

Stratégie nationale de santé 2023-2033

Contribution
du Haut Conseil
de la santé publique

Collection
Avis et Rapports

Mars 2023

Stratégie nationale de santé 2023-2033

Contribution du Haut Conseil de la santé publique

En amont de l'élaboration de la nouvelle Stratégie nationale de santé (SNS) par le Gouvernement, le HCSP produit une analyse des principaux problèmes de santé de la population et détermine des domaines d'action prioritaires et des objectifs pour les cinq années à venir, à la demande du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) et de la Direction générale de la santé (DGS).

Le bilan de la SNS 2017-2022 fait état d'une évolution contrastée de l'état de santé de la population marquée par de fortes inégalités. L'espérance de vie stagne en 2022 et reste inférieure à celle de 2019. Le nombre de naissances baisse avec une mortalité infantile en augmentation. En France, comme dans l'Union européenne, une personne sur cinq est âgée de 65 ans ou plus. Des constats faits en 2017 se sont aggravés après la crise Covid-19, et si les indicateurs généraux sont toujours favorables, il existe une grande disparité selon les groupes sociaux, de très fortes tensions dans le système de soins et un système de santé publique ne répondant plus aux besoins de la population.

Certains sujets apparaissent maintenant préoccupants et prioritaires au sortir de la crise sanitaire, comme la santé mentale, la santé de l'enfant qui est fragilisée et constitue le berceau des inégalités, l'environnement, l'impact du changement climatique, la situation sanitaire préoccupante en Outre-mer et la crise majeure de l'ensemble du système de santé et notamment du système de soins. Devant ces constats, il est aujourd'hui nécessaire de reconstruire le système de santé pour répondre à ces différents enjeux de santé publique.

Le HCSP propose 4 objectifs stratégiques et fait 12 propositions pour les atteindre : développer une SNS sur le temps long (10 ans), repenser le système de santé à court, moyen et long terme, en engageant et renforçant la transformation des métiers de la santé et du soin, en assurant le « parcours de santé » du citoyen/patient tout au long de la vie et en repensant le financement du système de santé. Le HCSP propose également de rendre réellement opérationnel le concept de « Santé dans toutes les politiques », de renforcer la démocratie en santé et la prise en compte des déterminants environnementaux, de mettre en œuvre une politique systémique de prévention fondée sur une approche populationnelle et agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé, de favoriser l'agilité et l'approche territoriale en impliquant les collectivités territoriales. Le HCSP propose de mettre en œuvre un Plan Santé de l'Outre-mer, d'adapter le système d'information en Santé avec un meilleur accès aux données de santé existantes et des indicateurs mesurables qui permettent de renouveler l'approche à la donnée de santé. Enfin, le HCSP propose de développer et soutenir, sur 10 ans, une recherche en santé publique et sur les systèmes de santé, et de se doter de compétences en prospective dans le champ de la santé.

Au total le système de santé doit évoluer vers un nouveau modèle à 10 ans, rééquilibré entre soins et prévention. Cette évolution doit être portée par une SNS, constituant le cadre structurel des différentes stratégies ou plan sectoriels de santé. Une gouvernance propre, avec des objectifs à court, moyen et long termes doit être mise en place pour assurer la cohérence du système de santé aux niveaux national, territorial et local ainsi que l'évaluation des actions déployées

Rapport relatif à la contribution du Haut Conseil de la santé publique pour la future Stratégie nationale de santé 2023 -2033

28 mars 2023

SOMMAIRE

Préface	6
1. Reconstruire le système de santé pour répondre aux enjeux.....	9
2. Diminuer l'impact des maladies chroniques.....	9
3. Renforcer les actions envers les plus fragiles.....	9
4. Mettre en œuvre une politique systémique de prévention agissant sur les principaux déterminants de la santé selon une approche populationnelle	9
I. Introduction	13
II. Contexte international et scientifique	14
1. Stratégie européenne en matière de santé au sortir de la crise Covid-19	15
2. Des stratégies de santé s'inscrivant dans le temps long pour la plupart des pays étudiés	19
3. La littératie en santé : un enjeu reconnu pour les systèmes de santé	21
4. La santé n'est pas limitée aux maladies et le système de santé n'est pas limité au système de soins.....	25
III. La SNS 2018-2022 : un outil intégrateur des politiques de santé à améliorer	30
1. Une forte cohérence de la SNS avec les enjeux de santé et les plans nationaux et régionaux. Une permanence de certains thèmes dans le temps.	30
2. Une durée à ajuster en fonction des objectifs et des indicateurs retenus	31
3. Un cadre insuffisamment contraignant pour être utile	32
4. Une gouvernance à adapter et renforcer	33
IV. État de santé de la France : des données récentes et riches d'enseignement	36
1. Bilan démographique.....	36
2. Le bilan sanitaire de la SNS 2017-2022 établi par la Drees.....	39
3. Le bilan du point de vue de l'Assurance maladie 2022.....	44
V. L'état de santé de la France : les priorités retenues par le HCSP	51
1. Des constats faits par le HCSP en 2017 qui persistent mais qui se sont aggravés après la crise Covid-19	51
2. Les trois menaces pour la santé des Français identifiées en 2017 persistent, se modifient et s'intensifient.....	62
3. De nouveaux éléments depuis 2017	69
VI. Une crise majeure de l'ensemble du système de santé, du système de soins et de leurs acteurs.....	89
1. Le système de santé français face à un risque systémique	90
2. Parce qu'inadapté à l'état de santé de la France et aux menaces	110
VII. Une SNS proposant quatre objectifs à moyen et long termes.....	116

1. Reconstruire le système de santé pour répondre aux enjeux.....	116
2. Diminuer l'impact des maladies chroniques.....	125
3. Renforcer les actions envers les plus fragiles : déconstruire la fabrique des inégalités de santé.....	128
4. Mettre en œuvre une politique systémique de prévention agissant sur les principaux déterminants de la santé selon une approche populationnelle	132
VIII. Douze propositions d'action pour une SNS	143
1. Établir une SNS sur une période de 10 ans, proposant des recommandations stratégiques.....	144
2. Engager l'évolution du système de santé à court, moyen et long termes : un impératif ...	147
3. Opérationnaliser le concept de « Santé dans toutes les politiques » (<i>Health in all policies</i>).....	154
4. Développer les conditions effectives de la participation des citoyens aux évolutions du système de santé (objectif opérationnel à 2 ans).	155
5. Mettre en œuvre une politique de prévention intégrant les différentes approches préventives	156
6. Anticiper les impacts sur la santé des modifications des environnements dont le changement climatique	163
7. Favoriser l'agilité et l'approche territoriale.....	166
8. Mettre en œuvre un plan outre-mer	169
9. Repenser la gouvernance et le financement du système de santé	174
10. Adapter le système d'information en santé	178
11. Développer et soutenir sur 10 ans une recherche en santé publique et sur les systèmes de santé	181
12. Se doter de compétences en prospective dans le champ de la santé.....	188
IX. Perspectives	191
1. Le système de santé doit évoluer vers un nouveau modèle à 10 ans.....	191
2. Cette évolution doit être portée par une SNS	192
3. Une SNS jouant pleinement son rôle de cadrage et de gouvernance.....	192
4. Pour évoluer vers un système de santé répondant mieux aux besoins de la population..	193
X. Annexe 1 - Saisine conjointe du SGMAS et du DGS en date du 18 octobre 2022 ..	195
XI. Annexe 2 - Composition du groupe de travail	196
XII. Annexe 3- Personnalités auditionnées et contributions écrites	197
XIII. Annexe 4- Personnalités rencontrées à l'occasion de deux temps de concertation sur les priorités de la future SNS	199

Rapport rédigé par le groupe de travail Stratégie nationale de santé/indicateurs du Haut Conseil de la santé publique, validé le 28 mars 2023 par vote électronique. Participants :9 membres qualifiés sur 10 membres ; aucun conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 9 votes pour, 0 vote contre, 0 abstention

Préface

La stratégie nationale de santé (SNS) est un cadre stratégique guidant la planification sanitaire pour une période donnée, avec des objectifs à court, moyen et long termes. La SNS a surtout pour objectif de fixer un cap et dans une vision prospective, de répondre aux enjeux sanitaires des années à venir. Certes des dossiers urgents sont à traiter à court terme comme la saturation des hôpitaux, la souffrance psychologique et physique des professionnels de santé, les déserts médicaux et la difficulté des Français à accéder à un médecin.

Mais compte tenu des diagnostics réalisés par de nombreuses instances d'expertise sanitaire en France (Cnam, Insee, Drees, CCNE ...), le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) souligne dans ce rapport la nécessité de réfléchir au système de santé de demain, le système de santé actuel ayant été construit il y a 40 ans pour la prise en charge des patients et donc déséquilibré et orienté sur le soin et non sur la prévention. Force est de constater que ce système de soin est à bout de souffle, les citoyens français étant parmi ceux présentant le plus de comorbidités à l'âge de 65 ans en Europe et consultant pour un tiers d'entre eux leur médecin généraliste pour la prise en charge d'une maladie chronique. Après des décennies d'un tel déséquilibre, le système de santé n'est plus soutenable sur le plan financier et structurel, générant de manière continue et inéluctable toujours plus de situations de soins complexes auxquelles il ne peut plus faire face. De plus et dans le même temps, l'éthique en milieu de soins a été mal menée, les soignants ne trouvant plus de sens à leur métier, n'ayant plus la possibilité de prendre le temps pour leurs patients au-delà des gestes techniques.

De nombreuses tentatives de sauvetage par des plans qui se sont succédés sans concertation ni intégration systématique à la SNS ont été, souvent, des mesures immédiates, ne permettant pas de changer structurellement le système de santé dans la profondeur et la durée. Cette vision morcelée à court terme, souvent sur des temps politiques courts, n'a pas été « rentable » dès lors que l'on parle d'investissement et de retour sur investissement pour la santé de la population française, l'espérance de vie des Français sans incapacité en étant un exemple frappant, alors même que ces incapacités pèsent lourdement sur le système de santé et sa soutenabilité, étant elles-mêmes aggravées par les gradients sociaux et territoriaux de santé.

Le HCSP propose une SNS fixant des objectifs à moyen et long termes, avec une vision générationnelle et une réflexion sociétale. Il est nécessaire d'intégrer une politique de prévention et de santé dans toutes les politiques dans une coordination interministérielle soutenue et partagée, d'investir sur la santé et l'éducation des plus jeunes pour tenter d'inverser ce déséquilibre de notre système de santé et réduire le poids des maladies chroniques. Il est grand temps aussi de penser à une prise en charge multidisciplinaire de la population française, dans une démarche de repérage et de prise en charge à visée préventive prenant en compte les déterminants de santé, individuels et environnementaux. Rester en bonne santé doit être une priorité nationale. Les « Rendez-vous prévention » à différents âges de la vie représentent en ce sens une formidable opportunité de cadrer cette prévention dans une démarche dynamique, pour repérer, interroger, éduquer la population aux mesures de bien-être individuelles et environnementales. L'universalisme proportionné doit proposer des actions de prévention à tous, mais en intensifiant son action vers les plus fragiles et les plus éloignés du système de santé.

Si les orientations de cette nouvelle contribution du HCSP à la future SNS s'inscrivent dans un

cadre national, une gouvernance propre est indispensable pour assurer sa légitimité, son évaluation et son impact sur le système de santé sur les moyen et long termes et surtout coordonner son articulation avec les plans régionaux de santé, véritables clés de voûte du succès de la territorialisation et initiatives des acteurs locaux dans une démarche commune.

Espérons que ce rapport, véritable guide de réflexion sur les constats de notre système de santé, soit force de propositions pour une nouvelle SNS audacieuse, innovante et structurante pour le système de santé de demain, adaptée aux enjeux sociétaux, environnementaux et sanitaires dans une dynamique européenne, à l'aune du changement climatique.

Professeur Franck CHAUVIN
Professeur Didier LEPELLETIER
Haut Conseil de la santé publique

Synthèse – Stratégie Nationale de Santé 2023 – 2033

Contribution du Haut Conseil de la santé publique

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi le 18 octobre 2022 par le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et la Direction générale de la santé (DGS) en amont de la préparation de la future Stratégie nationale de santé (SNS) afin qu'il réalise, d'ici à la fin mars 2023, l'analyse de l'état de santé de la population, de ses déterminants et des stratégies d'action envisageables (Annexe 1).

Cette réflexion a été menée dans le cadre des travaux du groupe de travail permanent (GTP) Stratégie nationale de santé/indicateurs (SNSI) du HCSP (voir annexe 2). Ce rapport du HCSP (version longue) a été complété par la publication d'un avis (version courte).

Pour proposer une contribution à la planification d'une politique de santé, le GTP du HCSP a utilisé une méthodologie inspirée du modèle de Green et Kreuter appelé *Precede-Proceed*. Ce modèle permet une analyse stratégique systémique des problèmes de santé (Figure 1). Les missions confiées au HCSP dans le cadre de cette saisine constituent le premier temps de ce modèle (*Precede*), avec la réalisation d'un diagnostic et l'élaboration d'un plan d'action. Le modèle comprend un deuxième temps (*Proceed*), permettant la mise en œuvre des mesures, leur monitoring et l'évaluation de leurs impacts, qui devrait dans l'idéal être réalisé lors de la mise en œuvre de la SNS et coordonné par un comité de suivi spécifique de la SNS.

Aujourd'hui, la stratégie européenne en matière de santé se développe au sortir de la crise Covid-19 : *EU Global Health Strategy, Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA), Comité de sécurité sanitaire, Cross Border, etc.* Bien en amont de l'émergence de ces actions européennes, de nombreux pays se sont engagés dans des stratégies nationales pour définir leurs objectifs en matière de santé avec des stratégies de santé s'inscrivant dans des temps souvent longs sur des périodes comprises entre 5 ans et 20 ans.

Le HCSP pointe des constats qui se sont aggravés depuis 2017 notamment depuis la crise Covid-19

- Des indicateurs généraux qui sont toujours favorables.
- Une exposition aux facteurs de risque en diminution mais une grande disparité.
- Des indicateurs spécifiques plus contrastés : espérance de vie sans incapacité, mort prématurée, mortalité évitable
- Une augmentation des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).
- De très fortes tensions observées dans le système de soins : une augmentation du poids des maladies chroniques, un système de santé publique ne répondant plus aux attentes, une réponse sous-optimale à une crise infectieuse prévue et prévisible, des tensions éthiques et le désarroi des professionnels et structures de santé et un système hospitalier amené à faire des soins de premier recours.

Le HCSP identifie de nouveaux éléments qui ont émergé depuis 2017

- La santé mentale a émergé comme un problème majeur depuis la crise du Covid-19.
- La santé de l'enfant s'est fragilisée et constitue le berceau des ISTS : périnatalité, adolescence, exposition aux écrans, expertise professionnelle en difficulté (PMI, santé scolaire, universitaire...).
- L'environnement constitue aujourd'hui une menace pour la santé à court terme du fait des expositions multiples de la population et du fait du changement climatique qui va modifier de façon importante les modes de vie dans les années qui viennent.
- Les questions éthiques que posent le système de santé sont aujourd'hui remises en cause avec une dégradation des conditions de travail qui est à l'origine d'une souffrance éthique chez les professionnels pouvant évoluer en souffrance psychique et physique.
- La situation sanitaire en Outre-mer est alarmante et laisse présager, en l'absence d'initiatives fortes, de véritables catastrophes sanitaires.

Le HCSP fait le diagnostic d'une crise majeure et d'un risque systémique de l'ensemble du système de santé et du système de soins

Parce que le système de santé et le système de soins sont inadaptés à l'état de santé de la France et aux menaces

- Leur organisation et le financement sont plutôt ciblés sur l'aigu et les actes techniques.
- La prévention et les soins primaires sont encore trop peu organisés avec de faibles capacités du système de santé français à développer la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. Le constat porte sur l'organisation des soins primaires et une médecine de ville sollicitée sur les symptômes cliniques et trop centrée sur les soins curatifs dans une situation non favorable au développement de la prévention.
- Il existe une faible articulation prévention / soins primaires / soins de recours secondaires / soins de suite.

Le HCSP définit quatre grands objectifs à moyen et long termes (Figure 2)

1. Reconstruire le système de santé pour répondre aux enjeux

1.1 Refonder le système de santé publique (objectif à 5 ans)

- L'attractivité des métiers de la santé doit être améliorée.
- La place de la spécialisation et de l'expertise doit être précisée.
- La territorialisation constitue un élément central à prendre en compte.

1.2 Adapter le système de soins (objectif à 10 ans)

- Les soins primaires doivent être réorganisés et renforcés.
- Les métiers du soin doivent évoluer, avec une redéfinition des rôles de chacun.

1.3 Mieux articuler le système de santé publique et le système de soins (objectif à 10 ans).

- Les offreurs de soins doivent s'impliquer dans l'effort de promotion de la santé et de prévention.

2. Diminuer l'impact des maladies chroniques

2.1 Diminuer les séquences de soins en relation avec les maladies chroniques (objectif à 5 ans).

2.2 Ralentir l'augmentation de la prévalence et du poids des maladies chroniques, notamment en améliorant la détection précoce et la prévention primaire, secondaire, tertiaire (objectif à 10 ans).

2.3 Augmenter l'espérance de vie en bonne santé (objectif à 15 ans).

3. Renforcer les actions envers les plus fragiles

3.1 Réduire les inégalités en lien avec les maladies chroniques (objectif à 5 ans).

3.2 Réduire les inégalités de mortalité prématurée (objectif à 10 ans).

3.3 Réduire les inégalités de mortalité (objectif à 15 ans).

Notamment en :

- Mettant en place une véritable politique du « dernier kilomètre reposant sur l'universalisme proportionné et de véritables dispositifs d'« aller-vers ».
- Prévoyant un volet « réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) » dans chaque plan de santé.

4. Mettre en œuvre une politique systémique de prévention agissant sur les principaux déterminants de la santé selon une approche populationnelle

La prévention doit être mise en œuvre en respectant les principes suivants :

4.1 Une prévention tout au long de la vie. La prévention doit donc concerner à la fois les enfants, les adolescents, les adultes et les seniors. La prévention est à réaliser dès le milieu scolaire (crèches/école /collège /lycée /université), et au niveau des collectivités territoriales, entreprises et autres : lieux de travail, lieux publics, établissements de soins, de santé.

4.2 Nécessité de mobiliser tous les secteurs (*Health in all policies*, évaluation des impacts en santé). Le tout, en créant des environnements favorables à la santé.

Le HCSP préconise 12 actions stratégiques (Figure 2)

1. Établir une SNS sur une période de 10 ans, proposant des recommandations stratégiques
2. Engager l'évolution du système de santé à court, moyen et long termes : un impératif
3. Opérationnaliser le concept de « Santé dans toutes les politiques » (*Health in all policies*)
4. Développer les conditions effectives de la participation des citoyens aux évolutions du système de santé (objectif opérationnel à 2 ans)
5. Mettre en œuvre une politique de prévention intégrant les différentes approches préventives
6. Anticiper les impacts sur la santé des modifications des environnements, dont le changement climatique
7. Favoriser l'agilité et l'approche territoriale
8. Mettre en œuvre un plan outre-mer
9. Repenser la gouvernance et le financement du système de santé
10. Adapter le système d'information en santé
11. Développer et soutenir sur 10 ans une recherche en santé publique et sur les systèmes de santé
12. Se doter de compétences en prospective dans le champ de la santé

Perspectives du HCSP

Le système de santé doit évoluer vers un nouveau modèle à 10 ans. Cette évolution doit être portée par une SNS :

- Intégrant le temps long : 10 ans.
- Constituant le cadre des différentes stratégies ou plan sectoriels.
- Ayant une gouvernance propre.
- Fixant des objectifs à court, moyen et long termes.
- Permettant une rénovation profonde du système de santé publique et du système de soins.
- Reposant sur des principes d'action explicites permettant d'agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé :
 - « Universalisme proportionné », « aller-vers » et « dernier kilomètre ».
 - Territorialisation.
 - « *Health in all policies* », santé dans toutes les politiques.
- Modernisant le rôle et la place des acteurs/professionnels de santé.

