âgées dépendantes.

Il ne s'est pas dissimulé que l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes impliquait des coûts supplémentaires, mais que cette donnée était la contrepartie de l'évolution positive que constitue l'allongement de la durée de la vie, l'espérance de vie sans incapacité étant, d'ailleurs, en augmentation.

Les coûts à prendre en considération ne sont pas seulement ceux des soins, mais ceux d'une prise en charge globale, avec ses coûts directs et indirects.

II. Dans la ligne de la priorité qu'il a dégagée, le groupe a jugé que l'objectif essentiel était le maintien dans leur milieu ordinaire de vie des personnes âgées dépendantes qui en font librement le choix, cette liberté de décision individuelle apparaissant comme la condition fondamentale du respect de l'autonomie de la personne.

La réalisation de cet objectif implique plusieurs conséquences :

- une aide à la famille et/ou à l'entourage dans leur rôle de pivot de la gestion du handicap,
- une compensation des inégalités sociales,
- un développement de la formation,
- l'offre de la meilleure qualité de service de la part des professionnels.

La nécessité de mobiliser ou remobiliser la famille et l'entourage proche a été particulièrement soulignée.

III – Les priorités d'action recommandées par le groupe résultent directement de l'objectif pré-cité. Celles-ci concernent :

- la mise en place rapide d'une allocation autonomie, conçue comme un instrument de renforcement de l'autonomie (c'est-à-dire de la liberté de décision) et non comme un mécanisme d'assistance,
- une meilleure couverture des biens médicaux de compensation des déficiences,
- un développement de la formation en gériatrie des professionnels de santé,
- un soutien au développement des aptitudes des malades et de leur entourage dans la gestion quotidienne de leur maladie et de leur handicap.

L'importance d'une amélioration de la couverture des biens médicaux (lunettes, prothèses auditives) a été soulignée, les déficiences constatées en la matière étant très souvent à l'origine d'accidents aggravant la dépendance.

Le groupe s'est préoccupé de situer dans le temps ces priorités : à court terme, il importe de développer le soutien aux familles et de mettre en place une allocation autonomie ; à moyen et long termes, ces améliorations favoriseront une meilleure prise en charge de la douleur ainsi que la lutte contre la dépression et le suicide.

IV – En ce qui concerne la traduction de ces priorités au plan de l'organisation, le groupe a concentré ses propositions sur deux catégories de mesures :

- l'allocation autonomie,
- les mesures favorisant le développement de soins coordonnés selon des formules contractuelles.

1 – S'agissant de l'allocation autonomie, le groupe – puis la conférence – ont reconnu que la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance était un problème de santé et devrait être traité comme tel.

Les deux grandes conceptions possibles de l'allocation autonomie ont été examinées :

- . une allocation conçue selon une logique d'assurance et dont le financement et l'attribution respecteraient les mêmes principes que ceux des prestations maladie. Le financement devant s'appuyer sur une solidarité intragénérationnelle et l'attribution étant fonction de l'état de santé de la personne et non de ses ressources ou de la nature de son hébergement,
- . une allocation relevant davantage de l'aide sociale, ce qui implique des critères d'attribution différents et une fiscalisation du financement.

La conférence ne s'est pas estimée en mesure de se prononcer en faveur de l'une ou l'autre de *ces options*, tout en insistant sur l'urgence d'une solution.

2 - L'objectif de maintien dans le cadre de vie habituel nécessite une coordination des intervenants, de compétences diverses, par la mise en place de réseaux de soins articulés sur l'entourage du malade.

Le groupe s'est prononcé en faveur d'une démarche de soins contractualisée avec :

- . globalisation du coût, incluant le coût des actes finalisés, le coût du temps de coordination médico-sociale, celui du temps de coordination avec la famille,
- . modulation en fonction de l'état et du besoin du malade, tel qu'il ressort du dossier médico-social.

Cette meilleure organisation suppose :

- une formation effective de l'ensemble des intervenants et, en particulier, le développement de la formation d'aide à domicile,
- une solution aux problèmes de sortie de l'hôpital, trop souvent mal assurée faute de coordination avec les familles et les services à domicile.