Synthèse : Modèle conceptuel et représentation graphique

Figure 1. Modèle conceptuel de santé publique pour la stratégie nationale de santé 2023-2033, adapté de Green and Kreuter.

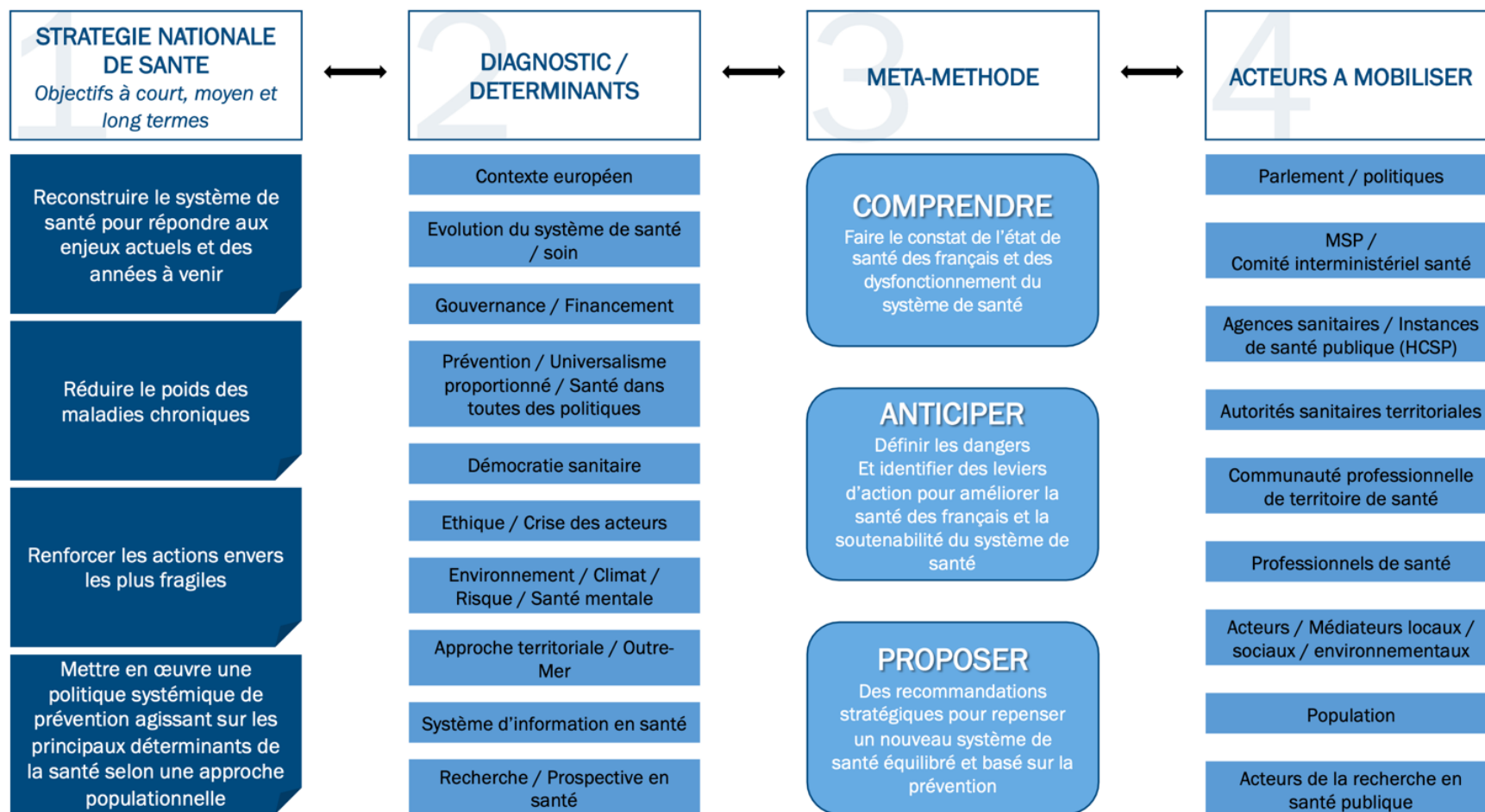
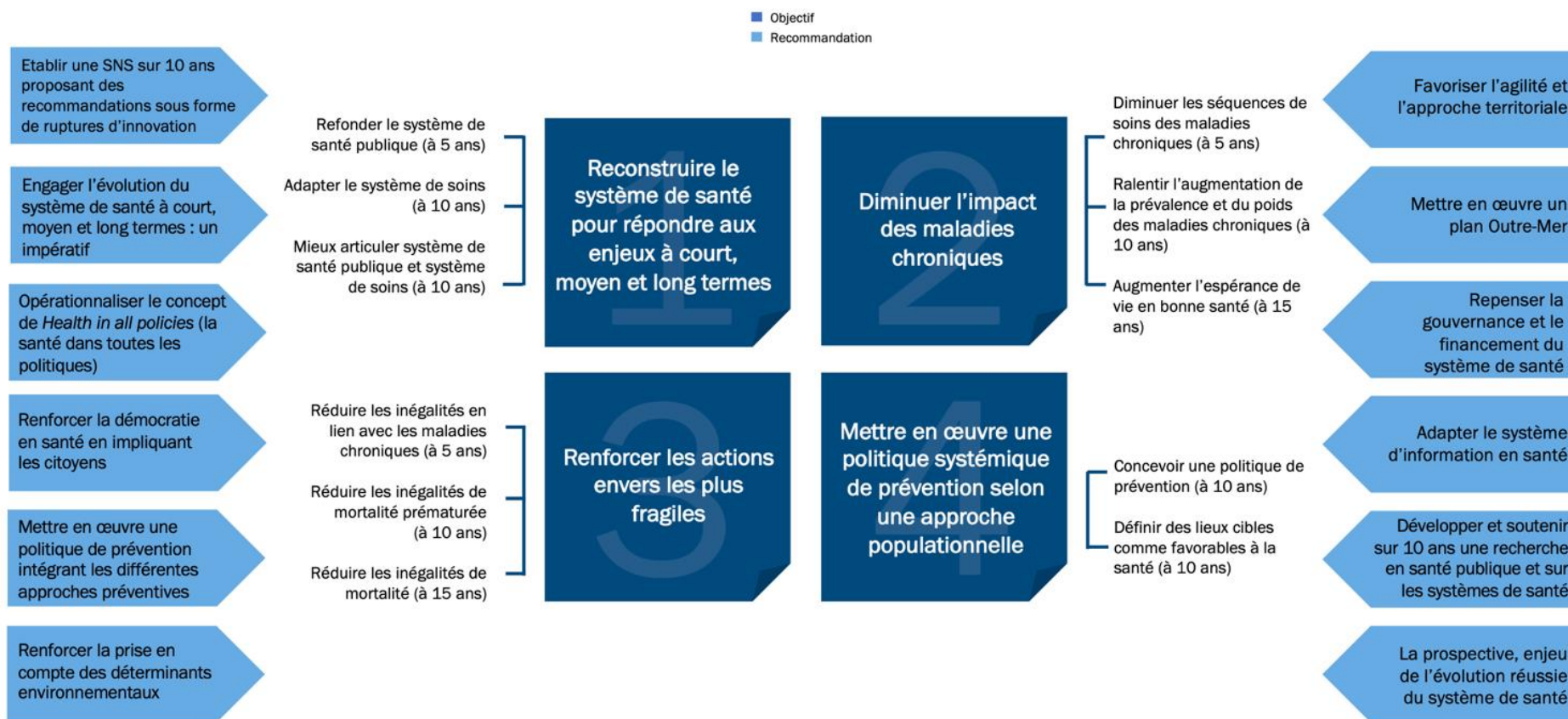


Figure 2. Infographie relative aux objectifs et recommandations établis par le HCSP pour la stratégie nationale de santé 2023-2033.



© HCSP, mars 2023

I. Introduction

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi le 18 octobre 2022 par le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et la Direction générale de la santé (DGS) en amont de la préparation de la future Stratégie nationale de santé (SNS) afin de réaliser l'analyse de l'état de santé de la population, de ses déterminants et des stratégies d'action envisageables (Cf. saisine en annexe 1).

Le HCSP rappelle que la SNS est prévue par la loi (article L 1411-1-1 du Code de la santé publique) et constitue le cadre de la politique nationale de santé en France. La SNS 2018-2022 étant arrivée à échéance le 31 décembre 2022, une nouvelle SNS doit être préparée pour couvrir la période du nouveau quinquennat (2023-2027).

Le processus de définition de la SNS et son contenu sont encadrés par la loi de modernisation de notre système de santé et par le décret du 28 novembre 2016 relatif à la SNS. La loi détermine, de manière pluriannuelle, les domaines d'actions prioritaires et les objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie.

Sur le plan méthodologique, le HCSP a sollicité le groupe de travail permanent (GTP) Stratégie nationale de santé/indicateurs (SNSI) composé d'experts membres ou non du HCSP pour répondre à cette saisine et proposer des domaines d'actions prioritaires pour la SNS (annexe 2). Ce GTP a été piloté par le Professeur Franck CHAUVIN, ancien président du HCSP et le Professeur Didier LEPELLETIER, actuel président du HCSP. Le GTP a travaillé selon les méthodes habituelles du HCSP par la recherche documentaire, la réalisation d'auditions, la demande de contributions écrites, l'organisation de séminaires, de réunions de concertation avec les agences sanitaires et autres institutions françaises (Santé publique France, Anses, EHESP, INCa, Mildeca, Inserm).

Pour proposer une contribution à la planification d'une politique de santé, le GTP du HCSP a utilisé une méthodologie inspirée du modèle de Green et Kreuter appelé *Precede-Proceed*¹. Ce modèle permet une analyse stratégique systémique des problèmes de santé. Ce modèle a notamment été utilisé pour établir le cadre conceptuel de ce travail (Cf. [Synthèse : Modèle conceptuel et représentation graphique](#)).

Les missions confiées au HCSP dans le cadre de cette saisine constituent le premier temps de ce modèle (*Precede*), avec la réalisation d'un diagnostic et l'élaboration d'un plan d'action. Le modèle comprend un deuxième temps (*Proceed*), permettant la mise en œuvre des mesures, leur monitoring et l'évaluation de leurs impacts, qui devrait dans l'idéal être réalisé lors de la mise en œuvre de la SNS et coordonné par un comité de suivi spécifique de la SNS.

Pour réaliser son analyse et proposer des stratégies d'action, le GTP du HCSP s'est basé sur les rapports disponibles relatifs à l'état de santé de la population française et aux déterminants de santé.

L'état de santé de la population

En septembre 2022, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des

¹ Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. London: Mayfield Publishing Company, 1991. Green LW and Kreuter MW. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company, 1999; 621 pp. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach (3rd ed). Can J Public Health. 2001; 92(5):384.

Statistiques (Drees) a publié un rapport sur l'état de santé de la population en France².

C'est à partir des données de ce rapport, complétées par une analyse de la documentation disponible au moment de la saisine, que le HCSP a effectué, dans un premier temps, un descriptif de l'état de santé de la population. Les indicateurs considérés montrent une évolution contrastée parcourue par de fortes inégalités.

Les déterminants de cet état de santé et les stratégies d'action envisageables

Le HCSP a ensuite établi une série de constats, dont certains avaient déjà été faits en 2017 et d'autres qui se sont aggravés pendant la crise sanitaire Covid-19. Ce travail a été réalisé à l'aide de critères de priorisation multiples, et cette priorisation a été faite pour répondre spécifiquement à la saisine qui a été adressée au HCSP. De plus, le HCSP a pris en compte dans cette étape de priorisation des éléments tirés des rapports de prospective sur l'évolution de l'état de santé et sur les déterminants de cet état de santé, sur lesquels il est possible d'agir, soit au niveau individuel, soit au niveau social ou environnemental publiés ces dernières années.

Certains des déterminants de santé sont apparus essentiels, déjà identifiés par des études prouvant et quantifiant leur importance, et pouvant être maîtrisés par des mesures dont l'action a été prouvée. Ces niveaux de preuve ont été jugés variés, allant des études expérimentales à des observations établies dans d'autres pays. Là encore, ces déterminants sont régis par de fortes inégalités.

Les conséquences financières et sociales des problèmes de santé identifiés ont également été analysées dans cette approche méthodologique.

À la suite de ce diagnostic, le GTP du HCSP a ensuite formulé quatre objectifs à moyen et long termes et préconise 12 propositions d'action pour la future SNS. Les propositions du HCSP se traduisent notamment par une déclinaison de la SNS sur une période de 10 ans, une réorganisation du système de santé, ainsi que le renforcement et la mise en œuvre de concepts indispensables à l'évolution du système de santé vers un nouveau modèle. Le HCSP n'a pas vocation à produire de nouvelles données et de ce point de vue, le récent rapport de la Drees fournit de très nombreuses informations statiques et dynamiques qui ont été utilisées ici. En revanche, ce travail de synthèse et de constats sur l'état de santé de la population française et des déterminants de santé d'une part, et d'analyse/propositions stratégiques sur le système de santé d'autre part, rentre dans les missions de conseil et d'expertise en santé publique et d'aide à la décision publique du HCSP telles qu'elles ont été rappelées dans la loi de janvier 2016 et dans les décrets. Le HCSP, sur la base de ses rapports et avis élaborés ces dernières années, en réponse à des saisines notamment dans le domaine de l'évaluation de plans de santé publique, propose dans ce rapport une priorisation des problèmes de santé et une stratégie d'actions à mettre en œuvre dans les années qui viennent pour répondre aux défis qui nous attendent.

II. Contexte international et scientifique

Le Covid-19 a, jusqu'en juillet 2021, été à l'origine de plus de quatre millions de décès dans le monde, certaines estimations tenant compte du sous-enregistrement dans certains pays suggérant un chiffre beaucoup plus élevé. Hanton *et al.* (2021) ont estimé qu'au Royaume-

² L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/letat-de-sante-de-la-population-en>

Un million de personnes décédées ont perdu environ 10 ans de vie en moyenne³. Plus d'un million d'enfants auraient perdu un tuteur principal du fait de l'épidémie dont 4 371 en France (Hillis *et al.*, 2021)⁴.

Au sein de l'Union européenne (UE), l'espérance de vie à la naissance a diminué entre 2019 et 2020 dans presque tous les pays. Elle est en baisse d'un an ou plus en Belgique, en Bulgarie, en Tchéquie, en Italie, en Lituanie, en Pologne, en Roumanie, en Slovénie et en Espagne (Eurostat, 2021)⁵.

D'autres conséquences de cette pandémie à moyen et long termes, comme le Covid long ou la disponibilité des personnels de santé pèseront durablement sur les systèmes de santé dans la plupart des pays.

Ainsi un grand nombre de pays, notamment de pays développés se questionnent sur la résilience de leur système de santé et au sein de celui-ci de leur système hospitalier.

C'est dans ce contexte de fin probable de pandémie, que s'inscrit l'analyse conduite par le HCSP pour préparer la future SNS.

Parallèlement, l'émergence de pathologies infectieuses, le poids croissant des maladies chroniques mais aussi le dérèglement climatique, ont pesé sur les systèmes de santé des pays développés.

Plus récemment, les pénuries de médicaments mais aussi de principes actifs essentiels posent à nouveau la question de l'intervention concertée des différents pays dans ce domaine où la restauration d'une souveraineté apparaît nécessaire.

1. Stratégie européenne en matière de santé au sortir de la crise Covid-19

La crise a particulièrement touché le continent européen, même si les pays ont été concernés à des degrés divers. Confrontée à la diffusion de l'épidémie, l'UE a dû s'organiser en urgence pour répondre à la demande des différents États membres. Organisant la libre circulation des individus et des biens, mais sans compétence sur les systèmes de santé, restés prérogatives de chacun des États membres, l'UE a rapidement mesuré l'interaction nécessaire entre des mesures sanitaires, relatives à l'ordre public et des mesures économiques.

Dans un deuxième temps, les commandes de masques, de tests diagnostiques puis de vaccins ont montré la nécessité et l'intérêt d'une coordination européenne, gage à la fois d'efficacité et d'équité entre les populations des différents pays.

Alors que l'UE n'avait pas défini de politique sanitaire, la crise Covid-19 aura été l'occasion de mettre en place des éléments de structuration de ce que pourrait être une politique de santé européenne qui dépasserait les simples accords transfrontaliers permettant la prise en charge de certains patients.

³ Hanlon P *et al.* (2021). COVID-19 – exploring the implications of long-term condition type and extent of multimorbidity on years of life lost: A modelling study. *Wellcome Open Res* 5:75. doi: 10.12688/wellcomeopenres.15849.3

⁴ Hillis SD *et al.* (2021). Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: A modelling study. *Lancet* 398: 391-402.

⁵ Eurostat (2021). Life expectancy by age. Luxembourg: Eurostat (https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en, accessed 15 April 2021).

Il a ainsi semblé nécessaire au HCSP de rappeler qu'une SNS devait s'inscrire dans une perspective européenne à moyen terme mais aussi prendre en compte les avancées constatées à l'issue de la crise Covid-19.

A. Systèmes de santé publique et gouvernance, 2 facteurs essentiels de la résilience des systèmes de santé

L'analyse et les préconisations concernant la résilience des systèmes de santé constituent un des apports de l'UE à prendre en compte.

Plusieurs rapports ont cherché à analyser les raisons des dysfonctionnements constatés durant la crise dans certains pays y compris certains des plus riches et des plus avancés scientifiquement au monde^{6,7}. Ils mettent en évidence des défaillances de *leadership* et de préparation, mais aussi le rôle qu'a pu jouer le désinvestissement dans les systèmes de santé publique ou les systèmes sanitaires et sociaux. Ces rapports se penchent ensuite sur les conséquences de la pandémie sur les systèmes de santé. Outre les conséquences sanitaires (séquelles liées à un séjour en réanimation ou à des atteintes d'organes du fait de l'infection à SARS-CoV-2, Covid long) ou humaines (perte des proches), des conséquences à plus long terme doivent être prises en compte comme les déficits d'éducation (confinements, fermetures d'écoles ou d'universités) ou les modifications des relations entre les individus, les gouvernements ou les employeurs. L'Europe a ainsi proposé un nouveau cadre de réflexion sur la santé mettant en avant le principe de « *One Health* » - Une seule santé - insistant sur la relation complexe entre la santé des humains, des animaux et l'environnement naturel, et la prise en compte de déterminants de la santé plus larges mais plus complexes qu'auparavant.

Les conclusions des études de l'Observatoire des politiques et systèmes de santé européens permettent ainsi de tirer les leçons de la pandémie pour "reconstruire en mieux" (*Lessons for building back better*) les systèmes de santé européens avec l'objectif de mieux répondre aux futurs chocs des systèmes de santé voire de les anticiper. Elles fournissent ainsi des pistes pour accélérer la transition vers la réalisation de systèmes de santé plus résilients⁸.

Vingt stratégies clés, regroupées selon les fonctions des systèmes de santé, ont été identifiées pour améliorer leur résilience.

Les différentes stratégies proposées permettent de sécuriser et de (ré)allouer des financements équitablement mais aussi de disposer de travailleurs de la santé en nombre suffisant et en bonne santé. Ainsi, la qualité de vie au travail des personnels de santé (au sens large) est réaffirmée comme étant un déterminant de la santé des populations. L'importance de systèmes de santé publique solides est aussi notée.

Si les solutions peuvent être différentes d'un pays à l'autre en fonction de considérations nationales, régionales ou locales, la gouvernance du système apparaît comme le fondement et le levier du fonctionnement et de la résilience des systèmes de santé durant ou à distance

⁶ Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-resilience-during-covid-19-lessons-for-building-back-better>

⁷ Drawing light from the pandemic: A new strategy for health and sustainable development <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/drawing-light-from-the-pandemic-a-new-strategy-for-health-and-sustainable-development>

⁸ Health system resilience and COVID-19: Lessons and strategies for building back better <https://eurohealthobservatory.who.int/news-room/events/item/2021/11/16/default-calendar/health-systems-resilience>

des crises. Cette gouvernance joue un rôle crucial en permettant à tous les acteurs et structures de travailler pour proposer aux populations des services de santé adéquats pour assurer la promotion d'une meilleure santé.

B. Vingt principes d'action pour une stratégie européenne de santé globale (*EU Global Health Strategy*)

En novembre 2022, la Commission européenne a adopté une nouvelle stratégie de l'UE en matière de santé globale afin d'améliorer la sécurité sanitaire mondiale et d'offrir une meilleure santé pour tous dans un monde en mutation. À la suite de la pandémie Covid-19, l'UE a souhaité renforcer son *leadership* et réaffirmer sa responsabilité en termes de lutte contre les inégalités de santé.

Cette stratégie de l'UE en matière de santé mondiale propose aux États membres un cadre pour les politiques de santé jusqu'en 2030. Elle définit des priorités politiques qui seront conduites dans ce domaine ainsi que les principes directeurs et des actions concrètes.

Dans ce programme, l'UE positionne la santé mondiale comme un pilier essentiel de sa politique extérieure, comme un secteur critique sur le plan géopolitique et comme un secteur central pour l'autonomie stratégique de l'UE. Cette stratégie doit permettre d'assurer une meilleure préparation et une meilleure réponse aux menaces.

La stratégie identifie trois grandes priorités en matière de santé globale :

- Améliorer la santé et le bien-être des personnes tout au long de leur vie ;
- Renforcer les systèmes de santé et faire progresser la couverture sanitaire universelle ;
- Prévenir et combattre les menaces sanitaires, y compris les pandémies, en appliquant une approche « *One Health* ».

Cette stratégie vise aussi à rattraper le retard pris dans l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030. Au total, 20 principes d'action, la réalisation de la couverture sanitaire universelle, au renforcement des soins de santé primaires, la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales ont été identifiés. La stratégie souligne l'importance de s'attaquer aux principaux facteurs environnementaux de mauvaise santé tels que le changement climatique et la dégradation de l'environnement, la sécurité alimentaire, les conflits et d'autres crises humanitaires. Pour atteindre ces objectifs (et notamment les ODD), la stratégie européenne propose de mettre en œuvre le principe d'« *Health in all Policies* » (la santé dans toutes les politiques). Trois leviers sont identifiés : la numérisation, la recherche et la main-d'œuvre qualifiée avec des actions concrètes pour progresser à l'échelle mondiale dans ces domaines.

D'autres pistes sont identifiées comme :

- Un accès plus équitable aux vaccins et aux traitements médicaux en renforçant les systèmes pharmaceutiques locaux et les capacités de fabrication (souveraineté européenne) ;
- Un renforcement des règles internationales sur les pandémies ;
- Une surveillance et une détection renforcées des agents pathogènes ;
- Une approche globale reposant sur le principe de « *One Health* ».

Ainsi, l'UE propose un cadre pour les différentes politiques européennes contribuant à la santé mondiale. En affirmant des principes d'action comme « *Health in all Policies* » ou des cadres descriptifs comme « *One Health* » elle défend une approche sur les déterminants de la santé pour réduire les inégalités de santé.

C. Mise en place d'HERA et d'un Comité stratégique : de nouvelles structures pour anticiper et répondre aux crises

À la suite de la crise, l'UE a souhaité renforcer sa réponse aux crises sanitaires et principalement aux crises d'origine infectieuse. Pour cela, 2 structures ont été créées et placées auprès de la Commission.

- HERA (*Health Emergency Preparedness and Response Authority*, autorité européenne de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire) a été mise en place dans le contexte de la pandémie de Covid-19 pour anticiper les menaces et les crises sanitaires potentielles, grâce à la collecte de renseignements et au renforcement des capacités de réaction nécessaires et ce à un niveau européen. En cas d'urgence, HERA assurera la mise au point, la production et la distribution de médicaments, de vaccins et d'autres contre-mesures médicales, tels que des gants et des masques. HERA a été annoncée par la présidente de la Commission européenne⁹, comme un pilier essentiel de l'Union européenne de la santé. HERA a été mise en place comme une nouvelle direction générale de la Commission européenne le 16 septembre 2021.
- Un comité de sécurité sanitaire de l'UE a été créé en 2021. Ce groupe consultatif informel européen sur la sécurité sanitaire a pour mission de renforcer la coordination et le partage des pratiques et des informations concernant la préparation aux crises sanitaires. Ce comité permet aussi une concertation des réponses dans les différents pays aux menaces graves pour la santé.

Ces deux structures ont pour objectif une coordination des réponses nationales à un niveau européen et constituent de fait une étape importante dans la structuration d'une Europe de la santé.

D. Une structuration forte de l'action de l'Europe dans le champ de la santé publique

Affirmant son ambition de « mettre en place une Union européenne de la santé forte, qui protège la santé des Européens, améliore la résilience des systèmes de santé et veille à ce que l'UE et ses États membres soient prêts à relever les défis communs », la Commission européenne et les pays de l'UE ont mis en place un programme de santé publique couvrant plusieurs domaines comme l'accès aux vaccins, aux médicaments et aux dispositifs médicaux, la prévention des cancers et plus largement des maladies non transmissibles, la promotion de la transformation numérique pour les soins et les services de santé.

Ce « plan » de santé publique est orienté autour des 6 objectifs suivants¹⁰ :

- Renforcer la coordination au niveau de l'UE face aux menaces transfrontalières pour la santé ;
- Promouvoir l'accessibilité et la disponibilité des médicaments dans le cadre de la stratégie pharmaceutique de l'UE ;
- Maximiser les possibilités offertes par la santé en ligne grâce à la création d'un espace européen des données de santé ;
- Prévenir le cancer et garantir que les patients atteints d'un cancer, les patients en rémission, leurs proches et les aidants puissent bénéficier d'une qualité de vie élevée grâce au plan européen pour vaincre le cancer ;
- Renforcer la confiance à l'égard des vaccins et aider les pays de l'UE à augmenter le

⁹ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/SPEECH_21_4701

¹⁰ https://commission.europa.eu/topics/public-health_fr

- taux de vaccination ;
- Réduire l'utilisation des antibiotiques et améliorer le cadre d'évaluation des technologies de la santé ainsi que la réaction et la préparation aux crises, à la suite de la pandémie de Covid-19.

Pour mettre en œuvre ce plan d'action, la Commission européenne et les États membres s'appuient sur plusieurs agences ou instances d'expertise :

- Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies¹¹ (ECDC) en charge de l'évaluation des nouvelles menaces ;
- L'Agence européenne des médicaments (EMA) en charge de l'approbation de tous les médicaments dans l'UE (ceux-ci doivent être approuvés à l'échelon national ou à celui de l'UE, avant d'être mis sur le marché) ;
- L'EFSA, Autorité européenne de sécurité des médicaments¹² et l'ECHA, Agence européenne des produits chimiques¹³, instances d'évaluation des risques dans le champ de l'alimentation et des produits chimiques.

Ainsi, parallèlement à la gestion de la crise Covid-19 et de ses conséquences, l'Europe développe une politique de santé publique s'élargissant progressivement. La mise en place d'un plan cancer comportant un large volet consacré à la prévention en agissant sur les déterminants de la santé, la coordination des politiques vaccinales allant des commandes à l'acceptabilité sociale de la vaccination, la politique de prévention de l'antibiorésistance décrite au niveau européen et mise en œuvre dans les États membres sont autant de champs de la santé publique abordés par l'UE, permettant d'envisager à terme un renforcement de l'Europe de la santé.

2. Des stratégies de santé s'inscrivant dans le temps long pour la plupart des pays étudiés

Plusieurs pays ont adopté des outils de programmation similaires à la SNS française. Deux études récentes ont permis de préciser les similitudes et les différences d'approches selon les systèmes de santé concernés.

A. L'étude du HCSP

Le HCSP, dans le cadre de la préparation de la future SNS, a analysé les stratégies de 11 pays, membres de l'OCDE, et disposant de stratégies qui déterminent leurs politiques de santé.

Certains pays, comme l'Allemagne ou les Pays-Bas n'apparaissent pas, aucune stratégie nationale n'ayant été identifiée. En revanche des pays disposent de stratégies en matière de santé mondiale avec notamment l'intégration des ODD de l'agenda 2030 de l'ONU en matière de santé. Le Royaume-Uni a, de son côté, défini des axes de priorités de travail pour ses agences, mais n'a bâti aucune stratégie commune. D'autres pays, tels que la Norvège, n'ont pas été intégrés parce que leur stratégie actuelle prend fin en 2022 ou 2023 et qu'ils

¹¹ https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/ecdc_fr

¹² <https://www.efsa.europa.eu/fr>

¹³ <https://echa.europa.eu/fr/>

ne disposent pas à la date de l'étude de stratégie de santé pour la période à venir.

Les 11 pays sont situés sur différents continents : le Québec et les États-Unis en Amérique du Nord, le Chili en Amérique du Sud, le Japon et la Corée en Asie, l'Australie en Océanie et l'Autriche, l'Irlande, l'Espagne, la Suède et la Suisse en Europe.

Ces stratégies sont établies sur des cadres temporels moyens de 10 ans. Seule la stratégie espagnole est définie sur une durée de 5 ans. Pour l'Irlande, bien que le plan d'action soit de 5 ans, une stratégie a été définie en 2013 et prendra fin en 2025. De nombreux pays se sont alignés sur l'agenda 2030 des ODD de l'OMS, à l'instar de la Corée du Sud, la Suisse et le Chili, et les États-Unis avec des durées moyennes de 10 ans. Quant aux stratégies japonaise et autrichienne, elles sont définies à l'échelle d'une génération, soit 20 ans.

La vision globale de la stratégie est assez similaire pour tous les pays, avec l'idée d'améliorer la santé et le bien-être des populations. Certains pays l'élargissent encore : les stratégies de l'Autriche et de la Suisse incluent « toutes les populations », celle du Chili les populations les plus vulnérables avec la réduction des inégalités sociales de santé.

L'approche « vie entière » avec un accompagnement qui répond aux besoins à tous les stades de la vie vient également compléter la vision. Face à des enjeux de vieillissement, certains pays comme la Suisse, le Chili et la Corée du Sud veulent prolonger l'espérance de vie en bonne santé.

Le Japon et la Suisse souhaitent s'orienter vers des systèmes de santé durables et financièrement stables, tandis que l'Australie ambitionne de construire le meilleur système de santé au monde.

Certaines visions évoquent également l'idée d'autonomie, centrée sur le citoyen ou le patient qui est le coordinateur de ses propres soins et joue un rôle actif dans le maintien de sa santé.

L'équité, la solidarité et l'inclusion sont des principes qui guident les différentes stratégies, avec l'idée de faire progresser l'équité en santé, soutenir les communautés les plus vulnérables, s'attaquer aux inégalités associées aux territoires, aux genres, à l'orientation sexuelle ... Les États-Unis, la Suisse et l'Autriche ont également comme objectif de développer la littératie en santé. L'intersectorialité, à savoir l'approche santé dans toutes les politiques et l'approche vie entière avec la construction de trajectoires de vie en meilleure santé font également partie des principes communs à la plupart des SNS.

Certains pays affichent des ambitions qui dépassent la résolution des problèmes de santé rencontrés par la population. C'est le cas de l'Australie par exemple avec son plan de santé à long terme dont le titre est explicite « *Australia's long term National Health Plan : to build the world's best health system* ».

B. L'étude de la Drees

Dans son évaluation de la SNS 2018-2022, la Drees propose aussi une analyse des différentes stratégies mises en œuvre dans d'autres pays¹⁴.

Sur 18 pays sélectionnés pour cette analyse, neuf d'entre eux ont mis en place une stratégie qui recouvre les quatre axes prioritaires de la SNS française. Deux d'entre eux, l'Australie et la Suisse, ont une stratégie très similaire à celle de la SNS avec 4 axes prioritaires correspondant à ceux définis en France mais avec une échéance respectivement à 10 et 7 ans, soit plus longue que la SNS française 2018-2022. La Suède de son côté a lancé en

¹⁴ Analyse comparative internationale des stratégies nationales de santé <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/Annexes4.pdf>

2018 une politique de santé publique nationale, servant de cadre à l'élaboration de stratégies dans 8 domaines cibles prioritaires. Quatre pays asiatiques ont élaboré des stratégies nationales qui recouvrent les quatre axes prioritaires établis par la SNS.

Les États-Unis ont défini une stratégie à 10 ans, *Healthy People 2020*, comprenant 42 thématiques et plus de 1 200 objectifs pour lesquels des valeurs cibles à atteindre sont définies.

La Drees propose aussi une analyse de la gouvernance de ces SNS. Ainsi dans la plupart des pays utilisant cet outil de cadrage des politiques de santé, la gouvernance s'exerce à un niveau national, la répartition des compétences pour la mise en œuvre de ces stratégies pouvant varier selon l'organisation politique des pays.

Enfin un tableau permet de comparer les axes prioritaires des stratégies de santé dans les différents pays.

Au total, ces 2 études confirment que les axes retenus par la France en 2017 pour la SNS sont présents plus ou moins partiellement dans la plupart des autres pays, que les durées retenues pour les mettre en œuvre sont très majoritairement supérieures à 5 ans, que ces stratégies de santé sont, comme en France, des cadres dans lesquelles les plans ou stratégies sectoriels s'intègrent pour mener des politiques cohérentes. Les États-Unis constituent cependant un cas particulier du fait de la gouvernance fédérale qui laisse aux États une grande latitude concernant la mise en œuvre et du fait du nombre très important d'objectifs et d'indicateurs retenus et suivis dans le programme Healthy people 2020.

3. La littératie en santé : un enjeu reconnu pour les systèmes de santé

La littératie en santé est apparue ces dernières années comme l'un des principaux déterminants des comportements en santé des individus et des résultats obtenus¹⁵. À la suite des travaux de formalisation du concept et de sa mise en œuvre^{16 17}, plusieurs pays

¹⁵ Berkman, Nancy D., Stacey L. Sheridan, Katrina E. Donahue, David J. Halpern, and Karen Crotty. 2011. "Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review." *Annals of Internal Medicine* 155 (2): 97. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>.

¹⁶ Don Nutbeam, Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, Volume 15, Issue 3, September 2000, Pages 259–267, <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

¹⁷ Berkman, Nancy D., Terry C. Davis, and Lauren McCormack. 2010. "Health Literacy: What Is It?" *Journal of Health Communication* 15 (sup2): 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>.

ont engagé des plans d'amélioration de la littératie en santé de la population^{18 19 20 21 22}, certains de ces plans étant comme en Australie l'une huit priorités immédiates de la SNS préventive²³.

A. Le développement de la littératie en santé comme déterminant majeur pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques

L'OMS a publié un rapport en 4 tomes proposant une approche pragmatique du développement de la littératie en santé pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles²⁴. Dans ce rapport, la littératie en santé est définie comme une pratique sociale impliquant aussi bien les normes et les cultures communautaires que les acteurs organisationnels et politiques ayant un impact sur les communautés pour changer ou maintenir des comportements sains et intervenir dans les décisions concernant la santé.

Ce rapport propose notamment un cadre conceptuel permettant d'intégrer la littératie en santé dans des politiques publiques privilégiant les approches par déterminants avec l'objectif de réduire la prévalence et l'impact des maladies chroniques.

L'OMS rappelle que le développement de la littératie en santé est influencé par les milieux et les déterminants, sociaux, environnementaux, économiques et culturels. La littératie en santé se construit au fil du temps grâce aux pratiques sociales, à l'éducation et aux médias.

Cependant, de nombreux obstacles existent pour l'accès aux informations sur la santé et aux soins de santé dont les personnes ont besoin aux différents moments de leur vie. La disponibilité des informations ou des services, l'accès physique à ceux-ci, la qualité des services proposés, leur réactivité et la capacité à s'adapter au niveau de littératie des individus, la stigmatisation et l'inégalité entre les sexes sont autant d'obstacles.

Pour contrer ces obstacles, le développement de la littératie en santé doit être soutenu à différents niveaux : la politique publique, les organisations, les communautés, les réseaux sociaux et les individus.

¹⁸ Department of Health and Human Services. 2010. "National Action Plan to Improve Health Literacy." Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. <https://health.gov/our-work/healthliteracy/national-action-plan-improve-health-literacy>.

¹⁹ "National Action Plan to Improve Health Literacy." Health Literacy. October 17, 2019. <https://www.cdc.gov/healthliteracy/planact/national.html>.

²⁰ Making it easier: a health literacy action plan 2017- 025 <https://www.gov.scot/publications/making-easier-health-literacy-action-plan-scotland-2017-2025/>

²¹ Nutbeam, Don, and Jane E. Lloyd. 2021. "Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health." *Annual Review of Public Health* 42 (1): 159–73. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>.

²² Health literacy action plan 2019-2024 https://www.health.tas.gov.au/sites/default/files/2021-11/Health_Literacy_Action_Plan_DoHTasmania2019.pdf

²³ Consultation paper development of the national health literacy strategy https://consultations.health.gov.au/national-preventive-health-taskforce/national-health-literacy-strategy-framework-consul/supporting_documents/Att%20A%20%20NHLS%20Draft%20Framework%20for%20Consultation.pdf

²⁴ Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 1. Overview <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055339>

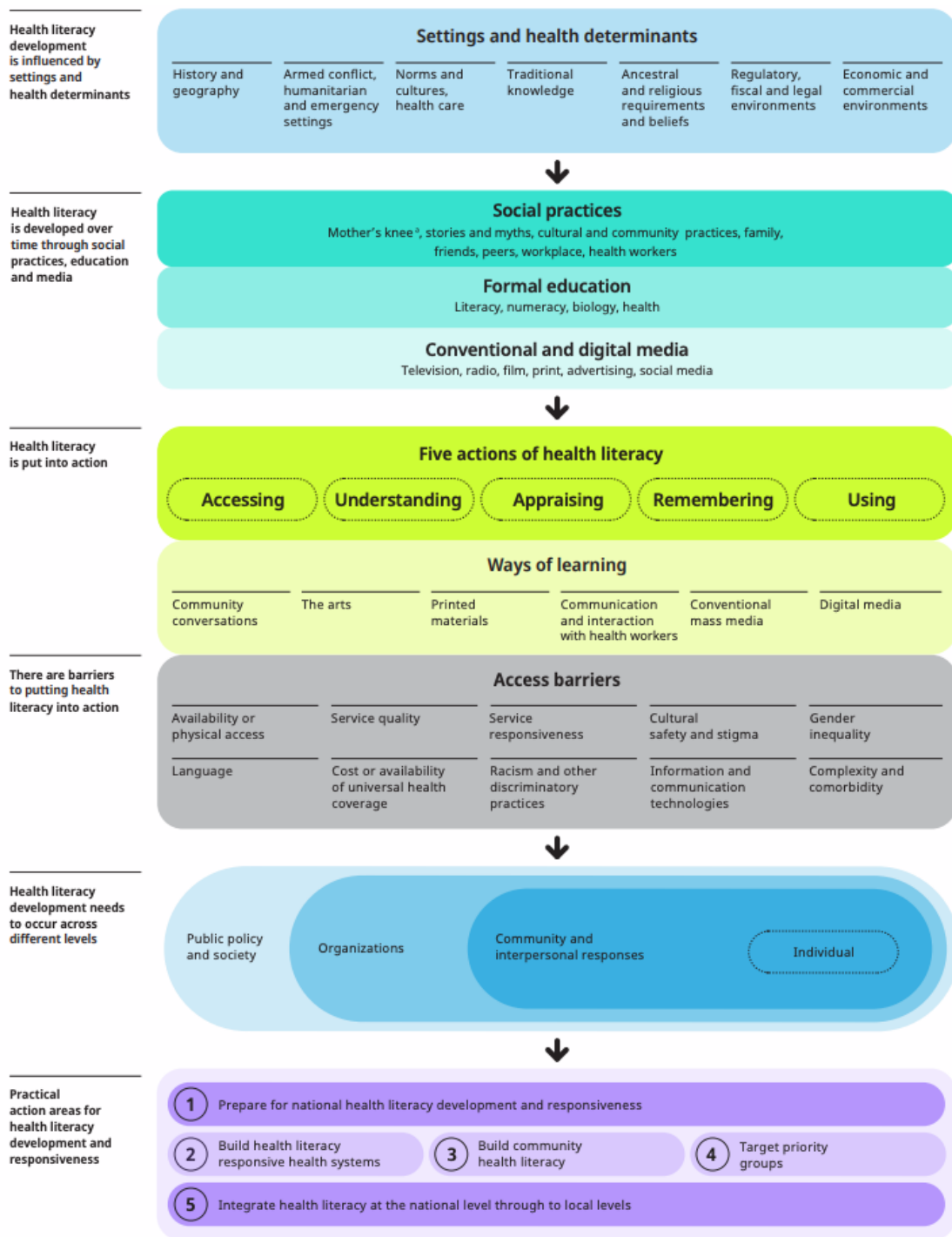
S'appuyant sur les travaux d'Osborne²⁵, l'OMS propose dans ce rapport cinq champs d'action et ce, quel que soit le niveau de développement des pays pour développer la littératie en santé et diminuer ainsi le poids des maladies chroniques sur les systèmes de santé :

- Au niveau national, élaborer de nouveaux programmes et politiques fondés sur la littératie en santé ou en renforçant les initiatives existantes,
- Construire des systèmes de santé intégrant la littératie en santé comme un déterminant de la santé et reconnaissant les différents facteurs culturels et sociaux qui conditionnent son développement,
- Développer la littératie en santé communautaire, fondée sur des réseaux sociaux existant au sein de la population. Les autorités locales et régionales doivent participer à un dialogue actif avec les populations pour comprendre leurs points forts, leurs besoins et leurs préférences en matière de littératie en santé.
- Cibler les groupes prioritaires qui, dans les populations ne reçoivent pas ou n'ont pas facilement accès aux informations sur la santé ou aux soins de santé pertinents pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques. Ces groupes sont définis comme ceux qui sont les plus éloignés du système de santé quelle qu'en soit la cause (sociale, économique, géographique, culturelle ou numérique).
- Intégrer la littératie en santé du niveau national jusqu'au niveau local. Cela peut être accompli avec le soutien des décideurs politiques et des autorités locales. La prévention et le contrôle des maladies chroniques nécessitent une approche globale pour optimiser portée et efficacité.