Participants à l'atelier C

Président et rédacteur du rapport

Monsieur François Delafosse

Aidé par

Monsieur le professeur Jacques Pous

Madame Marie Hélène Abadie

Monsieur Pierre Beras

Monsieur Jean Jacques Briouze

Monsieur René Buissière

Monsieur Bernard Capdeville

Monsieur Jacques Coz

Monsieur Lucien Demonio

Madame Bernadette Desvages

Monsieur Georges Godefroid

Monsieur Louis Olié

Madame Paturel

Monsieur Eugène Pinsault

Monsieur Jacques Vleminckx

RAPPORT DE L'ATELIER D "REDUIRE LES INEGALITES DE SANTE"

Deux réflexions préalables :

- 23 membres de la conférence ont participé aux travaux du groupe, ce qui a manifesté l'enjeu fort mis sur ce thème mais a nécessairement limité les temps d'échange et d'approfondissement pour que tous les membres du groupe puissent développer leur point de vue ;
- plusieurs membres ont souhaité questionner le rôle et l'autonomie du groupe de travail dans le cadre de la conférence nationale, en insistant sur la nécessaire continuité des travaux entre les sessions, l'importance de l'enrichissement des sources d'information sur ce thème majeur, l'indépendance vis à vis de l'administration, l'importance d'une communication avec les médias, la nécessité de se situer dans une démarche de responsabilité et de réalisme économique et politique.

Problématique générale :

Le groupe a travaillé à partir du constat de l'importance des inégalités de santé, en particulier de l'importance du gradient social dans le domaine de la mortalité évitable présenté par le HCSP : l'amélioration générale de l'état de santé profitant surtout aux groupes sociaux les plus favorisés, ce constat renvoyant à deux phénomènes essentiels :

- l'inégalité des conditions de vie et leurs conséquences en terme de santé,
- l'inégalité vis à vis des soins et de la prévention ;

cette inégalité sociale se doublant d'une inégalité territoriale relevée par plusieurs membres. ces deux formes essentielles d'inégalités venant en sus de nombreuses autres : liées à la génétique, l'âge, le sexe, la culture...

Ce constat d'inégalité croissante a conduit le groupe à prioriser la santé des populations les plus en difficultés, déjà désinsérées ou en voie de désinsertion, l'état de santé de ces populations étant le plus dégradé, donc justifiant d'une attention prioritaire. Cependant plusieurs membres du groupe nous ont rappelé que les inégalités de santé concernant une population vont bien au-delà des seuls exclus, notre société étant de plus en plus inégalitaire.

Les réflexions du groupe ont principalement portées sur :

- l'approche générale de la pauvreté précarité
- l'accès aux soins
- le recours aux soins
- la prévention et la promotion de la santé

Pour l'approche de la pauvreté précarité dans ses relations à la santé,

le groupe a mis en avant la complexité du phénomène, l'importance des déterminants économiques mais aussi culturels (habitudes de vie), les multiples "impuissances" face à la pauvreté, le fait que la santé est une des premières pertes dans la dynamique d'appauvrissement, l'enjeu éthique pour tous : responsabilités collectives basées sur des valeurs d'égalité et d'équité (pouvant nécessiter une discrimination positive, des mesures spécifiques pour accéder au droit commun)

Pour l'accès aux soins,

il ne s'est pas agi pour le groupe de réduire la santé aux soins mais de se poser la question du maintien d'un droit fondamental, étant entendu que si la précarité aggrave l'état de santé, des solutions doivent être trouvées pour qu'elle entrave le moins possible l'accès aux soins ; la question a cependant été posée de mieux apprécier les liens entre accès aux soins et état de santé.

En ce qui concerne l'offre de soins, le débat essentiel a porté sur l'application du principe éthique d'égalité vis à vis des soins. Le groupe partageant l'idée qu'il faut éviter une médecine à deux vitesses, pour les riches et pour les pauvres, qu'il faut réaffirmer le droit de tous à être pris en charge par le système commun avec plusieurs aspects exprimés :

- des craintes par rapport à la "médecine de panier" (référence à la notion de panier de soins" du rapport Soubie santé 2010) comme pouvant aggraver le différentiel de soins.
- mais aussi le questionnement sur le coût et l'efficacité du système de soins et du progrès scientifique, en particulier confronté à son optimisation dans un contexte de forte contrainte économique. On ne peut tout faire et les choix doivent se faire en fonction des gains de santé au niveau de la population (et en particulier de la population défavorisée).