Un modèle conceptuel général de l'interaction de la littératie en santé et des déterminants de la santé est proposé distinguant ainsi les déterminants structurels et les déterminants intermédiaires de la santé²⁶.

²⁵ Osborne RH, Elmer S, Hawkins M, Cheng CC. The Ophelia Manual. The Optimising Health Literacy and Access (Ophelia) process to plan and implement National Health Literacy Demonstration Projects. Melbourne (Vic): Swinburne University of Technology Centre for Global Health and Equity; 2022 (<http://www.healthliteracydevelopment.com>, accessed 10 September 2022).

²⁶ Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases. Volume 2 : A globally relevant perspective. WHO 2022.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055353>



^a Mother's knee is a concept whereby infants learn about social practices and health-related information from the people caring for them, often while sitting on their knee.

Integrated conceptual framework for health literacy development²⁷

²⁷ Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 1. Overview
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055339>
<https://www.who.int/publications/i/item/>

La littératie en santé est un paramètre par lequel les autres déterminants de la santé pourraient agir sur l'état de santé des individus ou d'une population, ce paramètre étant lui-même sous l'influence des principaux déterminants de la santé qu'ils soient socio-économiques ou environnementaux. L'OMS fait donc du développement de la littératie en santé la priorité pour prévenir ou contrôler les maladies chroniques non transmissibles. Il rappelle aussi que ce contrôle ne peut être obtenu que par des politiques systémiques agissant simultanément à plusieurs niveaux.

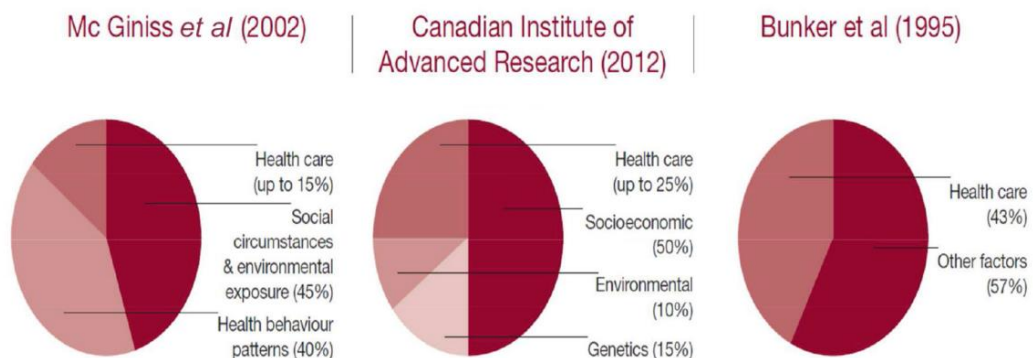
4. La santé n'est pas limitée aux maladies et le système de santé n'est pas limité au système de soins

La santé d'une population ne peut se limiter à la prise en charge des maladies. De la même façon, un système de santé ne peut se limiter au système de soins constitué par les soins primaires et les soins de recours. Le système de santé publique, ayant pour objectif de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus (OMS 1952) complète le système de soins pour répondre aux besoins de santé de la population.

Cette évolution du concept de santé et des systèmes de santé développés dans les différents pays est due principalement à la prise en compte des déterminants de la santé dont la connaissance et les modes d'action sur la santé évoluent encore.

A. L'approche par déterminants, base d'une politique de santé

Le développement de l'approche par déterminants est une évolution majeure du concept de santé et dans la mise en œuvre des politiques de santé. Après les travaux de conceptualisation ayant permis d'identifier les différents déterminants de la santé²⁸ (Modèle Dahlgren et Whitehead (1991) ; Modèle de Diderichsen et Hallqvist (1998) ; Modèle de Mackenbach (1994) ; Modèle de Brunner, Marmot et Wilkinson (1999); Modèle de la CSDH/CDSS de l'OMS (CSDH : *Commission on Social Determinants of Health* ; CDSS : *Commission des déterminants sociaux de la santé*. OMS), une contribution des principaux déterminants à la santé d'une population a été proposée²⁹.



²⁸ 1. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies; 1991.

²⁹ Donkin, A., P. Goldblatt, J. Allen, V. Nathanson and M. Marmot (2017). "Global action on the social determinants of health." *BMJ Global Health*.

Cette estimation des parts contributives des principaux déterminants de la santé a été reprise en France par le réseau des villes-santé OMS³⁰ et à l'étranger dans le *County Health Rankings Model*³¹ qui propose des plans d'action sur chacun des déterminants.

Deux constats peuvent être faits : celui de la part contributive relative du système de soins estimée entre 40 % et 15 % et la part majeure des déterminants sociaux (entre 40 % et 60 %) qui constituent ainsi la cible principale des plans de lutte contre les inégalités de santé^{32 33} ou de modèle d'intervention en population³⁴.

B. *Health in all policies* pour lutter contre les inégalités de santé (2019)

Ce principe d'action a été proposé par l'UE en 2006 sous la présidence finlandaise puis repris par l'OMS sous le terme HIAP, *Health in All Policies* dans la déclaration de Rio sur les déterminants de la santé et en 2014 lors de la 67^{ième} Assemblée mondiale de la santé (Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé. WHA 67.12). Cette approche, pour être efficace, doit être déclinée à tous les échelons, nationaux, régionaux et locaux.

Les données scientifiques ont clairement établi le rôle de nombreux déterminants socio-économiques sur l'état de santé et leurs caractéristiques sont de mieux en mieux connues. Une approche par déterminants oblige à considérer les facteurs facilitant ou au contraire limitant le développement de ces déterminants. Si l'approche par pathologies ou par problèmes de santé justifie la mise en place de mesures la plupart du temps limitées au système de soins, voire au système de santé, le développement d'une approche de prévention et de promotion de la santé nécessite la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs de secteurs différents.

Définir la santé comme paramètre d'évaluation des politiques publiques dans l'approche intersectorielle prévue par la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques est un préalable essentiel pour la réalisation de nombreuses politiques de santé publique. Et inversement, la crise du Covid-19 a rappelé que la santé économique est intimement liée à la santé populationnelle. Cependant, cette démarche apparaît encore faible en France.

La démarche des évaluations d'impacts sur la santé (EIS) permet d'identifier, à l'aide d'informations scientifiques et contextuelles, les effets potentiels d'un projet ou d'une politique sur la santé d'une population et sur la distribution de ces effets selon différents groupes sociaux.

³⁰ http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/ouvrage_25ans.pdf

³¹ Remington, P.L., Catlin, B.B. & Gennuso, K.P. The County Health Rankings: rationale and methods. *Popul Health Metrics* **13**, 11 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12963-015-0044->

³² Marmot Review report – 'Fair Society, Healthy Lives' <https://www.local.gov.uk/marmot-review-report-fair-society-healthy-lives#:~:text=The%20Marmot%20Review%20into%20health,can%20lead%20to%20health%20inequ>alities

³³ <https://www.instituteofhealthequity.org/>

³⁴ INHERIT : Exploring triple-win solutions for living, moving and consuming that encourage behavioural change, protect the environment, promote health and health equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/inherit-baseline-report/inherit-baseline-report.pdf>

Plus récemment, la Seconde déclaration d'Adélaïde a précisé les conditions permettant une meilleure opérationnalisation de ce principe d'action.

C. *One world/One Health* : un principe encore en construction et à opérationnaliser

L'approche en santé globale (« *Global health* ») est « *an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving health equity for all people worldwide* » (un domaine d'étude, de recherche et de pratique qui accorde la priorité à l'amélioration de la santé et à la réalisation de l'équité en matière de santé pour tous dans le monde)³⁵.

Dans ce cadre, un des paramètres est la nécessaire prise en compte du concept d'« une seule santé » (« *One Health* »), qui vise à développer les collaborations interdisciplinaires entre la santé humaine, animale et environnementale.

« *One Health* », « Une seule santé » est un concept ancien, développé à l'époque coloniale, et réactivé lors des épidémies de zoonoses (West Nile en 2009). Cette approche promeut une approche intégrée, systémique et unifiée de la santé intégrant les questions environnementales et la santé animale aux échelles locale, nationale et mondiale, afin de mieux affronter les maladies émergentes à risque pandémique, mais aussi de s'adapter aux impacts environnementaux présents et futurs.

Les liens entre environnement et santé humaine sont établis et pris en compte dans les organismes de santé publique comme le HCSP (commission spécialisée « risques liés à l'environnement »), Santé publique France ou l'Anses mais cette prise en compte ne suffit pas. La mise en œuvre de ce principe passe par l'évolution des cadres d'analyse des problèmes de santé avec la prise en compte systématique des interactions ou interférences entre santé humaine, environnementale et animale.

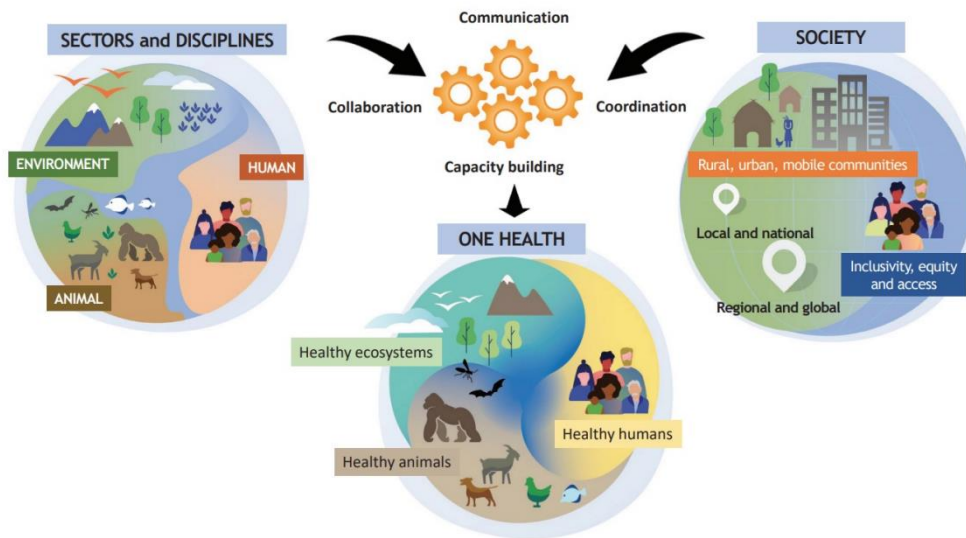
L'enjeu est d'aboutir à une surveillance épidémiologique qui dépasse les organisations en silo, au niveau national comme sur l'ensemble du territoire. Des progrès ont été réalisés dans ce domaine, en particulier s'agissant des zoonoses d'origine alimentaire. Le champ de l'antibiorésistance offre une autre illustration avec une attention particulière portée à la prise en compte du volet environnemental. Néanmoins, une organisation structurelle renforçant cette vision intégratrice apparaît indispensable. Cette évolution ne pourra en outre se faire qu'en modifiant les formations des professionnels des 3 secteurs (santé humaine, animale et environnementale) et de celui de la sécurité alimentaire vers des formations intégrant systématiquement ces problématiques.

« *One Health* » représente une approche intégrative et systémique de la santé, fondée sur la compréhension que la santé humaine est étroitement liée à la sécurité des aliments, des animaux et de l'environnement, et à l'équilibre sain de leur impact sur les écosystèmes qu'ils partagent, partout dans le monde. Toutefois, sa mise en œuvre reste limitée faute de recommandations dans ce domaine. Ces interconnexions et vulnérabilités ont conduit la FAO (*Food and Agriculture Organization*), l'UNEP (*United Nations Environmental Program*), l'OMS et le WOAHA (*World Organization for Animal Health*), à renforcer encore leur collaboration intersectorielle en créant un groupe d'experts multidisciplinaire de haut niveau *One Health* (OHHLEP). Ce groupe d'experts a pour objectif de proposer des pistes pour l'opérationnalisation du concept de « *One Health* » dans d'autres champs que celui de l'antibiorésistance ou de l'émergence des zoonoses³⁶. Dans son dernier rapport l'OHHLEP

³⁵ Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009;373:1993.

³⁶ One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP), Adisasmito WB, Almuhaïri S, Behravesh CB, Bilivogui

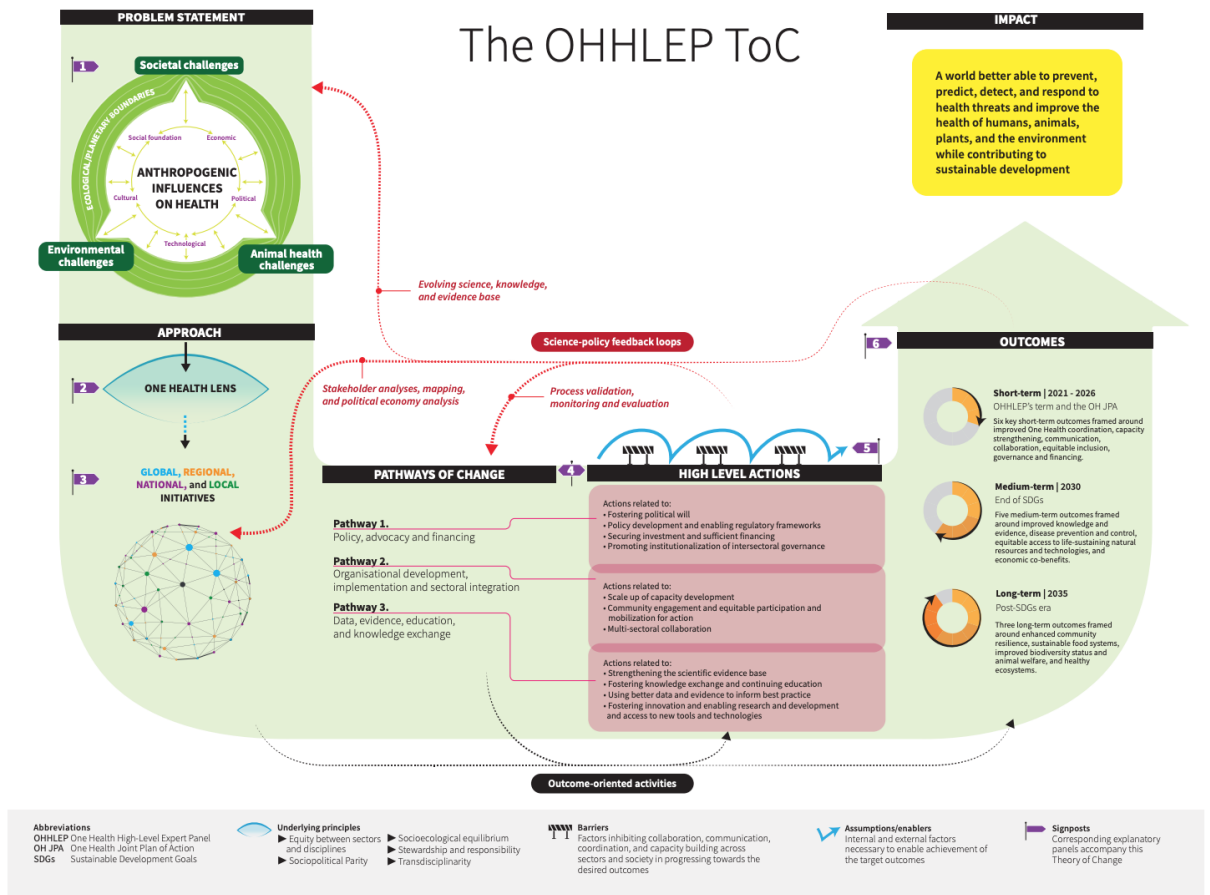
propose des éléments pouvant contribuer à l'opérationnalisation de ce concept³⁷.



Mise en œuvre de l'approche *One Health* en pratique en utilisant le modèle "4Cs" : communication, collaboration, coordination, et renforcement des capacités³⁷

P, Bukachi SA, et al. (2022) One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. *PLoS Pathog* 18(6): e1010537. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537>

³⁷ One Health theory of change. (OMS 2022). <https://www.who.int/publications/m/item/one-health-theory-of-change>



The OHHLEP (One Health High Level Expert Panel) theory of change 2022³⁷

Trois théories ou modèles théoriques ont fortement structuré la conception des politiques de santé en permettant une meilleure compréhension des facteurs pouvant agir sur la santé d'une population et donc de concevoir des plans d'action débordant très largement des seuls aspects sanitaires. Ainsi, les déterminants sociaux, économiques, culturels et environnementaux s'avèrent avoir un poids explicatif très marqué au regard des déterminants dépendant du système de soins qui n'ont qu'une influence limitée sur la santé d'une population.

L'année 2023 marque la sortie progressive de la crise sanitaire du Covid-19. Les constats établis au niveau européen soulignent l'importance des interventions concertées pour restaurer une Europe de la santé, particulièrement touchée par la crise. Ainsi, une stratégie européenne en matière de santé s'est développée et se traduit par la mise en place de différents programmes et dispositifs tels que la *EU Global Health Strategy*, constituant un cadre aux politiques de santé en proposant des priorités, principes et actions communs, ou encore le dispositif HERA (*Health Emergency Preparedness and Response Authority*) ainsi qu'un comité stratégique afin de mieux anticiper, coordonner et répondre aux situations d'urgence. Plus précisément, l'analyse des stratégies relatives aux politiques de santé de 11 pays de l'OCDE montre, pour la plupart, la mise en place de stratégies de santé s'inscrivant dans des durées longues, allant de 10 ans pour la majorité jusqu'à 20 ans. Des enjeux et principes sont partagés par les différents pays tels que la littérature en santé, l'approche par déterminants dont les effets sont montrés depuis longtemps par de nombreux modèles et études, ou encore les principes *One world* et *One Health* (Une seule santé), visant à une approche intégrée et unifiée de la santé.