Cette égalité d'accès aux soins, suppose pour le groupe que soient apportées des réponses aux problèmes suivants :

- l'avancée rapide vers l'universalité de la couverture sociale : le groupe a pris acte de l'importance du principe d'assurance maladie universelle et a discuté des difficultés liées à sa mise en oeuvre concrète, en particulier de la réduction des barrières administratives selon le principe : "les soins d'abord, les papiers après". Le groupe a également relevé l'importance croissante des "décrochages" vis à vis des dispositifs de couverture complémentaire, du fait des difficultés socio-économiques. Ce décrochage étant particulièrement problématique par rapport aux soins peu pris en charge par le régime général (optique, soins dentaires...), et qui jouent un grand rôle dans l'exclusion et les possibilités d'insertion. Le groupe a donc relevé l'importance des dispositifs d'exonération du ticket modérateur et d'extension du tiers payant permettant de lever les barrières financières aux soins pour les populations en difficultés socio-économiques.

- Une des conditions importantes pour l'accès aux soins de tous paraît pour le groupe relever d'une adaptation du système et des pratiques de soins ont été évoquées dans ce sens : le découplage nécessaire des structures de soin, leur ouverture à une plus grande prise en compte des problèmes, des difficultés des populations précarisées (il a été rappelé que le système de soins n'était pas en général orienté vers les besoins et l'écoute de ces populations), l'impératif d'une meilleure coordination des interventions médico-sociales, (la formation des professionnels paraît au groupe être une des conditions privilégiées pour y parvenir)

- Le problème de la réduction des disparités géographiques de l'offre de soins, de l'amélioration de la complémentarité entre les différents établissements a été noté comme important par le groupe de travail.

Pour le recours aux soins,

- plusieurs membres du groupe de travail ont noté l'insuffisance de la seule approche en terme d'accès aux soins. Face aux nombreux freins, de nature plus psychosociale, qui limitent le recours aux soins des catégories sociales défavorisées, ces membres ont évoqué des expériences existantes qui associent le médical et le social pour accompagner les personnes en difficultés, qui prennent en compte les difficultés d'ordre psychologique, qui proposent des lieux et des temps intermédiaires (SAS pré et post hospitalisation, hébergements médicalisés, réseaux médico-sociaux d'accompagnement individualisé...)

- En rappelant le principe d'accès à un même système de soins pour tous, les membres du groupe se sont accordés sur l'importance de proposer un développement de ces dispositifs intermédiaires ("dispositifs précarisés"). Ce développement apparaît dans de nombreux cas comme le seul garant d'un accès réel de ces populations aux services de soins.

Pour la prévention et la promotion de la santé,

les réflexions du groupe sur ce thème se sont partagées entre plusieurs éléments :

- l'importance du concept de promotion de la santé que le groupe de travail a validé comme étant plus global que la seule prévention, à la mesure des problèmes des groupes sociaux défavorisés dont l'origine se trouve bien en amont du système de soins et incluant les notions de citoyenneté et de santé "sociale".

- La nécessité de sortir des "incantations" sur l'importance de la prévention ou des peurs sur ses dérivés ("terrorisme sanitaire"), du flou sur les pratiques qu'elle recouvre, de la difficulté de la financer en engageant une analyse approfondie des acteurs, des méthodes, des stratégies à travers la mise en oeuvre de programmes mieux ciblés et évalués.

- Les stratégies de prévention associent un ciblage sur des populations et/ou des risques spécifiques, plusieurs propositions ont été faites par le groupe : en terme de populations : santé des jeunes en difficulté, santé au travail... comme en terme de risques : suicide, accidents...

- Le groupe a souhaité une évolution de la prise en charge de la prévention
 - . en terme de formation et de financement des professionnels de santé pour cette activité
 - . par son financement progressif (après expérimentation et validation) au titre des prestations légales.

Pour les soins comme pour la prévention, il a été rappelé par certains l'importance des équilibres économiques, l'accroissement des financements nécessaires pour concrétiser les propositions du groupe impliquant des redéploiements et une efficience accrue.

La question des **disparités régionales et intrarégionales** a été à plusieurs reprises évoquée lors des discussions, comme un des grands chantiers à venir avec des dimensions de découloisonnement, de coordination et d'efficience. Des membres du groupe ont insisté sur la nécessité d'élaborer les outils permettant de préparer les décisions dans ce domaine.