III. La SNS 2018-2022 : un outil intégrateur des politiques de santé à améliorer

La Drees a proposé un bilan de la SNS 2018-2022 ainsi que des propositions pour en améliorer l'appropriation par les acteurs ainsi que l'efficacité comme cadre de l'ensemble des politiques de santé³⁸.

Par ailleurs, cette question de l'intérêt d'une SNS telle qu'elle est décrite dans la loi de 2016 portant sur « l'amélioration de notre système de santé » et telle qu'elle a été analysée par le comité des sages dans son rapport en 2013³⁹ a été abordée lors des auditions réalisées dans le cadre de ce rapport du HCSP.

1. Une forte cohérence de la SNS avec les enjeux de santé et les plans nationaux et régionaux. Une permanence de certains thèmes dans le temps.

Les principaux problèmes de santé tels qu'ils ont été proposés par le HCSP dans son rapport préparatoire ont été couverts par la SNS 2018-2022. Il en est de même des attentes des usagers et leurs représentants. La Drees note le caractère exhaustif de la SNS, l'absence d'angles morts ainsi que l'inscription de la SNS dans la logique « *One Health* » et l'approche « *Health in All Policies* » de l'OMS (Cf supra).

Les réponses aux disparités sociales et territoriales d'accès à l'offre de soins se sont mises en place durant la crise du Covid-19 devant la pertinence du diagnostic réalisé. Il en est de même pour l'utilisation des données pour la prise de décision durant la crise sanitaire. On peut noter que la crise a également fait apparaître l'importance de la mise à disposition des

³⁸ Évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022. Recommandations pour l'élaboration et le suivi d'une prochaine stratégie nationale de santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/Annexes1.pdf>

³⁹ Un projet global pour la stratégie nationale de santé 19 Recommandations du comité des « sages » <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages-2.pdf>

données contribuant à l'analyse des phénomènes évolutifs (émergence des phases épidémiques, efficacité des mesures, etc.). La Drees note ainsi que cette crise a « *marqué un tournant pour les usagers et pour la société civile dans l'accès à l'information et la transparence, avec une communication forte, et des points de situation nombreux vers le grand public* » répondant au renforcement d'une exigence sociétale de transparence.

La SNS 2018-2022 ne marque pas de rupture avec les précédents cadres des politiques de santé, qu'il s'agisse de diagnostics faisant consensus (inégalités sociales et territoriales de santé) ou d'orientation stratégique (Ex : la thématique de la prévention fait l'objet d'un axe dédié dans la SNS 2013-2017 puis dans la SNS 2018-2022). Les orientations portées au sein de la SNS s'appuient sur des thématiques devenues consensuelles au risque de conférer à la SNS un aspect générique peu opérant.

Si la SNS présente une forte cohérence de contenu avec les plans de santé supranationaux et nationaux, leurs modalités respectives de mise en œuvre et de suivi n'ont pas été articulées. Il existe ainsi de nombreux chevauchements qui rendent l'ensemble moins lisible que n'aurait pu l'être un plan ou une loi de santé. En effet, la SNS et les plans ont été construits selon une grande diversité d'approches, de formats et de calendriers. Certains plans sont très larges, avec une vocation « stratégique », d'autres sont focalisés sur des thématiques précises avec des dénominations diverses plan, programme, stratégie, feuille de route, etc. ; la faible lisibilité de l'ensemble amène à de nombreuses confusions potentielles.

Concernant les plans régionaux de santé (PRS), les liens avec la SNS sont plus difficiles à établir. La cohérence de contenu entre certains PRS et la SNS a été jugée satisfaisante par la Drees lors de son évaluation alors qu'elle paraît limitée dans leur mise en œuvre. L'absence de concertation avec les ARS lors de l'élaboration de la SNS, les différences de niveaux de granularité et de temporalité et la multiplicité des dispositifs régionaux ayant chacun des logiques, des cibles et des horizons propres ne permet par une mise en œuvre fortement articulée entre PRS et SNS. Ainsi, si la cohérence existe entre ces 2 outils de planification que sont la SNS et les PRS, comme le spécifie la loi, cette cohérence n'apparaît pas comme le résultat d'une articulation fine des modalités d'élaboration et de mise en œuvre de la SNS et des PRS. Les modalités d'élaboration de la SNS et des PRS n'ont pas été bien articulées, mais les PRS étant déjà pour certains bien aboutis lors de la publication de la SNS en 2017, des travaux d'alignement ont été conduits par certaines ARS pour répondre à l'impératif de cohérence. Les indicateurs de suivi de la SNS n'ont pas été repris formellement pour le suivi des PRS et, inversement, les indicateurs de suivi des PRS n'ont pas alimenté la réflexion sur les indicateurs de la SNS. Cependant, les indicateurs de suivi des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) des ARS sont organisés selon les axes de la SNS. Enfin, un travail récent de définition d'un socle d'indicateurs d'évaluation des PRS actuels, commun à l'ensemble des ARS, a été mené selon les axes de la SNS.

2. Une durée à ajuster en fonction des objectifs et des indicateurs retenus

Le Code de la santé publique (CSP) prévoit que « la SNS est définie pour une durée qui ne peut excéder dix années »⁴⁰. Ainsi, tant en 2016 (Décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé annulé après un recours en Conseil d'État⁴¹), qu'en 2017 cette durée a été fixée à 5 ans. La Drees note que pour certains acteurs

⁴⁰ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (art. L. 1411-1-1 du Code de la santé publique [CSP]).

⁴¹ Décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé

cette durée semble trop faible au regard des objectifs qui sont fixés et des indicateurs recueillis, ce que confirment certains experts auditionnés par le HCSP dans le cadre de ce travail.

3. Un cadre insuffisamment contraignant pour être utile

La mise en œuvre de la SNS doit être assurée par des "plans et programmes opérationnels à portée nationale", ainsi que par les PRS (article R. 1411-1). Les divers plans, programmes et projets, nationaux ou territoriaux, en lien avec la santé des populations doivent aussi s'inscrire dans cette SNS. C'est le cas, outre les PRS, des projets territoriaux de santé mentale, des programmes et actions de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, etc. Ainsi, le cadre de la SNS comme celui des plans nationaux et régionaux est-il décrit précisément par la loi de 2016.

Le HCSP tient à rappeler que la SNS constitue le cadre dans lequel s'inscrit la politique nationale de santé pour une période de 5 ans. Elle vise ainsi à définir des priorités et des objectifs qui seront ensuite déclinés dans des plans ou stratégies nationales et des PRS. Elle a donc essentiellement un rôle structurant de la politique de santé⁴².

Cependant, d'après l'étude conduite par la Drees d'une part et par le HCSP d'autre part, la SNS n'a pas constitué le cadre de référence défini dans la loi, et elle n'a pas eu l'impact attendu sur la pratique concrète des acteurs de l'écosystème de la santé, aux différents niveaux national, régional ou local. Au niveau national, la phase d'élaboration de la SNS a permis de mobiliser des acteurs hors du champ de la santé et a permis une meilleure connaissance de leurs problématiques notamment en interministériel. Le plan National de Santé Publique (PNSP) ou la plan « Ma santé 2022 » ont été conçus comme déclinant les principaux axes et mesures de la SNS. Toutefois, même si cette articulation existe, le HCSP a noté des faiblesses relatives à la déclinaison concrète du volet complémentaire portant sur la politique de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes : « Les objectifs de la SNS sont nombreux et seuls quelques-uns font l'objet d'objectifs opérationnels dans le PNSP »⁴³. Le HCSP recommande ainsi de compléter le PNSP par des mesures spécifiques à ces classes d'âge.

La SNS est apparue dans un paysage où des plans nationaux pluriannuels étaient déjà engagés et plusieurs nouveaux plans ou stratégies ont été conçus par la suite sans réelle démarche de rationalisation et de mise en cohérence d'ensemble contribuant à donner une image complexe de la politique sanitaire et à compliquer le suivi des différentes actions engagées.

D'autres plans, plus spécifiques, découlent également de la SNS d'après les acteurs les ayant portés ; c'est notamment le cas de la démarche « École promotrice de santé » portée par le ministère de l'Éducation nationale. La Drees note que « *cette dynamique s'est étiolée avec le temps et n'a pas permis de maintenir la logique transverse établie par la SNS* ». « *Le manque de suivi de la SNS et l'absence d'actions visant à embarquer des acteurs nouveaux dans la démarche ont conduit à un essoufflement de la dynamique, expliquant un retour à un fonctionnement « en silos » autour des sujets de santé (hors gestion de la crise sanitaire*

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033501153>

⁴² Avis du HCSP concernant l'évaluation de la SNS conduite par la DRESS. Mise en ligne 14/02/2023

⁴³ Analyse de la pertinence et la cohérence des objectifs du plan national de santé publique, HCSP, mars 2019. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=708>.

ayant conduit à un rapprochement fort de l'ensemble des acteurs) ».

Enfin, la crise sanitaire a montré que certains aspects présents dans la SNS n'avaient pas été suffisamment développés ou même abordés dans des plans spécifiques. La Drees souligne la question de la préparation aux crises sanitaires notamment infectieuses montrant ainsi la fragilité d'un système sanitaire insuffisamment préparé à faire face à des situations exceptionnelles. La SNS mentionnait en effet l'adaptation du « système de veille et de vigilance aux "signaux faibles" ou aux risques émergents » mais aussi le renforcement de « la résilience du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles » comme un des objectifs de l'Axe 3. L'étude de la Drees⁴⁴, sur l'utilisation des données pour le pilotage de la gestion de la crise sanitaire a permis d'identifier le renforcement de la fonction de prospective et des besoins en données nécessaires au pilotage des crises sanitaires comme un axe de la SNS insuffisamment développé, de même que la gouvernance de crise ou la réduction des obstacles à la collecte et à l'utilisation des données.

Ainsi, les données disponibles montrent que la logique de la SNS établissant un cadre dans lequel des stratégies sectorielles ou des plans nationaux viendraient décliner des aspects spécifiques ou opérationnels n'est pas remise en cause. Toutefois, sa mise en œuvre est plus complexe et ce d'autant que la SNS ne fait pas l'objet d'un portage politique soutenu et d'un pilotage suffisamment rapproché pour s'assurer de la cohérence des différentes composantes de la politique de santé.

4. Une gouvernance à adapter et renforcer

La gouvernance mise en place pour piloter mais aussi adapter la SNS est un aspect important pour que ce cadre d'action soit le plus efficace possible. La Drees a ainsi identifié neuf conditions de réussite pour l'élaboration de la future SNS, à cadre juridique constant. Ces recommandations se fondent sur les constats suivants :

A. Un portage de la SNS de haut niveau imposant un caractère interministériel du fait des liens avec les politiques de nombreux autres ministères

La mise en place d'un Comité interministériel pour la santé (CIS) placé sous l'autorité du Premier ministre depuis 2016 constitue un premier pas important, d'autant qu'il est accompagné par le Comité permanent restreint (CPR) comportant les directions centrales des ministères en lien avec les problématiques de santé. Cependant, le faible nombre de réunions durant les années 2018 et 2019 n'a pas permis que cette structure soit réellement opérationnelle notamment durant la crise du Covid-19 au cours de laquelle une structure *ad hoc* (le Conseil scientifique Covid-19⁴⁵) a été mise en place. L'interministérialité doit devenir la règle pour les problèmes de santé et le portage comme pour la gouvernance de la politique nationale de santé.

B. L'absence d'équipe transversale au ministère en charge de la santé dédiée à la conception, la mise en œuvre et au suivi de la SNS

⁴⁴ Évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022 Étude de cas sur l'utilisation des données dans la gestion de la crise sanitaire Covid-19. DREES (2022). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/Annexes7.pdf>

⁴⁵ Décret du 16 février 2021 portant nomination de membres du comité de scientifiques constitué au titre de l'état d'urgence sanitaire déclaré pour faire face à l'épidémie de covid-19. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041781901>

La SNS abordant de nombreux champs, seule une équipe transversale au sein du ministère de la Santé et de la Prévention est à même de garantir une conception, une mise en œuvre et un suivi adéquats permettant l'atteinte des objectifs d'une SNS dans un environnement et un écosystème complexes. La SNS 2018-2022 a été élaborée dans un cadre interministériel par une équipe pilotée par le secrétariat général des ministères sociaux, après un rapport préliminaire du HCSP, et un avis de la Conférence nationale de Santé. Elle a ensuite été validée par le CIS sous présidence du Premier ministre assurant ainsi son statut interministériel.

En revanche, l'absence d'une équipe identifiée chargée au sein du ministère en charge de la santé de suivre la SNS n'a pas permis d'assurer un suivi de la mise en œuvre de la SNS sauf à travers 2 plans principaux, le Plan National de Santé Publique d'une part et « Ma santé 2022 » d'autre part qui ont bénéficié d'un suivi par les équipes de la Direction générale de la santé (DGS) d'une part et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) d'autre part.

C. Un processus d'élaboration qui devrait davantage assurer une participation des acteurs de santé destinataires de la SNS

Pour la Drees, la SNS doit être emblématique de la mise en œuvre de la démocratie en santé et donc assurer la participation de tous les acteurs de la santé à tous les temps de la SNS, de l'élaboration, au suivi et à l'évaluation. Les élus, les usagers et leurs représentants doivent également être associés à son élaboration, et ce dans un processus transparent permettant de prendre en compte les différentes contributions. La loi de 2016 permet le développement des consultations publiques qui peuvent prendre différentes formes pouvant aller jusqu'à l'organisation de débats publics sur les grands axes de la SNS. En 2017, une consultation publique a été organisée sur le site internet du ministère permettant ainsi de disposer de retours avant la finalisation de la SNS.

Concernant l'implication des acteurs, une démarche moins « *top down* » serait requise, en faisant appel dès le début aux professionnels, mais également aux citoyens, afin de les interroger sur leurs priorités. Il existe en effet parfois des décalages entre les acteurs de santé et les citoyens concernant les priorités. Il conviendrait également de veiller à la connaissance de la SNS par les professionnels de santé.

D. Des objectifs insuffisamment hiérarchisés

Le manque de priorisation amenant à couvrir l'ensemble du champ de la santé au détriment de l'opérationnalité de quelques mesures phares est une critique adressée par certains acteurs. Si l'on peut comprendre la nécessité d'une priorisation à l'avenir à travers des objectifs précis et atteignables, une déclinaison opérationnelle des actions à mettre en œuvre avec l'identification des acteurs impliqués est plus discutable dans une SNS qui a pour objectif de définir un cadre intégratif à d'autres stratégies ou plans sectoriels.

Cette absence de hiérarchie ne permet pas non plus de définir des priorités dans le PLFSS annuel en adéquation avec la SNS. Notamment, la Direction de la Sécurité sociale (DSS) doit prendre en compte la SNS pour assurer l'atteinte des objectifs de la SNS, assurer la mise en œuvre d'une vision globale sur certaines priorités et éviter une dispersion des forces.

La Drees mentionne ainsi d'éviter l'effet « catalogue » qu'elle a relevé dans la SNS 2018-2022. Elle propose de constituer une SNS en 2 parties, celle des actions à poursuivre et celle des actions prioritaires à mener. Cette hiérarchisation même si elle pourrait être demandée aux différentes parties prenantes interrogées, relève d'une décision politique.

E. La nécessité d'une évaluation adaptée aux enjeux

À la suite d'une saisine de la Drees, le HCSP s'est prononcé sur les indicateurs de suivi pluriannuel de résultats et d'impact de la SNS 2018-2022. Dans son avis du 12 avril 2019, le HCSP a rappelé que les 43 objectifs nationaux d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre les conséquences de la maladie, de l'accident et du handicap présentés dans la SNS comprennent des indicateurs qui ne se trouvent pas dans ceux proposés par la Drees. Ainsi, des thèmes importants de la SNS ne se retrouvent pas dans les indicateurs⁴⁶.

L'UE a identifié en 2008 une liste de 88 indicateurs de santé classés par champ permettant de comparer les états de santé des populations européennes et de suivre leurs évolutions en fonction des différentes politiques suivies⁴⁷. The *European Core Health Indicators* (ECHI) propose ainsi 12 champs d'action pour une politique de santé. Une évaluation de la pertinence et de l'utilité de ces indicateurs a été proposée par le *Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium* (PHEIAC) en 2013 permettant ainsi de sélectionner les indicateurs les plus utiles et les plus pertinents⁴⁸. En 2017, le *BRIDGE-Health* (*Bridging Information and Data Generation for Evidence-based Health Policy and Research*) project a programmé une révision de ces indicateurs⁴⁹. Ce projet vise à créer des réseaux européens d'information sur la santé (EU-HI) et de production de données couvrant les principaux domaines de la politique de santé de l'UE⁵⁰. Le HCSP note ainsi qu'il « *aurait été intéressant d'utiliser ces travaux pour sélectionner les indicateurs utilisés en France pour suivre la Stratégie Nationale de santé* ».

Concernant l'évaluation réalisée par la Drees, proposant une synthèse de l'état de santé de la France fondée sur les 20 indicateurs définis en 2019, le HCSP note qu'il serait utile de leur adjoindre des indicateurs de résultats, voire des indicateurs intermédiaires compte tenu du faible recul disponible à ce jour. Le HCSP fait dans ce courrier récent⁵¹ pour ces indicateurs le même constat que dans son avis de 2019, c'est-à-dire le manque d'indicateurs disponibles pour suivre les différents objectifs de la SNS.

Ainsi, tant la Drees dans son évaluation récente de la SNS 2018-2022 que le HCSP dans les différents avis qu'il a eu à rendre sur ce sujet, notent que l'évaluation de la SNS à travers une batterie de 20 indicateurs de résultats à long terme (2), de résultats intermédiaires (18) ne permet pas de rendre compte de l'intégralité des effets obtenus durant le déroulement de la SNS. Pour cela, il serait nécessaire, comme le note la Cour des comptes, que les pouvoirs publics se dotent au niveau national d'un document consolidé et mis à jour régulièrement, recensant de façon exhaustive les différents plans nationaux, leurs liens avec

⁴⁶ Liste des indicateurs de résultats et d'impact de la stratégie nationale de santé 2018-2022 <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=718>

⁴⁷ European Core Health Indicators (ECHI) https://ec.europa.eu/health/indicators_data/echi_en

⁴⁸ Evaluation of the use and impact of the European Community Health Indicators ECHI by Member States. (2013). http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi_report_v20131031.pdf

⁴⁹ BRIDGE-HEALTH BRidging Information and Data Generation for Evidence-based Health Policy and Research <https://www.irdes.fr/recherche/collaborations-internationales-et-projets-europeens/bridge-health-bridging-information-and-data-generation-for-evidence-based-health-policy-and-research.html>

⁵⁰ BRIDGE-HEALTH. BRidging Information and Data Generation for Evidence-based Health Policy and Research. The BRIDGE Health project. <http://www.bridge-health.eu/>

⁵¹ HCSP. Courrier du HCSP à la Drees concernant le rapport d'évaluation de la SNS de la DREES <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1274>

la SNS, à même de garantir un pilotage et un suivi efficace de leur exécution.

Enfin, il faut remarquer les écueils d'une évaluation *ex-post* ne permettant pas de rendre compte de la dynamique impulsée par une stratégie nationale du fait du temps de latence nécessaire à l'obtention des indicateurs et de la faible sensibilité des indicateurs d'impact sur une période brève de 5 ans. Il semble donc nécessaire de prévoir une évaluation de la SNS englobant les plans ou stratégies sectoriels et de réaliser des évaluations de type *in itinere* dès lors que la durée de la SNS serait allongée.