Participants à l'atelier D

Président et rédacteur du rapport

Monsieur Claude Bouchet

Aidé par

Monsieur le docteur Patrick Brézac

Monsieur le docteur François Aubart

Monsieur Adrien Bedossa

Madame Fabienne Bonnin

Madame Milica Bonnisseau

Monsieur le docteur Richard Bouton

Monsieur Hubert Brin

Monsieur Alain Brousseau

Monsieur Philippe Cadène

Monsieur Dominique Casanova

Monsieur le docteur Michel Chassang

Monsieur le professeur Jean Pierre Changeux

Monsieur François Chérèque

Monsieur Alain Coulomb

Monsieur Jean Jacques Delarbre

Monsieur François Faucheux

Monsieur Jean Claude Fimbel

Monsieur Jean Luc Gibelin

Monsieur Bruno Groués

Monsieur le professeur Georges Mallard

Monsieur le docteur Francis Peigne

Monsieur Michel Picard

Monsieur le professeur Gérard Potron

Monsieur Roland Zanin

ANNEXE ACCIDENTS IATROGENIQUES

Dans le Dictionnaire de Médecine Flammarion (1994), iatrogénique est ainsi défini :
«Qui est provoqué par le médecin et ses thérapeutiques».

Dans le Dictionnaire de Médecine Dorland (1994), iatrogénique est ainsi défini :
«Résultat de l'activité médicale, initialement appliqué aux troubles induits chez le malade par l'auto-suggestion induite par le contact avec le médecin. Le terme est maintenant appliqué à tout effet indésirable, conséquence d'un traitement par un médecin ou un chirurgien, en particulier les infections acquises durant le traitement, appelées infections nosocomiales».

Dans le Dictionnaire de Médecine Flammarion (1994), nosocomial est ainsi défini :
«Qualifie ce qui se rapporte aux hôpitaux, ce qui se contracte à l'hôpital (exemple : infections nosocomiales)». L'infection nosocomiale, qui représente une partie des accidents iatrogéniques, a été la première à être suivie correctement dans le cadre des Comités de Lutte Hospitaliers susceptibles de mettre en route localement des actions de prévention et de procurer des informations sur cette forme de iatrogénèse. La priorité de ce choix est compréhensible, les risques infectieux transmissibles étant prioritaires par rapport aux autres.

Les accidents iatrogéniques font partie intégrante de la pratique médicale, quand leur risque de survenue est statistiquement connu et accepté dans les standards de qualité de la profession et par les Autorités de Santé. Les fréquences les plus extrêmes peuvent aller d'un risque sur trois de mort dans un intervalle de quelques jours après une intervention chirurgicale pratiquée à juste titre pour éviter 7 risques sur 10 de mort dans un intervalle de quelques mois (balance bénéfice/risque). Dans une situation moins grave, telle celle des risques de la prescription d'un médicament, on espère éviter une chance sur 100 d'avoir un accident de santé grave, au prix d'un risque de un pour 10.000 de souffrir d'un accident de santé différent mais de gravité au moins égale à celui que l'on souhaitait éviter par le traitement.

Les accidents iatrogéniques ont différents degrés de gravité. On retient en général comme étant graves : le décès, l'exposition au risque de décès, l'induction d'une incapacité transitoire ou permanente, le recours à une hospitalisation, la prolongation d'une hospitalisation.

Les accidents iatrogéniques ont différentes origines. Un accident iatrogénique peut être un effet secondaire lié au mécanisme d'action d'un médicament, à la nature d'une manoeuvre radiologique ou endoscopique, ou d'une intervention chirurgicale, dans le cadre du risque statistiquement défini et accepté par les Autorités de Santé ou les Associations Professionnelles. Un trouble iatrogénique peut survenir inopinément du fait du "terrain" particulier du malade (réaction imprévisible, ou facilitée par l'âge ou l'existence de pathologies associée). Un accident iatrogénique peut enfin être la conséquence d'une erreur ou d'un choix non conforme à l'état actuel des bonnes pratiques et des connaissances scientifiques (utilisation de médicaments contre-indiqués, doses inappropriées, associations médicamenteuses incompatibles, interventions chirurgicale ou instrumentale risquées non justifiées dans la pratique courante, ou en recherche, non conformes à la Loi du 22 décembre 1988).

L'application des critères de la Conférence Nationale de la Santé 1996 à la prévention des accidents iatrogéniques est parfaite :

1) Les nombres.

Faute d'informations régulières et systématiques, le chiffrage précis est impossible, mais on peut rappeler que parmi les consultations d'un service d'urgences médicales, pendant une période de six mois (1) 6 % des décisions d'hospitalisation étaient liées à un effet indésirable médicamenteux (âge moyen des hospitalisés 70.3 ± 18 ans). Dans une revue de la littérature internationale (2), 1% des patients traités en ambulatoire peuvent être hospitalisés pour effet indésirable dû à des médicaments et chez les malades hospitalisés, ce chiffre varie de 3 à 6 %.

Les services administratifs, sur la base de deux estimations différentes, ont chiffré pour l'écriture de ce rapport l'incidence d'accidents iatrogéniques médicamenteux mortels à une fourchette de 1.500 à 33.000 décès par an soit un taux de 0,3 à 6 % environ des décès annuels en France. Une partie est le prix à payer pour la guérison et le soin de millions de personnes. Une partie est évitable : son ordre de grandeur est totalement inconnu. Il en est de même, à plus forte raison, pour la morbidité liée aux accidents iatrogéniques de toutes origines.

2) Les tendances.

En l'absence de temps 0, les tendances ne peuvent aujourd'hui être décrites.

3) Le rapport coût/efficacité.

Les accidents iatrogéniques représentent par définition un coût financier associé à une souffrance humaine : toute action qui en diminuerait l'incidence, ne serait-ce que de 1 %, est un énorme bénéfice.

4) La faisabilité et le calendrier d'application.

En sachant coordonner (voir ci-dessous), il est possible d'agir selon un calendrier pré-déterminé, si les objectifs sont simples et mesurables.

5) L'acceptabilité.

L'Etat remplit son rôle en légiférant sur la sécurité sanitaire, comme l'a souligné le discours introductif de Monsieur Gaymard. L'objectif de réduction des accidents iatrogéniques évitables ne vise pas à contrôler une fois encore les professionnels de soins mais cherche à ce qu'ils s'approprient cet objectif de réduction des accidents iatrogéniques évitables. Les citoyens se sentiront davantage protégés s'ils sont informés, les organismes payeurs épargneront plusieurs milliards de francs, pour un engagement financier de plusieurs millions.

6) L'impact socio-économique.

Les ressources ainsi économisées contribueront à faire face à la croissance inéluctable des besoins liés au vieillissement et au progrès technique.

L'application des modalités d'actions générales proposées par la Conférence Nationale de Santé s'appliquent à la réduction des accidents iatrogéniques évitables, médicamenteux et non médicamenteux.

1) Informer

- Les malades : en faisant connaître les risques de mélange entre les médicaments dès l'instant où leur nombre ingéré chaque jour s'accroît, les risques liés à l'addition de prescriptions de plusieurs médecins, non prévenus les uns et les autres de ces consultations multiples (dossier médical).
- Les médecins : en complétant l'information écrite qui leur est donnée sur les médicaments ou les dispositifs médicamenteux, dont la longueur rend l'utilisation difficile puisque les textes visent plus la protection des fabricants que la pratique médicale. Il faut une sélection de ce qui est important et utile, dans des systèmes informatisés d'aide à la prescription.

2) Former

- Les médecins sur l'écriture ou la lecture des recommandations de pratique clinique sur l'utilisation des médicaments, et la mesure dans la pratique des actes interventionnels ayant un risque à ceux qui influencent la décision thérapeutique, ou ont démontré une amélioration du pronostic .
- Les infirmières : en les motivant sur la distribution optimale des médicaments et leur rôle crucial entre les prescriptions des médecins, la compréhension du malade.

- Les Pharmaciens : en améliorant les systèmes informatisés d'alarme sur les prescriptions médicamenteuses en officine, et les systèmes de distribution des médicaments dans toutes les formes d'hospitalisation.

3) Coordonner

- La coopération entre la Direction de la Santé, la Direction des Hôpitaux, la Direction de la Sécurité Sociale, l'Agence du Médicament, l'Agence Nationale du Sang auxquelles les décrets récents attribuent des responsabilités ciblées par problème (sang, dérivés stables du sang et médicaments, infections nosocomiales, et bientôt dispositifs médicaux) alors que les objectifs, les modes de raisonnement et l'approche pratique doivent être harmonisés.
- La coopération entre les Industriels du Médicament et l'Agence du Médicament pour rendre plus compatibles les informations collectées sur les accidents iatrogéniques médicamenteux.
- La coopération entre les médecins et les pharmaciens pour qu'ils partagent des logiciels d'aide à la prescription et à la délivrance de médicaments.