La SNS constitue le cadre de la politique de santé en France. Le bilan de la SNS 2018-2022 par la Drees établit plusieurs constats relatifs à son rôle intégrateur de différentes politiques. Plusieurs aspects positifs ont été relevés, tels que la prise en compte des problèmes mis en avant par le HCSP dans sa contribution, la correspondance aux attentes des usagers, son caractère exhaustif s'inscrivant notamment dans les logiques « *One Health* » et « *Health in all policies* » (la santé dans toutes les politiques), mais aussi sa continuité avec les stratégies précédemment établies dans ce domaine. Néanmoins, la Drees relève également certaines faiblesses, relatives à son cadre ou encore à sa gouvernance. En effet, la SNS constitue un cadre aux différents plans et programmes en charge de sa mise en œuvre. La Drees indique que ce lien est en réalité bien plus complexe, et qu'un éloignement des directions fixées par la SNS s'observe avec le temps pour plusieurs de ces stratégies. De plus, le caractère interministériel de la SNS, maintenant clair, appelle à un portage plus important la concernant, et allant bien au-delà du ministère de la Santé et de la Prévention, où il est d'ailleurs affirmé le besoin d'établir une équipe transversale y étant dédiée. En ce qui concerne le contenu de la SNS, la Drees regrette le manque de consultation des acteurs et des usagers dans son élaboration, une hiérarchisation floue avec la trop faible mise en avant des orientations et des actions prioritaires, ainsi que la nécessité d'une évaluation tout du long de sa mise en œuvre avec des indicateurs plus adaptés.

IV. État de santé de la France : des données récentes et riches d'enseignement

1. Bilan démographique

L'Insee a récemment publié un rapport sur l'évolution démographique de la France⁵². Ce rapport fait suite à ceux de l'INED publiés courant 2022⁵³.

⁵² Insee. Estimations des naissances, décès mariages et Pacs 2022 pour le bilan démographique. 2023 Jan. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000?sommaire=6686521> 0

⁵³ L'évolution démographique récente de la France 2022. Collection : Conjoncture démographique. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/conjoncture-demographique/evolution-demographique-recente-france-2022/>

A. L'espérance de vie à la naissance stagne en 2022 et reste inférieure à celle de 2019

En 2022, l'espérance de vie à la naissance est de 85,2 ans pour les femmes et de 79,3 ans pour les hommes. Les hommes gagnent 0,1 an d'espérance de vie par rapport à 2021 (+ 0,2 an par rapport à 2020), alors que l'espérance de vie des femmes reste identique à celle de 2021 (+ 0,1 an par rapport à 2020). Du fait de sa forte baisse en 2020 (– 0,5 an pour les femmes, – 0,6 an pour les hommes en lien avec la crise Covid-19), l'espérance de vie en France est inférieure de 0,4 an à celle de 2019, pour les femmes comme pour les hommes. En 2021, l'espérance de vie, en France, est supérieure de plus de deux ans à la moyenne des 27 pays de l'Union européenne (82,8 ans pour les femmes, 77,2 ans pour les hommes).

B. Le nombre de naissances atteint un point bas historique : 723 000 naissances

En 2022, 723 000 bébés sont nés en France (selon les estimations réalisées fin novembre 2022), soit 19 000 de moins qu'en 2021 (-2,6 %). Entre 2015 et 2020, les naissances ont été chaque année de moins en moins nombreuses. En 2021, le nombre de naissances avait augmenté, dans un contexte marqué par les conséquences de la pandémie de Covid-19. Le nombre de naissances avait tout d'abord chuté neuf mois après le confinement du printemps 2020 : entre le 15 décembre 2020 et le 15 février 2021, il était né 10 % de bébés de moins qu'à la même période un an auparavant⁵⁴. Le contexte de crise sanitaire et de fortes incertitudes économiques avait pu inciter des couples à reporter leurs projets de parentalité. Le rebond des naissances qui avait suivi en mars et avril 2021, puis la forte remontée durant le second semestre, avaient permis de dépasser le niveau des naissances de l'année 2020. En janvier 2022, les naissances reculent à nouveau, neuf mois après le troisième confinement, et augmentent temporairement en février. À partir de mars 2022, les naissances sont presque toujours inférieures à celles du mois correspondant en 2020, en particulier en octobre 2022. Le nombre de naissances en 2022 est ainsi le plus faible depuis 1946. Le nombre de naissances dépend à la fois du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité. La population féminine âgée de 20 à 40 ans, périodes où les femmes sont les plus fécondes, marque un palier depuis 2016. Les évolutions récentes s'expliquent donc principalement par l'évolution de la fécondité.

C. L'indice conjoncturel de fécondité est de 1,80 enfant par femme en 2022

En 2022, l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) s'établit à 1,80 enfant par femme, en baisse, après 1,84 en 2021. Il avait diminué chaque année entre 2015 et 2020, avant d'augmenter en 2021 grâce aux nombreuses naissances du second semestre.

L'augmentation régulière de l'âge moyen à la maternité n'a pas été perturbée par la pandémie. Cet âge est de 31,0 ans en 2022, contre 29,4 ans en 2002. Les femmes les plus fécondes sont celles âgées de 25 à 34 ans. Toutefois, le taux de fécondité des femmes de moins de 30 ans baisse depuis les années 2000. Cette diminution s'accroît depuis 2015 et il n'y a pas eu de rebond en 2021. En 2022, 100 femmes âgées de 25 à 29 ans donnent naissance à 10,1 enfants, contre 13,0 en 2002. Le taux de fécondité des femmes de 30 à 34 ans a, quant à lui, baissé plus tardivement et il a même rebondi en 2021. En 2022, il retrouve cependant son niveau de 2020 (12,4 enfants pour 100 femmes). Le taux de fécondité des femmes de 35 à 39 ans oscillait autour de 7 depuis 2017, il avait lui aussi augmenté en 2021 (à 7,3) et repart également à la baisse en 2022 (7,2).

En 2020, dernière année pour laquelle les chiffres sont disponibles, la France est le pays de

⁵⁴ Papon S. Malgré le contexte pandémique, les naissances augmentent en 2021 après six années de baisse, Insee Focus n° 274, 2022 Sept. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6531925>

l'UE27 le plus fécond (ICF de 1,82), suivie par la Roumanie (1,80). Trois pays ont des ICF inférieurs à 1,3 : Malte, l'Espagne et l'Italie. L'Allemagne figure dans la moyenne (ICF de 1,53, contre 1,50 pour l'ensemble de l'UE27).

D. Un nombre toujours élevé de décès attribués à la poursuite de la pandémie et aux canicules

En 2022, 667 000 personnes sont décédées en France (selon les estimations réalisées fin novembre 2022 (1)). C'est 5 000 de plus qu'en 2021 (+ 0,8 %), à peine moins qu'en 2020 (- 2 000), première année marquée par l'épidémie de Covid-19, et nettement plus qu'en 2019 (+ 54 000). La hausse entre 2019 et 2022 peut se décomposer, sur la base de ces données provisoires, de la manière suivante : + 29 000 dus au vieillissement et à la hausse de la population, - 21 000 dus à la tendance à la baisse des quotients de mortalité et + 46 000 d'écart entre les décès attendus et observés. En effet, du fait de l'arrivée des générations nombreuses du *baby-boom* à des âges de forte mortalité, le nombre de décès a tendance à augmenter ces dernières années (+ 0,7 % par an en moyenne entre 2004 et 2014, puis + 1,9 % entre 2014 et 2019). L'augmentation en 2020 a néanmoins été sans commune mesure du fait de la forte mortalité lors des deux premières vagues de la pandémie : 48 000 décès de plus en 2020 que le nombre attendu si les risques de décéder par âge avaient continué à baisser au même rythme qu'entre 2010 et 2019. En 2021, le nombre de décès est resté élevé (43 000 décès de plus que le nombre attendu) malgré les effets positifs de la campagne de vaccination. La pandémie s'est poursuivie avec le variant Omicron, très contagieux, qui s'est propagé en fin d'année 2021 et en 2022. En outre, une épidémie de grippe tardive, avec un pic en avril et trois périodes de canicule (mi-juin, du 10 au 25 juillet et la première quinzaine d'août) ont été la cause de pics de mortalité ponctuels⁵⁵ qui ont maintenu les décès à un niveau élevé en 2022.

E. Une mortalité infantile en augmentation

La mortalité infantile est également en augmentation. Les deux derniers pics observés étaient en 2009 et 2017, avec un taux de mortalité infantile de 3,9/1 000 enfants nés vivants. Depuis 2017, ce taux a diminué jusqu'en 2020 où il prenait la valeur de 3,6/1 000, puis a augmenté jusqu'en 2022 pour atteindre de nouveau le pic de 3,9/1 000 enfants nés vivants⁵⁶.

F. En France, comme dans l'Union européenne, une personne sur cinq a 65 ans ou plus

Au 1^{er} janvier 2023, en France, 21,3 % des habitants ont 65 ans ou plus. Cette proportion augmente depuis plus de trente ans et le vieillissement de la population s'accélère depuis le milieu des années 2010, avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du *baby-boom*⁵⁷. Ce constat est partagé par tous les pays de l'UE27. En 2021, les personnes de

⁵⁵ Santé publique France. Bilan canicule et santé : un été marqué par des phénomènes climatiques multiples et un impact sanitaire important. Bulletin de santé publique canicule Bilan été 2022. 2022 Nov 22. <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/bilan-canicule-et-sante-un-ete-marque-par-des-phenomenes-climatiques-multiples-et-un-impact-sanitaire-important>

⁵⁶ Rapport entre le nombre d'enfants décédés avant leur premier anniversaire et l'ensemble des enfants nés vivants.

⁵⁷ Athari E, Papon S, Robert-Bobée I. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers. France, portrait

65 ans ou plus représentent 20,8 % de la population de l'UE27, contre 17,8 % en 2011. Leur part est supérieure à 22 % en Italie, en Finlande, en Grèce, au Portugal et en Allemagne.

Au total, ces données récentes amènent à penser que le vieillissement de la population française pourrait être plus rapide que celui prévu par les projections disponibles jusqu'à présent. C'est le cas pour la France métropolitaine mais cette évolution sera probablement plus marquée dans certains Territoires d'outre-mer.

2. Le bilan sanitaire de la SNS 2017-2022 établi par la Drees

La Drees a publié dans le cadre de l'évaluation de la SNS 2018-2022, un constat concernant l'état de santé de la France fondé à la fois sur les principaux indicateurs retenus dans le cadre de l'évaluation de la SNS et sur des constats obtenus par l'analyse de données dans le SNDS⁵⁸.

A. Une évolution contrastée parcourue par de fortes inégalités

a) *Une population de plus en plus âgée*

La population française augmente régulièrement depuis plusieurs décennies avec de plus en plus de personnes âgées. La part de personnes âgées de 65 ans ou plus a augmenté de près d'un quart en l'espace de 10 ans, passant de 17 % en 2012 à 21 % en 2022. Cette tendance longue devrait se poursuivre. L'évolution récente est plus lente chez les personnes de 75 ans ou plus, cette part devrait néanmoins augmenter rapidement et atteindre 13 % en 2032 et 16 % en 2052. L'augmentation de la part des plus âgés sera plus forte dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) où la population de 65 ans ou plus devrait plus que doubler d'ici 2050. Cette augmentation de la part des personnes âgées ne sera sans doute pas sans conséquences sur les problématiques de santé et sur les occurrences des maladies, notamment des maladies chroniques et des handicaps.

b) *L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 65 ans croît plus vite que l'espérance de vie à 65 ans sur la période récente.*

Les gains d'espérance de vie à la naissance s'amenuisent avec le temps : l'année 2020 voit l'espérance de vie à la naissance baisser de façon exceptionnelle par rapport à l'année précédente du fait de l'épidémie de Covid-19. L'EVSI est par construction toujours inférieure à l'espérance de vie. L'EVSI à 65 ans augmente elle aussi sur une longue période, de façon plus régulière et plus marquée que l'EVSI à la naissance. L'EVSI à la naissance est plus complexe à analyser que l'EVSI à 65 ans. Elle reflète en effet également les incapacités présentes dès l'enfance ou apparaissant au cours de la vie active. L'espérance de vie est inégale d'un territoire à l'autre. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), l'espérance de vie à la naissance est globalement plus faible.

c) *La réduction de la mortalité et de la mortalité prématurée se poursuit malgré des épisodes de surmortalité, mais les inégalités de mortalité persistent.*

La réduction de la mortalité, observée depuis plusieurs décennies se poursuit. Le taux de mortalité standardisé a diminué entre 2000 et 2017, passant, pour 100 000 habitants, respectivement de 1470 à 1080 décès chez les hommes et de 840 à 649 décès chez les

social, coll. "Insee Références. 2019 Nov 19.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781>

⁵⁸ Évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022 État de santé de la population en France. (DREES 2022) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/Annexes5.pdf>

femmes. Ce taux de mortalité est parmi les plus faibles de l'UE. Depuis 2004, les cancers sont devenus la première cause de mortalité pour l'ensemble de la population, devant les maladies cardio-neurovasculaires. Le nord et le nord-est de la France se distinguent par une mortalité plus importante, ces disparités sont difficiles d'interprétation ; elles peuvent renvoyer à l'influence de multiples facteurs : conditions de vie, de travail et de logement, mais aussi comportements et pratiques sociales.

À noter que chaque automne ou hiver, l'épidémie de grippe saisonnière est responsable d'un surcroît de mortalité par rapport aux autres périodes de l'année, notamment chez les plus âgés.

Par ailleurs, l'exposition à des températures élevées constitue un risque sanitaire majeur, pouvant conduire au décès ou à des séquelles importantes comme cela a été le cas lors de l'épisode de canicule en août 2003, même si des mesures de prévention peuvent en limiter les effets comme en 2019 ou 2022.

d) Dans les milieux plus défavorisés, les décès arrivent plus tôt dans la vie.

Un homme qui serait exposé toute sa vie aux risques de décès par âge des 5 % les plus aisés de sa classe d'âge, observés sur la période 2012-2016, vivrait en moyenne 13 ans de plus qu'un homme exposé toute sa vie aux risques de décès des 5 % les plus modestes. Pour une femme, cet écart serait de 8 ans. Un écart important est aussi observé selon la catégorie socioprofessionnelle ou selon le niveau de diplôme.

Les maladies chroniques, hormis certains cancers, surviennent plus fréquemment chez les personnes aux revenus les plus modestes. Les maladies cardio-neurovasculaires sont les maladies chroniques les plus fréquentes, suivies par les maladies mentales, le diabète et les cancers. Ces maladies chroniques ont une répercussion importante sur l'activité hospitalière. Les patients en affection longue durée (ALD) pour une maladie chronique, qui représentent 18 % des personnes ayant consommé des soins en 2016, sont surreprésentés parmi les personnes hospitalisées. L'incidence des maladies chroniques varie selon les caractéristiques sociales.

e) Santé mentale, qualité de vie et handicap : les personnes les plus âgées et les plus modestes sont plus souvent négativement affectées.

Une personne sur dix présente des symptômes dépressifs en 2019. Dans les DROM, ces indicateurs sont supérieurs à ceux de la France métropolitaine. Une personne sur deux se plaint de problèmes de sommeil. Une personne sur cinq âgée de 75 ans ou plus déclare souffrir de douleurs physiques fortes ou très fortes. Cela conduit, au-delà des seules « maladies », à poser la question de la qualité de vie.

f) L'épidémie de Covid-19 a directement et indirectement affecté l'état de santé de la population.

En l'espace de deux ans et 8 mois, jusqu'à fin août 2022, sept vagues épidémiques ont successivement frappé la France conduisant à 907 000 hospitalisations dont 145 000 séjours en soins critiques. À l'hôpital et en établissements sociaux et médico-sociaux, on dénombre 154 000 décès. Bien qu'en hausse, l'espérance de vie ne retrouve pas encore en 2021 son niveau d'avant la pandémie. Le risque de contamination dépend de la période, de la zone géographique, de l'âge, des conditions de vie et de travail, mais aussi depuis 2021 du fait d'être vacciné ou non. La cause de cet accroissement du risque relatif chez les plus modestes pourrait être le moindre recours à la vaccination contre le Covid-19. La crise sanitaire a eu un impact psychologique sur une part importante de la population. Par ailleurs les conséquences à long terme de l'infection à SARS-CoV-2 sont encore mal connues et quantifiées.

B. Les inégalités de santé : une problématique non encore résolue

Un axe majeur transversal de la SNS doit être la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

La question des inégalités de santé et la promotion de la santé est maintenant bien intégrée dans les politiques publiques, et dans les différentes interventions, qu'il s'agisse des stratégies sectorielles ou des plans, sans toutefois que le mode opératoire et les objectifs soient explicités.

À l'issue du bilan de la précédente SNS en termes de réduction des inégalités, est mis en évidence le fait qu'il faudrait renforcer les actions en allant davantage vers les populations avec des moyens humains et financiers limités (politique d'aller-vers).

Les inégalités sociales de santé n'ont pas été résorbées. Quant aux inégalités territoriales elles se sont globalement aggravées au cours des vingt dernières années. Par ailleurs, les inégalités territoriales et les inégalités sociales de santé se combinent en raison des impacts différenciés des expositions aux risques liés à l'environnement (habitat insalubre, santé au travail, qualité de l'air et de l'eau, dérèglement climatique, pathologies virales et infectieuses ...).

L'objectif « La santé pour tous en l'an 2000 » n'a pas été atteint, en France comme dans la plupart des pays du monde. Plus encore, la tendance générale à la régionalisation dans un souci d'économie et de meilleure gestion a conduit à de nouvelles inégalités quand les recettes et les dépenses n'ont pas été fortement régulées par l'État, y compris dans des pays jusque-là désignés comme exemplaires, comme ceux d'Europe du Nord.

La crise du Covid-19 a mis en avant l'exacerbation des inégalités, malgré des dispositifs d'« aller-vers » qui se sont développés. Le risque global relatif de mortalité des populations d'immigrés nés en Afrique subsaharienne par rapport à la population française autochtone qui était de 0,8 avant la pandémie, est passé à 1,8 lors de la 1^{ère} vague, risque passant de 0,8 à 1,1 pour les populations d'Afrique du Nord, et de 0,7 à 1,2 pour les populations d'origine asiatique.

Par ailleurs, l'interruption de soins due à cette crise, notamment ceux en lien avec des maladies chroniques non transmissibles, risque d'impacter durablement d'une part la santé de la population, d'autre part le fonctionnement du système de soins.

L'égalité de l'accès aux soins a beau être un pilier du système de santé français, les retards aux soins voire les renoncements aux soins sont importants et augmentent. Ils ne touchent pas toute la population de la même façon, les plus précaires étant davantage concernés. La pandémie de Covid-19 a bien démontré qu'une stratégie ne pouvait être efficace qu'en impliquant l'ensemble de la population sans exception. Outre les actions vers les plus précaires, il est nécessaire d'aller vers les populations difficiles à atteindre, tous ceux qui, par leur parcours, ont du mal à accéder aux soins. Les difficultés d'accès aux soins s'ajoutent aux difficultés de ressources humaines conduisant aux déserts médicaux ainsi qu'aux pénuries de soignants à l'hôpital. Une quarantaine de départements est sous le seuil critique de 40 spécialistes pour 100 000 habitants, selon l'Association des maires ruraux de France⁵⁹. Les professionnels de ville, qu'ils soient libéraux ou en exercice mixte, sont passés de 68,2 pour 100 000 habitants en 2012 à 65,5 pour 100 000 habitants en 2022 dans une dizaine de spécialités les plus courantes (pédiatrie, gynécologie, psychiatrie, ophtalmologie, dermatologie, rhumatologie, ORL, gastroentérologie...). Selon le syndicat Samu-Urgences de

⁵⁹ Accès aux soins en milieu rural. Une bombe à retardement. AMRF 2020.
<https://www.calameo.com/read/005307989239a0f96f4f2> |

France, en mai 2022, 120 services d'urgence ont été contraints de limiter leur activité pour l'été, et cette situation reste actuellement très tendue. Outre les services d'urgence, la situation reste également extrêmement tendue en termes de ressources humaines dans les hôpitaux publics. En décembre 2022, plus de 30 000 postes d'infirmiers étaient vacants, près de 70 000 dans le secteur médico-sanitaire et 18 % des lits de médecine susceptibles d'être fermés⁶⁰. La situation s'accroît en hiver, avec des besoins accrus. Ces difficultés sont dues en partie à la détérioration des conditions de travail à l'hôpital, avec un réel impact sur l'accès aux soins et la rapidité des prises en charge. Des progrès ont été réalisés dans certains domaines, mais cette situation a également un impact sur la qualité des soins, avec une baisse inédite de ces indicateurs. L'accès au soin est lié à d'autres facteurs, comme l'attractivité des territoires, la réduction sociétale du temps médical.