4) Evaluer

- En visant la simplicité du recueil des informations pour tenter de mettre en évidence, avec certitude, un point de départ précis de la situation actuelle pour pouvoir mesurer des tendances annuelles que l'action de tous devrait rendre favorables en quelques années.
- En ne créant aucun système supplémentaire de contrôle, mais en incluant le recensement et la caractérisation simple des accidents iatrogéniques dans les critères de qualité pris en compte dans les processus d'accréditation de chaque établissement hospitalier public ou privé.

5) Responsabiliser

La réduction des accidents iatrogéniques ne peut être obtenue que par le sens de la responsabilité qui doit naître de l'information (les malades), la formation (les personnels de soins), la coordination (l'Etat et ses organes, relayé par les Organismes-Payeurs).

1 - Moore N., Noblet C. Fréquence des effets indésirables des médicaments. Une mise au point bibliographique. *La Lettre du Pharmacologue* 1996; 10: 126-129.

2 - Fourrier A. et al. Adverse drug reactions leading to hospital admission. *Post Marketing Surveillance* 1992; 6 (1): 12.

MEMBRES DE LA CONFERENCE NATIONALE DE SANTE

18 représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral

Mme Marie-Hélène **ABADIE**, Syndicat National autonome des Orthoptistes
M. Pierre **BERAS**, Union Nationale des Pharmacies de France
M. Adrien **BEDOSSA**, Union des Biologistes de France
Dr Richard **BOUTON**, Fédération Française des Médecins généralistes MG France
M. René **BUISSIERE**, Fédération Nationale des Audioprothésistes Français
Dr Dinorino **CABRERA**, Syndicat des Médecins Libéraux
M. Bernard **CAPDEVILLE**, Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
Dr Michel **CHASSANG**, Confédération des Syndicats Médicaux Français
Dr Jean **GRAS**, Fédération des Médecins de France
Dr Marcel **LUX**, Syndicat National des Vétérinaires
Dr Claude **MAFFIOLI**, Confédération des Syndicats Médicaux Français
M. Louis **OLIE**, Fédération Nationale des Podologues
Mme Marie-Jeanne **OURTH-BRESLE**, Fédération Nationale des Infirmiers
Mme Yvonne **POUVREAU**, Union Nationale des Syndicats de Sages-Femmes Françaises
Dr Jacques **REIGNAULT**, Confédération Nationale des Syndicats Dentaires
Dr Daniel **ROBLIN**, Confédération Nationale des Syndicats Dentaires
M. Jacques **ROUSTIT**, Fédération Nationale des Orthophonistes
M. Jacques **VLEMINCKX**, Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes
Reéducateurs

18 représentants des institutions et établissements publics et privés de santé et des professionnels qui y exercent.

Syndicats de médecins hospitaliers publics

Dr François **AUBART**, Coordination de la médecine Hospitalière
Pr Claude-François **DEGOS**, Syndicat National des Médecins Chirurgiens Spécialistes et
Biologistes des Hôpitaux Publics
Pr Georges **MALLARD**, Confédération des Hôpitaux Généraux
Dr Francis **PEIGNE**, Intersyndical National des Praticiens Hospitaliers

*Conférences des présidents de commissions et
conférences médicales d'établissements de santé*

Pr Jacques GHISOLFI, Conférence des Présidents de Commissions Médicales
d'Etablissement des Centres Hospitaliers Universitaires

Dr. Olivier JOYEUX, Conférence des Présidents de Commissions Médicales
d'Etablissement des Centres Hospitaliers

Dr. Serge LARUE-CHARLUS, Conférence des Présidents de Commissions
Médicales d'Etablissement d'hospitalisation privée

Dr. Michel POTENCIER, Conférence des Présidents de Commissions
Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés

Dr. Michel VALLETEAU, Conférence des Présidents de Commissions
Médicales d'Etablissement d'hospitalisation privée participant au service public

*Syndicats de personnels non médicaux
exerçant dans des institutions ou établissements de santé.*

M. Alain BROUSSEAU, Fédération des Personnels de services publics

M. Jean-Jacques BRIOUZE, Fédération Française Santé et Action Sociale

M. François CHEREQUE, Fédération Nationale des Syndicats des Services
de Santé et Services Sociaux

M. Jean-Luc GIBELIN, Fédération de la Santé et de l'Action Sociale

M. Michel PICARD, Fédération nationale des Syndicats Chrétiens des
Services Sociaux et de Santé

Organisations de l'hospitalisation publique et privée

M. Philippe CADENE, Fédération Hospitalière de France

M. Alain COULOMB, Union Hospitalière Privée

M. François DELAFOSSE, Fédération des Etablissements Hospitaliers
et d'Assistance Privés à but non lucratif

Dr. Louis SERFATY, Fédération Intersyndicale des Etablissements d'Hospitalisation
Privée