C. Déterminants de santé et prévention

a) Les comportements qui ont un impact sur la santé englobent pratiquement l'ensemble des activités humaines.

Ces différents facteurs se cumulent et interagissent tout au long de la vie, ce qui rend les politiques de promotion de la santé et de prévention complexes.

La consommation d'alcool diminue de manière régulière en France depuis plusieurs décennies, la France reste dans le groupe de pays européens les plus consommateurs malgré une diminution de la consommation quotidienne mais avec une augmentation des alcoolisations ponctuelles importantes (API, caractérisée par l'absorption au cours d'une même occasion d'au moins six verres standards).

Une consommation de tabac quotidienne qui diminue. En 2019, 24,0 % des 15 ans ou plus déclaraient fumer et 18,5 % déclaraient fumer quotidiennement en France métropolitaine. La tendance est à la baisse. La consommation de tabac chez les femmes reste inférieure à celle des hommes. La prévalence du tabagisme quotidien diminue significativement avec le niveau de revenus. Il y a des différences significatives de consommation entre les territoires.

Chez les plus modestes, on note une alimentation avec moins de fruits et légumes et davantage d'obésité et une sédentarité généralisée. En France métropolitaine plus de trois Français sur quatre consomment tous les jours des fruits et des légumes. La situation est très différente dans les DROM, surtout pour les légumes, moins disponibles que les fruits dans ces territoires. Cette consommation varie du simple au triple en France métropolitaine et à La Réunion entre le premier et le dernier quartile de niveau de vie.

Une population très sédentaire. En France métropolitaine en 2019, 81 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent faire un trajet de 10 minutes ou plus à pied au moins une fois par semaine. La pratique quotidienne d'au moins 30 minutes de marche ou de vélo, correspondant aux recommandations de l'OMS pour être en bonne forme physique concerne 31 % des personnes de France métropolitaine. La prévalence du surpoids et de l'obésité a augmenté depuis le début des années 1980, bien que la situation française soit plus favorable que celle observée dans la plupart des autres pays occidentaux. En 2019, 45 % des adultes de 15 ans ou plus interrogés dans l'enquête santé européenne sont en surpoids (31 %) ou obèses (14 %) en France métropolitaine. Dans les DROM – sauf à La Réunion qui présente une part proche de celle observée en France métropolitaine avec 16 % –, la part des personnes obèses est plus élevée qu'en France métropolitaine et s'observe presque

⁶⁰ Baromètre emploi formation 2022 résultats & enseignements nationaux. <https://www.opco-sante.fr/presentation-des-resultats-du-barometre-emploi-formation-ile-de-france>

uniquement chez les femmes. La part de personnes obèses diminue avec le niveau de diplôme et le niveau de vie. La proportion de personnes obèses varie d'un département à l'autre.

b) La pollution de l'air extérieur a des répercussions importantes sur la santé.

Chaque année en France métropolitaine, près de 40 000 décès seraient attribuables à une exposition des personnes âgées de 30 ans ou plus aux particules fines (PM_{2,5} = particules en suspension dont le diamètre est inférieur à 2,5 micromètres) et près de 7 000 décès attribuables à l'exposition au NO₂ (dioxyde d'azote provenant des processus de combustion).

c) Davantage de contraintes physiques et d'accidents du travail chez les ouvriers.

Les conditions de travail sont également liées à la santé, selon des causalités complexes. Le nombre d'accidents du travail reconnus en 2019 était de 656 000 (Assurance maladie, 2020), soit 33,5 accidents pour 1 000 salariés (un niveau relativement stable depuis 2013), auxquels il faut ajouter 99 000 accidents de trajet. Les ouvriers présentent une fréquence d'accidents du travail beaucoup plus élevée que les cadres et des disparités géographiques sont également notables.

Le nombre de nouvelles maladies professionnelles reconnues par l'Assurance maladie s'élève à près de 50 400 au cours de l'année 2019 et a peu varié dans les dernières années : les troubles musculosquelettiques constituent la première cause de maladies professionnelles indemnisées (88 %), suivies par des maladies liées à l'amiante (6 %) dont le nombre baisse depuis 2009 (-45 % depuis 2009). Les maladies psychiques liées au travail ne représentent en 2019 qu'une part relativement faible des maladies professionnelles reconnues mais sont en augmentation.

d) Un recours au dépistage plus fréquent parmi les catégories sociales plus aisées.

Les inégalités de recours à la prévention et aux soins contribuent à une plus grande fréquence des problèmes de santé, mais aussi à leur retentissement plus important en bas de l'échelle sociale. En ce qui concerne le cancer, la participation aux dépistages (mammographies, frottis, dépistage du cancer colorectal) suit un gradient social, elle est d'autant plus fréquente que les personnes ont une position sociale favorable.

e) Des couvertures vaccinales souvent incomplètes et inégales.

La couverture est de 95 % pour la primovaccination dans la première année de vie contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, la coqueluche et le pneumocoque. Selon l'enquête santé européenne 2019, les individus aux niveaux de vie les plus élevés sont 1,5 fois plus souvent vaccinés que ceux aux niveaux de vie les plus faibles. La vaccination contre le Covid-19 s'est déployée en France à partir de janvier 2021. Dans les trois DROM enquêtés (Guadeloupe, Martinique et La Réunion), la couverture vaccinale est bien moins importante qu'en France métropolitaine, et les personnes qui déclarent une situation financière difficile ont eu moins souvent recours aux vaccins contre la Covid-19 que les personnes les plus aisées.

f) Des disparités sociales et territoriales d'accès aux soins qui peuvent se cumuler.

Les inégalités d'accès aux médecins généralistes ont tendance à s'accroître. L'accessibilité moyenne aux médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans est en baisse de 6 % par rapport à 2016 et se détériore davantage dans les communes les moins bien dotées. À l'inverse, entre 2016 et 2019, l'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore. Toutefois, la répartition des médecins généralistes sur le territoire est plus homogène que celle des trois autres professions. Les sages-femmes sont, quant à elles, réparties de manière très hétérogène sur le territoire.

Parmi les femmes en âge de procréer, 7 % résident à plus de 30 minutes d'une maternité. Dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées. Les inégalités spatiales et sociales semblent se renforcer, au détriment des personnes les plus modestes.

D. De la naissance au grand âge, les problèmes de santé évoluent, les inégalités demeurent

a) Femmes en âge de procréer : des disparités marquées entre France métropolitaine et DROM

La pilule demeure le moyen contraceptif le plus utilisé en 2016, suivi par le stérilet (25,6 %) et le préservatif (18,8 %). Ainsi, 92 % des femmes utilisent un moyen de contraception. Le recours aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) est plus fréquent dans les DROM, et parmi les femmes de milieu modeste. Les femmes résidant dans les DROM présentent un risque de mortalité maternelle multiplié par 4 par rapport à celles de France métropolitaine. Les disparités sociales et territoriales demeurent. En 2019, 7,0 % des naissances vivantes survenues en France sont prématurées.

b) Les inégalités apparaissent avant la naissance et se creusent pendant l'enfance.

La santé des enfants et adolescents est affectée par un gradient social. Parmi les élèves en classe de troisième en 2017, 24 % des enfants d'ouvriers sont en surcharge pondérale et 8 % sont obèses, contre respectivement 12 % et 3 % des enfants de cadres en 2017. Ces disparités peuvent en partie s'expliquer par des habitudes de vie différenciées selon le milieu social. L'adolescence est marquée, pour certains jeunes, par des comportements à risque qui peuvent notamment concerner la consommation de produits psychoactifs (tabac, alcool, cannabis, etc.), les comportements alimentaires (accès boulimiques, anorexie) ou encore des conduites routières dangereuses. Ces comportements peuvent avoir des répercussions sur la santé des enfants et des adolescents, allant de la marginalisation sociale aux risques accrus de maladies et de troubles psychiques à l'âge adulte. En revanche, la santé bucco-dentaire, marqueur important des inégalités de santé, est en nette amélioration

c) Les maladies chroniques chez les personnes âgées prennent de plus en plus d'ampleur.

Les polyopathologies sont de plus en plus fréquentes et leur prise en charge représente sans doute l'enjeu majeur des systèmes de santé en cette première partie du 21^e siècle. L'augmentation rapide de la part de la population âgée va exercer une pression croissante sur l'offre de soins (nécessité de la réorganiser, nécessité d'investir dans la prévention).

3. Le bilan du point de vue de l'Assurance maladie 2022

Dans son rapport annuel Charges et produits l'Assurance Maladie donne des éléments permettant de suivre l'évolution de l'état de santé de la population française à travers l'analyse des dépenses de santé des assurés⁶¹.

Dans ce rapport, l'Assurance Maladie constate que si la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a mis en exergue la résilience de notre système de santé elle a mis en évidence l'insuffisance de la politique de prévention, les inégalités de santé marquées sur les territoires ainsi que des indicateurs peu favorables en matière d'espérance de vie en bonne

⁶¹ Rapport Charges et Produits pour 2023 <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2022-07-13-cp-rapport-charges-et-produits-pour-2023>

santé.

Dans ce cadre, elle a élaboré un tableau de bord de santé publique permettant un suivi de 17 indicateurs quantifiés sur les principaux enjeux en matière de prévention, de santé des populations et d'accompagnement des malades chroniques. Ce tableau de bord objective les faiblesses de notre système, autour de grandes thématiques de santé publique et la nécessité de renforcer l'engagement coordonné de l'ensemble des acteurs sur ces problématiques.

A. L'évolution des pratiques de santé publique

L'analyse des données d'activité concernant des pratiques de santé publique fournies par l'Assurance Maladie permet de voir une évolution même si ces données ont été très perturbées par la crise sanitaire à compter de 2020.

La première catégorie d'indicateurs concerne la prévention des cancers et les taux de participation aux dépistages organisés de trois d'entre eux sont relevés.

- Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal est le plus faible, il est aussi irrégulier avec un pic atteint en 2017 à 33,5 % de personnes dépistées sur 24 mois chez les 50-74 ans, une diminution puis une nouvelle augmentation à 34,6 % en 2021.
- Concernant la participation au dépistage organisé du cancer du sein, la diminution observée jusqu'en 2020 semble se résorber avec une augmentation de 54,1 % à 56 % des femmes de 50-74 ans ayant bénéficié au moins d'une mammographie bilatérale sur les 24 derniers mois entre 2020 et 2021.
- Dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, la participation stagne depuis 2016 entre 58 et 59 %.

Ainsi, pour l'ensemble de ces trois cancers, les taux français de participation aux dépistages organisée sont encore loin d'atteindre les objectifs européens fixés respectivement à 65 % pour le cancer colorectal et 70 % pour les deux autres. Enfin, la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) est en hausse constante ces dernières années avec un dernier taux de couverture vaccinale (2 doses) relevé à 37,4 % en 2021. Cependant, l'objectif de 80 % de taux de couverture fixé à l'horizon 2030 ne peut être atteint en l'absence d'une politique volontariste en faveur de la vaccination chez les filles et les garçons.

La prévention bucco-dentaire peut être étudiée sous l'angle du recours aux chirurgiens-dentistes. Ce dernier, en nette augmentation depuis 2017, a chuté de près de 14 % en 2020 où 46,4 % des enfants ont eu au moins un acte réalisé par un chirurgien-dentiste dans l'année. Ce phénomène, causé par les mesures mises en place suite à la crise sanitaire, incite d'autant plus à la poursuite de la campagne de communication du dispositif M'T dents, avec des actions spécifiques en classe de CP dans les zones défavorisées.

La vaccination contre la grippe constitue un autre enjeu fort de la vaccination, notamment auprès des plus fragiles. Le taux de couverture vaccinale antigrippale de l'ensemble de la population a augmenté jusqu'en 2020 où il a atteint 55,8 % pour diminuer à 52,6 % en 2021. Plus spécifiquement, la couverture vaccinale est particulièrement faible chez les femmes enceintes, et en diminution. Les dernières données relevées en 2021 indiquaient que seulement 7,9 % des femmes enceintes âgées de 18 à 44 ans avaient reçu le vaccin contre respectivement 11,7 % et 15,8 % les deux années précédentes.

Le champ relatif à la maternité et à la petite enfance est concerné par trois indicateurs. Le premier est le bon suivi de la grossesse, caractérisé par la réalisation d'au moins 3 échographies durant cette période. Il augmente ces dernières années avec 92,5 % de femmes concernées en 2021. En revanche, l'indicateur de suivi postnatal est lui en baisse

avec un passage de 81,7 % à 79,9 % de femmes ayant eu recours au moins une fois à une sage-femme ou un médecin généraliste dans les 7 jours suivant la sortie de la maternité entre 2020 et 2021. Enfin, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) à l'âge de 33 mois augmente également progressivement et atteint près de 85 % en 2021.

Le champ des addictions est concerné par deux indicateurs relatifs au tabac et à l'alcool. En diminution jusqu'en 2019, le pourcentage de fumeurs quotidiens de plus de 15 ans a connu à nouveau une augmentation entre 2019 et 2020 où on relève 25,5 % de fumeurs quotidiens. Concernant la consommation d'alcool, la quantité d'alcool consommée chez les plus de 15 ans est en faible diminution depuis 2016. Les dernières données de 2019 indiquent une quantité de 11,40 litres d'alcool consommé par personne.

Enfin, les maladies chroniques, du fait de leur poids croissant, constituent la thématique la plus importante avec cinq indicateurs.

- Le premier concerne l'accès à un médecin traitant des patients en affection de longue durée (ALD). En 2021, 95,0 % des patients en ALD ont eu recours à un médecin traitant, cet indicateur n'ayant fait que diminuer depuis 2016.
- Le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) chez les patients diabétiques est également étudié. La part des patients ayant un médecin traitant, traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année a connu des hausses puis des baisses depuis 2016. Néanmoins, entre 2020 et 2021, sa valeur a augmenté, passant de 76,8% à 78,8%.
- Le recours aux soins des patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC) est lui-même constitué de deux sous-indicateurs se rapportant au nombre de consultations par type de professionnel de santé. Peu de données sont encore disponibles et elles concernent uniquement l'année 2019 où il a été estimé qu'entre 67% et 84% des patients atteints d'insuffisance cardiaque ont eu au moins 4 consultations par an avec un médecin généraliste, et entre 27 et 44 % ont eu au moins 2 consultations par an avec un cardiologue.
- Enfin, le dernier indicateur proposé concerne le dépistage de la maladie rénale chronique en population à risque. La part des patients traités par antihypertenseurs et ayant un médecin traitant qui ont bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de micro-albuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire a nettement augmenté depuis 2016 où il était de 7,1 % pour passer à 25,5 % en 2021.

B. Approche par pathologie : importance de la prévention et d'une prise en charge précoce pour éviter ou retarder les complications dans l'insuffisance cardiaque et le diabète

En 2021, l'accent a été mis dans l rapport Charges et produits sur la nécessité de prévenir la survenue de l'IC chez les personnes à risque et les analyses ont concerné une cohorte de personnes avec maladie coronaire. L'incidence cumulée d'IC au cours de quatre années de suivi est élevée et dépend des pathologies à risque : de 14 % parmi l'ensemble des coronaropathies, à 18 % en cas d'association d'un diabète et 22,5 % en présence de troubles du rythme. Chaque année, par rapport aux personnes chez qui le diagnostic n'est pas fait, et après avoir rendu comparables les deux groupes par un appariement, les personnes qui développent une IC ont une mortalité 3,5 fois supérieure et sont à l'origine de dépenses près de 3 fois plus importantes par rapport aux personnes sans IC. Ces données incitent à accompagner patients, aidants et acteurs de soins selon trois axes majeurs : reconnaissance des signes et symptômes d'entrée dans la maladie ou indicatifs de sa

décompensation avec une campagne nationale d'information⁶² ; contribution à l'amélioration du suivi ambulatoire de la « phase de vulnérabilité » de ces patients en sortie d'hospitalisation avec la promotion active du programme Prado IC ; encouragement à la structuration de l'offre de soins territoriale de premier et second recours avec la constitution d'équipes de soins spécialisées en cardiologie et un recours accru aux solutions de télémédecine, notamment la télésurveillance.

Concernant le diabète, une stratification de l'ensemble des personnes diabétiques selon quatre niveaux de sévérité croissante a été proposée, permettant de préciser les besoins de soins associés à chaque niveau et de détailler les différentes actions en fonction des enjeux spécifiques auxquelles elles répondent. Le niveau de sévérité le plus élevé regroupe 1 % des effectifs et représente 9 % des dépenses totales et 15 % des dépenses hospitalières annuelles. Au sein du niveau 3, les dépenses hospitalières sont près de 3 fois supérieures par rapport à celles du niveau 2 (environ 5 100 contre 1 800 euros). Il est important de constater que les dépenses générées par les personnes diabétiques dont la sévérité de la maladie évolue d'une année sur l'autre, sont plus élevées que celles des personnes déjà présentes au niveau supérieur. Parmi les diabétiques nouvellement pris en charge, une personne sur cinq présente d'emblée un diabète avec complications hospitalières (niveau 3), avec des dépenses annuelles 3 fois supérieures à celles qui entrent dans la maladie à un niveau non compliqué (environ 11 600 contre 3 800 euros).

C. Approche populationnelle : l'importance d'améliorer l'accompagnement des femmes enceintes et des jeunes mères

La maternité et la petite enfance constituent une période essentielle, en raison de ses conséquences sur le développement de l'enfant, ses capacités d'apprentissage, ainsi que son avenir en bonne santé et les risques futurs de maladie à l'âge adulte. Il s'agit de surcroît d'une période au cours de laquelle les inégalités sociales jouent un rôle majeur dans la détermination des inégalités de santé. L'Assurance Maladie poursuit l'ambition d'améliorer la santé des femmes enceintes et des enfants, en permettant un accompagnement continu du parcours, de la grossesse aux 6 ans de l'enfant, au plus près des besoins et en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès de ces publics. Cette ambition s'articule avec des priorités nationales, notamment la stratégie des « 1 000 premiers jours » et la SNS 2018-2022. Elle s'appuie également sur les nombreuses actions d'ores et déjà engagées par l'Assurance Maladie vis-à-vis de ces publics et sur une politique de partenariats déclinée localement, notamment avec l'Éducation nationale et la Caisse nationale des allocations familiales.

La construction d'une approche populationnelle repose sur la connaissance des principales caractéristiques de santé de cette population. On observe d'importantes marges d'amélioration dans l'accompagnement et le suivi des femmes enceintes, des mères et des enfants de 0-6 ans. Elles concernent l'augmentation du surpoids et la vaccination largement insuffisante chez les femmes enceintes, mais aussi la consommation de tabac au cours de la grossesse dont l'évolution demeure peu favorable et qui reste associée à de fortes inégalités sociales.

L'Assurance Maladie entend poursuivre et renforcer son action, tout particulièrement autour de quatre enjeux prioritaires : les addictions, la vaccination, la surconsommation de médicaments et le suivi effectif de la femme enceinte et de l'enfant jusqu'à ses 6 ans. De nouveaux outils de prévention seront mobilisés, notamment en s'appuyant sur les outils

⁶² Campagne insuffisance cardiaque | L'Assurance Maladie (ameli.fr)

numériques. Le repérage et la prise en charge précoces, notamment des écarts inhabituels du développement chez l'enfant et du surpoids chez l'enfant et la femme enceinte, devront être renforcés, notamment en s'appuyant sur la généralisation du dispositif « Mission : retrouve ton cap » et sur les expérimentations de dépistage des troubles visuels, du langage et de la communication en milieu scolaire. L'amélioration de la connaissance et du suivi de la santé de l'enfant par le médecin et les parents sera poursuivie, en adaptant « Mon espace santé ». L'intervention et la coordination de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le suivi de la femme enceinte et de l'enfant (sages-femmes, auxiliaires médicaux, professionnels de la santé scolaire et de protection maternelle et infantile : PMI...) seront soutenues, autour du médecin traitant qui constitue la clé de voûte d'un parcours de soins efficace et efficient. Le suivi de l'enfant est ainsi amené à s'inscrire dans une démarche pluriprofessionnelle territorialisée, reposant notamment sur le regroupement de professionnels de santé au sein de structures d'exercice coordonné. L'Assurance Maladie travaillera tout particulièrement à renforcer son partenariat avec les services de PMI, ainsi que sa capacité à « aller-vers » des publics ciblés, qu'il s'agisse des enfants dont le suivi sur le plan médical est insuffisant ou des publics les plus vulnérables, tant sur le plan sanitaire que socio-économique.