26 représentants des régions

M. **Jean-Claude FIMBEL**, Union départementale des Associations Familiales du Bas Rhin (ALSACE)
M. **Georges GODEFROID**, Union départementale des Associations Familiales des Landes, (AQUITAINE)
Dr **Raoul REYNAUD**, Comité départemental de la ligue contre le cancer (AUVERGNE)
M. **François FAUCHEUX**, Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur le Handicap et l'Inadaptation (BOURGOGNE)
M. **Michel PINSON**, Maison de la consommation et de l'environnement (BRETAGNE)
M. **Lucien DEMONIO**, Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CENTRE)
Pr **Gérard POTRON**, Observatoire Régional de la Santé (CHAMPAGNE-ARDENNE)
M. **Dominique CASANOVA**, Secours catholique (CORSE)
Mme **Fabienne BONNIN**, Comité Régional d'Education pour la Santé (FRANCHE COMTE)
Mme **Anne COPPEL**, Association "limiter la casse" (Association de lutte contre la toxicomanie) (ILE DE FRANCE)
M. **Jean-Jacques DELARBRE**, Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réadaptation Sociale (LANGUEDOC-ROUSSILLON)
M. **Roland ZANIN**, Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (LIMOUSIN)
M. **Jean-François COLLIN**, Comité Départemental d'Education pour la Santé de Meurthe et Moselle (LORRAINE)
Pr **Jacques POUS**, Observatoire Régional de la Santé (MIDI-PYRENEES)
Dr **Matthieu MEREAU**, Société régionale de Santé Publique (NORD-PAS-DE CALAIS)
Mme **Bernadette DESVAGES**, Union départementale des Associations Familiales de la Manche, Associations Familles Rurales de la Manche (BASSE-NORMANDIE)
M. **Jean-Marie MISEREY**, Observatoire Régional de la Santé (HAUTE-NORMANDIE)
Mme **Isabelle TMALET**, Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (PAYS DE LA LOIRE)
Mme **Milica BONNISSEAU**, Association CALAO (Association d'Aide à l'Enfance) (PICARDIE)
M. **Gérard JOINNEAUX**, Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (POITOU-CHARENTES)
Pr **Jean Albert GASTAUD**, Comité Régional d'Information et de Prévention du SIDA (PACA)
M. **Claude BOUCHET**, Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (RHONE-ALPES)
M. **Camille SUARD**, Conseil Economique et Social (GUADELOUPE)
Dr **Geneviève SIMART**, AIDES (GUYANE)
M. **Auguste ARMET**, Comité Martiniquais de Prévention de l'Alcoolisme (MARTINIQUE)
M. **Thierry VOLIA**, Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (REUNION)

10 personnalités qualifiées

Pr. François BONNET DE PAILLERETS, président du Comité Français d'Education pour la Santé

Dr. Patrick BREZAC, président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire

M. Hubert BRIN, président de l'Union Nationale des Associations Familiales

Pr. Jean-Pierre CHANGEUX, président du Comité consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé

Mr. Jacques COZ, président du Syndicat National des Cadres Hospitaliers

M. Bruno GROUES, conseiller technique chargé de la santé à l'Union Nationale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés sanitaires et Sociaux

Pr Joël MENARD, professeur de médecine interne

M. Eugène PINSAULT, administrateur national de la Fédération Nationale des Clubs Aînés Ruraux

Dr. Nicole RENAUD, président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Midi-Pyrénées

Dr. Bernard Claude SAVY, président de l'Union Nationale pour l'Avenir de la Médecine

Etaient invités par le Président :

- M le Dr **Jacques MONNOT**

- Mme **PATUREL**, en raison de l'absence excusée de Mme **OURTH-BRESLE**.

ANNEXE GLOSSAIRE

PRINCIPAUX SIGLES D'ORGANISMES DONT L'ACTIVITÉ INTÉRESSE LA SANTÉ PUBLIQUE (liste non exhaustive)

ANAES (ex ANDEM) : Agence nationale de l'évaluation en santé

ANPA : Association nationale de prévention de l'alcoolisme

AFS : Agence française du sang

Agence du médicament

ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida

ARH : Agence régionale d'hospitalisation

CANAM : Caisse autonome nationale d'assurance maladie (non salariés non agricoles)

CAT : Centre d'aide par le travail

CCAS : Centre communal d'action sociale

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CDES : Comité départemental d'éducation pour la santé

CERMES : Centre d'études et de recherche sur la médecine, les maladies et les sciences sociales

CDPA : Centres départementaux de prévention de l'alcoolisme

CFES : Comité français d'éducation pour la santé

CHAA : Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie

CHG : Centre hospitalier général

CHR : Centre hospitalier régional

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CHRS : Centre d'hébergement et de réadaptation sociale

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CIE : Centre international de l'enfance

CIRC : Centre international pour la recherche contre le cancer

CNAF : Caisse nationale des allocations familiales

CNAV : Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés

CNAVPL : Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNTERHI : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations

CNRS : Centre national de la recherche scientifique
Conseil supérieur d'hygiène publique de France
Conseil supérieur de la pharmacie
COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
Conférence nationale de santé
Conférence régionale de santé (en 1996, conférences régionales sur l'état de santé des populations et des priorités de santé publique)
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CREDES : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de santé
CREDOC : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CRES : Caisse de rééducation professionnelle
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (ministère du travail)
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Etat)
DGS : Direction générale de la santé (ministère des affaires sociales)
DH : Direction des hôpitaux (ministère des affaires sociales)
DIJ : Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes
DIV : Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain
DIRMI : Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion
DPJJ : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (ministère de la justice)
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DSS : Direction de la sécurité sociale (ministère des affaires sociales)
DSV : Direction des services vétérinaires (ministère de l'agriculture)
EFG : Etablissement français des greffes
ENSP : Ecole nationale de santé publique
EHLASS : European home and leisure accident surveillance system
FAS : Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles (ministère des affaires sociales)
FAJ : Fonds d'aide aux jeunes en difficulté
FNMF : Fédération nationale de la mutualité française
FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
FNS : Fonds national de solidarité
Fondation santé des étudiants de France
GERD : Groupe d'étude et de recherche sur la douleur
HCSP : Haut comité de la santé publique

Haut conseil de la population et de la famille
Haut comité du thermalisme et du climatisme
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IDEF : Institut de l'enfance et de la famille
IME : Institut médico-éducatif
IMP : Institut médico-pédagogique
IMPRO : Institut médico-professionnel
INED : Institut national d'études démographiques
INRA : Institut national de recherche agronomique
INRETS : Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSEP : Institut national du sport et de l'éducation physique (ministère de la jeunesse et des sports)
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
Institut Pasteur
MIRE : Mission recherche expérimentation (ministère des affaires sociales)
MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies
MSA : Mutualité sociale agricole
OMS : Organisation mondiale de la santé
OPRI : Office de protection contre les rayonnements ionisants
ORS : Observatoire régional de la santé
RNSP : Réseau national de santé publique
RNTMT : Réseau national télématique de surveillance des maladies transmissibles
SESI : Service des statistiques, des études et de systèmes d'information (ministère des affaires sociales)
SNIP : Syndicat national de l'industrie pharmaceutique
URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

AUTRES SIGLES

AMG : Aide médicale gratuite
CME : Commission médicale d'établissement (établissements hospitaliers)
HAD : Hospitalisation à domicile
PMI : Protection maternelle et infantile

PSPH : Participant au service public hospitalier (établissements)

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

REMERCIEMENTS

Le travail du Docteur René Demeulemeester doit être salué, au moment de la préparation du Concept de Conférence Nationale de Santé, pour la préparation et la mise en oeuvre de la Conférence Nationale de Santé 1996, et pour l'écriture du Rapport.

Le Professeur Bonnet de Paillerets, Monsieur Bouchet, le Docteur Brezac, Monsieur Delafosse, Monsieur Pinson, Monsieur le Professeur Pous, Madame le Docteur Renaud, Monsieur Roustit, et Madame le Docteur Simart sont remerciés pour leur aide efficace dans l'animation des groupes de travail, et pour l'écriture des compte-rendus du groupe.

L'aide du Docteur Martine Dumont a été particulièrement appréciée pour la relecture du rapport, ainsi que la contribution exceptionnelle de Mademoiselle Isabelle d'Argentré au moment de la frappe et de la mise en page.