D. Impact durable du Covid-19 sur le système de santé et le parcours de soins des patients : structurer une démarche d'« aller-vers » pour toute la population pour le dépistage des cancers

L'Assurance Maladie s'est rapidement mobilisée pour répondre aux défis de l'épidémie de Covid-19 en France. Elle a fortement contribué à la mise en œuvre de la vaccination et en investissant massivement dans le « aller-vers ». Ainsi, 124 millions d'injections, pour 53 millions de personnes ont été enregistrées dans le système d'information. Elle a aussi continué la mobilisation autour du *contact tracing*, avec près de 51 millions de contacts établis depuis deux ans.

L'épidémie a eu un fort impact direct en 2020 avec près de 200 000 patients hospitalisés pour Covid-19, dont 42 000 en soins critiques. Les soins pour ces assurés ont occasionné une dépense de 1,6 milliard d'euros, soit près de 7 800 euros par patient, lié à 90 % aux dépenses d'hospitalisation. Les patients hospitalisés en réanimation pour Covid-19 en 2020 ont eu des durées de séjours et une mortalité en réanimation supérieure à celle de la grippe saisonnière. Les parcours de soins dans l'année qui suit la réanimation sont marqués par une forte augmentation du recours aux soins de suite et de réadaptation (SSR), à des soins de kinésithérapie et des soins infirmiers. En réponse à l'apparition de cas nombreux de symptômes persistants de Covid-19 (« Covid long »), une organisation spécifique a été conçue et mise en œuvre pour informer professionnels de santé et patients, repérer ces derniers et leur proposer un accompagnement adapté à travers des cellules d'accompagnement régionalisées et une plateforme en ligne.

La Covid-19 et les mesures de lutte contre l'épidémie ont fortement perturbé le fonctionnement du système de santé en 2020. En 2021, l'activité est revenue à des niveaux proches de l'année 2019 pour l'ensemble des professions en soins de ville et pour la plupart des actes médicaux de la classification commune des actes médicaux (CCAM), effaçant l'essentiel de l'écart constitué en 2020. On estime que près d'un million d'interventions chirurgicales ont été déprogrammées en 2020, soit 18 % de l'activité totale. Le recours important à la chirurgie ambulatoire a permis d'atténuer l'effet des déprogrammations, sans l'effacer totalement. En 2021, l'activité est revenue à des niveaux proches de l'année 2019 pour l'ensemble des professions en soins de ville et pour la plupart des actes médicaux de la CCAM, effaçant l'essentiel de l'écart constitué en 2020. L'activité de SSR a été très fortement perturbée par la Covid-19, avec plus de 12 % de journées produites en moins.

L'année 2021 a vu l'activité partielle reprendre, tandis que l'activité d'hospitalisation complète a continué sa diminution. Le dépistage organisé des cancers a lui aussi été très perturbé en 2020, en particulier pour le cancer colorectal et le cancer du sein. Au plus fort du premier confinement, on a enregistré des baisses importantes de l'ensemble des examens et des traitements de ces deux cancers. Des actions de rattrapage ont été mises en place précocement, par les acteurs de terrain, auxquelles l'Assurance Maladie a prêté son concours. À l'issue de l'année 2021, on peut considérer qu'il y a eu un rattrapage total ou partiel des perturbations liées à la crise du Covid-19 durant l'année 2020. Ceci ne doit pas occulter les résultats préoccupants du dépistage des cancers en France, le taux de participation pour le cancer colorectal, même s'il rejoint en 2020-2021 le taux maximal atteint antérieurement (34,6 %) restant très inférieur à l'objectif souhaitable européen de 65 %.

E. Essor de la e-santé : création d'un nouveau statut pour les thérapies digitales

La e-santé (ou santé numérique) a connu un essor sans précédent ces dernières années, comme en témoignent les données suivantes : 1,4 million de téléconsultations en janvier 2022, 31 millions de visiteurs uniques de l'application *TousAntiCovid* en septembre 2021 et un total de 929,4 millions d'euros levés par 58 start-up françaises de la e-santé en 2021. Conscient du potentiel des innovations en santé numérique, le ministère en charge de la santé a accentué ses efforts pour amorcer pleinement le virage du numérique en santé à travers la création d'une délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) mais aussi avec l'augmentation des financements publics qui lui sont accordés.

Lorsque l'on effectue une comparaison internationale, on observe qu'il existe encore une grande diversité dans les approches des régulateurs de la e-santé. Cependant, aucun pays n'a pu définir une stratégie globale, chacun faisant face aux mêmes défis. Le foisonnement des innovations dans tous les secteurs est tel qu'il requiert de la part des pouvoirs publics un effort supplémentaire d'accompagnement et d'évaluation des innovations afin de réguler davantage l'écosystème.

En France, l'Assurance Maladie est un acteur important de l'innovation en santé numérique et occupe une place centrale dans la structuration de son développement au travers de plusieurs grands rôles selon les sujets (financeur de dispositifs, opérateur de solutions, régulateur des tarifs, accompagnateur des professionnels et des assurés). Bien que nécessairement incomplète, la méthodologie établie de priorisation de l'innovation permet d'ores et déjà d'identifier trois champs à fort potentiel : les applications de prévention et d'accompagnement des patients, les dispositifs médicaux avec télésurveillance pour le suivi des patients atteints de pathologies chroniques, et les solutions digitales de partage d'informations entre professionnels de santé permettant la numérisation des parcours de soins (e-parcours).

F. Organisation du système de santé et le renforcement de l'accès aux soins

a) Améliorer l'accès financier et diminuer les restes à charge

L'accès financier aux soins reste un enjeu majeur, avec de nombreux biens et services pour lesquels il existe un reste à charge important pour les assurés. La mise en place du 100 % santé pour l'optique, les audioprothèses et les soins dentaires est une réponse à cette problématique. Son déploiement a rencontré un succès significatif, même s'il est variable selon les domaines : très important pour les audioprothèses, plus progressif mais réel pour les soins dentaires, et encore à consolider pour l'optique. L'Assurance Maladie a déployé des actions d'accompagnement et de contrôle pour assurer la mise en œuvre et la montée en charge de ce dispositif, et son appropriation par les professionnels et la population. Le

succès de ce dispositif est bien réel et l'adaptation du panier de soins concernés, notamment pour l'optique, ainsi que son extension à d'autres types de soins et biens médicaux (prothèses capillaires, orthodontie), peut être envisagée.

b) Améliorer l'accès territorial aux soins : déployer plus fortement les assistants médicaux, inciter à l'installation des infirmiers en pratique avancée (IPA) en ville, alléger la charge administrative des médecins.

Le virage ambulatoire, bien réel, qui est à l'œuvre en France comme dans la plupart des pays de l'OCDE pour répondre aux enjeux est aujourd'hui très incomplet, notamment pour les prises en charge médicales, du fait d'une structuration encore insuffisante des organisations en ville et d'une coopération entre la ville et l'hôpital largement perfectible. Alors que 11 % de la population n'a actuellement pas de médecin traitant déclaré, l'accès aux soins est un enjeu majeur pour la population française. La situation actuelle appelle donc à accélérer, renforcer et amplifier les actions pour mieux répondre aux attentes de la population. La prochaine convention médicale sera l'occasion de construire sur ces sujets les bases d'un modèle rénové d'organisation des soins. Plusieurs sujets auront une importance particulière : libérer du temps médical en promouvant notamment des organisations propices avec les assistants médicaux et des coopérations médecins/infirmiers rénovées à travers les IPA ; réduire les inégalités territoriales dans l'accès aux soins, notamment via un soutien particulier aux zones sous-denses et en rénovant le cadre de la télémédecine ; donner un rôle plus important aux territoires en renforçant encore le rôle pivot des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans l'organisation territoriale de la réponse ambulatoire.

c) Déploiement du « Service d'accès aux soins » (SAS) dans chaque territoire

De plus en plus, le système de santé doit faire face à une demande importante de soins urgents non programmés (consultation/visite sans rendez-vous). Ainsi, dans le but de désengorger les urgences et de mieux répondre aux besoins de la population en termes d'accès aux soins, la mise en place du service d'accès aux soins (SAS) dans chaque territoire et le développement de la plateforme nationale pour identifier les créneaux médicaux immédiatement disponibles est requise.

Le HCSP s'appuie sur trois rapports produits respectivement par l'Insee, la Drees et la Cnam afin de compléter son état des lieux sur l'état de santé de la population. Des constats relatifs aux indicateurs de santé sont partagés. On y retrouve la faible progression de l'espérance de vie, la diminution de la fécondité avec un nombre de naissances plus bas que jamais ainsi qu'une mortalité infantile en augmentation. Ainsi, la Cnam souhaite poursuivre le développement de son approche populationnelle, renforcer ses démarches d'« aller-vers » ainsi que ses actions pour améliorer l'accompagnement des femmes enceintes et des jeunes mères. Sont également relevés le vieillissement de la population et des pics de mortalité en raison d'épisodes épidémiques (Covid-19, Grippe) ou caniculaire. En ce sens, la Cnam propose un tableau de bord permettant de suivre 17 indicateurs relatifs à la prévention et à l'accompagnement des maladies chroniques, telles que l'insuffisance cardiaque (IC) et le diabète, mises en lumière dans le rapport. Les inégalités de santé parcourent la quasi-totalité de ces indicateurs et sont présentes à toutes les périodes de la vie ; la lutte contre ces inégalités devant être un axe majeur de la SNS.

Globalement, ces trois bilans montrent une France dont la population va probablement vieillir plus vite que les dernières prévisions ne le laissaient supposer, une France dans laquelle les inégalités de santé qu'elles soient sociales ou territoriales augmentent malgré les actions entreprises et enfin une France dans laquelle le système social consacre une part de plus en plus importante à la prise en charge des maladies chroniques qui touchent plus souvent et plus durement les populations les plus défavorisées.

V. L'état de santé de la France : les priorités retenues par le HCSP

Sur la base des différentes données disponibles et du bilan fait à l'issue de la SNS 2018-2022, le HCSP propose des priorités complétant ainsi les 4 menaces pour la santé des Français qu'il avait retenu en 2017 dans son rapport préparatoire à la SNS⁶³.

1. Des constats faits par le HCSP en 2017 qui persistent mais qui se sont aggravés après la crise Covid-19

A. Des indicateurs généraux toujours favorables

L'état de santé perçu, un indicateur subjectif de la santé globale de l'individu, est à prendre en compte lors de l'étude de la population car il considère des aspects difficiles à cerner cliniquement. En 2021, 67,8 % des adultes de plus de 16 ans perçoivent leur état de santé comme bon ou très bon. Cette valeur connaît une relative stabilité depuis 2017, mais des disparités selon le sexe sont notables. En effet, en 2019, 68,6 % des hommes se déclaraient en bonne ou très bonne santé contre 65% des femmes. On note également une variabilité selon l'âge, avec un bon ou très bon état de santé perçu qui concerne 85,9 % des 25-34 ans contre 75,4 % des 35-44 ans.

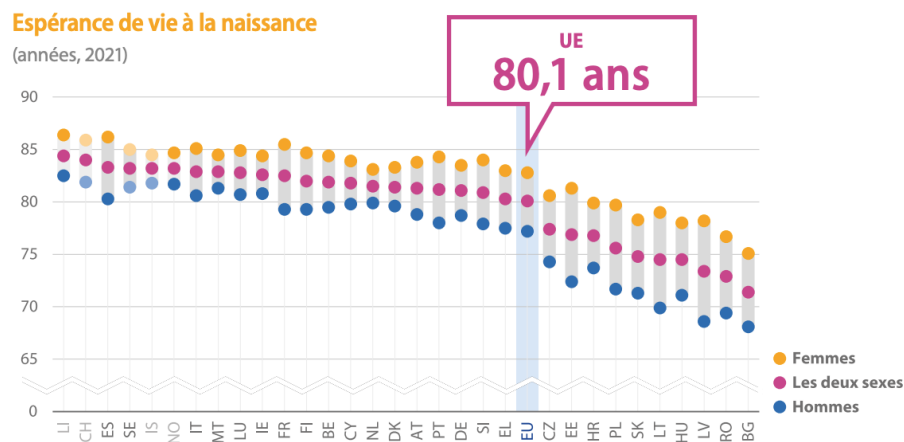
L'espérance de vie à la naissance, en augmentation depuis 20 ans, a diminué en 2020 en raison de l'épidémie de Covid-19 en France, et retrouve une augmentation relativement

⁶³ Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique. HCSP (2017). https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20170908_strategienatlesantecontribhcsp.pdf

faible. En 2022, l'espérance de vie à la naissance est de 85,2 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes. Si l'on effectue une comparaison au niveau européen en 2020, l'espérance de vie à la naissance y était de 80,4 ans, plaçant la France au-dessus de la moyenne avec une valeur de 82,3 ans.

En 2018 ont été relevés 157 400 décès par cancer. La mortalité tous cancers confondus est à la baisse, mais elle l'est de façon plus prononcée pour les hommes avec une diminution de -1,8 % de cancers par an, que chez les femmes où la diminution n'est que de -0,8 %.

Concernant leur incidence, 382 000 nouveaux cancers ont été détectés en 2018, 54 % chez les hommes et 46 % chez les femmes. Cette incidence reste stable chez les hommes avec + 0,1 % de nouveaux cancers détectés par an, mais elle s'accroît davantage chez les femmes avec une augmentation annuelle de + 1,1%, reflétant l'augmentation du risque de cancer. En effet, en raison de leur entrée dans le tabagisme dans les années 1970, le taux d'incidence du cancer du poumon a augmenté en moyenne de 5,3 % par an entre 1990 et 2018. Il s'agit de la localisation de cancer connaissant la plus forte augmentation sur cette période⁶⁴.



Remarque: l'axe "y" est coupé. DE et IE: 2020.
Source: Eurostat (code de données en ligne: demo_mlexpec)

Espérance de vie à la naissance en 2021 dans les pays européens

Source Eurostat

B. Une exposition aux facteurs de risque en diminution mais une grande disparité (cf. supra)

Dès 2017, un certain nombre de facteurs de risques avaient été identifiés par le HCSP dans sa contribution à la SNS. Ces derniers ont évolué et de nouveaux facteurs ont également émergé.

Selon le *County Health Rankings National Findings Report* de 2022, l'état de santé est expliqué par 30 % des déterminants comportementaux (alcool, tabac, substances psychoactives, alimentation, activité physique, vie sexuelle) et 50 % des déterminants socio-

⁶⁴ <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/15216629/15358176/KS-EI-22-001-FR-N.pdf/ba7a53b6-4f0a-5b24-1c4f-64139fcb9bb1?t=1669211597643>

économiques et physiques⁶⁵.

a) L'alimentation

De nombreux travaux mettent en évidence l'importance de l'alimentation comme étant à la fois un facteur protecteur, garant d'une bonne santé, mais étant également impliquée dans le cadre de plusieurs pathologies telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète ou encore le surpoids et obésité.

En 2019, les trois quarts des Français déclarent consommer au moins une portion de fruits et de légumes par jour. Cependant, des disparités sont visibles selon les âges, selon les régions en raison d'inégalités de disponibilité territoriale ainsi que selon le niveau social, avec 70,5 % des plus diplômés consommant des légumes quotidiennement contre 62,1 % chez les moins diplômés⁶⁶. Concernant la consommation de viande, celle-ci repart à la hausse en 2021 avec une augmentation de 1,0 % sur un an. Cependant, on constate que les achats de viande des ménages pour leur consommation à domicile reculent très nettement en 2021 par rapport à 2020.

L'évolution des habitudes alimentaires au cours de ces 50 dernières années (végétarisme, végétalisme) a conduit à l'introduction de nouveaux aliments dans notre quotidien, au retrait d'autres, et à l'apparition de nouvelles pratiques alimentaires. L'ensemble de ces changements peuvent avoir un impact positif sur la santé mais peuvent également conduire à une nette augmentation de certains déficits tels que les carences en fer dont la fréquence est élevée. Seulement 55 % des jeunes femmes de 18 à 39 ans ont des réserves en fer normales et un quart ont une déplétion complète. Une anémie est détectée à l'occasion de près de 100 000 dons de sang chaque année en France. Le coût des impacts sur l'état de santé n'est pas encore connu (notamment concernant les grossesses).

En 2019, 31 % des adultes sont en surpoids et 14% en situation d'obésité⁶⁶. On relève une relative stagnation concernant l'évolution du surpoids en France, avec 30,3 % d'adultes de plus de 15 ans concernés en 2020, contrairement à l'obésité qui augmente nettement avec une prévalence de 17 %. Bien que peu rassurantes, ces données placent pourtant la France dans une bonne position en termes de surcharge pondérale, comparée à ses voisins européens.

On relève de nombreuses inégalités régionales dans la distribution de l'obésité. Elle est plus présente au nord qu'au sud de la France et a tendance à augmenter avec l'âge. De plus, elle est relativement plus importante dans les DROM qu'en France métropolitaine, d'où l'adaptation du PNNS aux spécificités de ces territoires avec la création d'un volet Outre-Mer concernant notamment la Guadeloupe, la Guyane, la Réunion, la Martinique et Mayotte⁶⁶.

Ainsi, avec le doublement prévu des besoins alimentaires à l'horizon 2050, la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé dans l'alimentation et l'intégration d'une alimentation durable demeurent les enjeux centraux la concernant dans le cadre de cette nouvelle SNS.

b) Le tabac

Le tabac est de loin le premier facteur de risque pour la santé et reste très présent dans notre quotidien. Il est la cause de plusieurs pathologies, les cancers en étant la principale.

⁶⁵ 2022 County Health Rankings National Findings Report [Internet]. County Health Rankings & Roadmaps. [cited 2022 Nov 10]. Available from: <https://www.countyhealthrankings.org/reports/2022-county-health-rankings-national-findings-report>

⁶⁶ [L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

68 000 cas de cancers sont attribués annuellement au tabac et concernent 17 localisations. Dans la moitié des cas, ils sont évitables.

L'année 2021 a été marquée par une baisse des volumes de tabac vendus dans le réseau des buralistes, avec une diminution de 6,6 % des ventes par rapport à l'année précédente.

Après une légère baisse de la consommation quotidienne de tabac entre 1992 et 2000 (- 4 points) et une longue période de stabilité jusqu'en 2016, la part des fumeurs quotidiens a de nouveau diminué rapidement entre 2016 et 2019 (de 5 points) avant de se stabiliser entre 2019 et 2020. En 2020, 31,8 % des 18-75 ans déclarent fumer et 25,5 % quotidiennement. Il apparaît d'ailleurs que le recours au tabac est moindre dans les DROM.

Le collège constitue une phase d'initiation au tabac pour 37,5 % des élèves de classe de 3^e. Cependant, on note une diminution de la consommation chez les adolescents avec une expérimentation passant de 49,1 % en 2014 à 29,1 % en 2021. La dangerosité perçue du tabac chez les adolescents est également davantage présente, traduisant une augmentation de la volonté de sortir du tabagisme⁶⁸.

Entre 2019 et 2020, la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté de 29,8 % à 33,3 % parmi le tiers de la population dont les revenus étaient les moins élevés⁶⁷. Les inégalités sociales de santé concernant le tabagisme, qui se creusait déjà depuis 2000, s'accroissent depuis 2019. On note une prévalence du tabagisme de 33,3 % chez les personnes dont le revenu correspond au tercile le plus bas contre 18 % pour le tercile le plus élevé. Cette variation de la prévalence passe parfois du simple au double selon le niveau de diplôme⁶⁸.

Ayant vu le jour il y a une dizaine d'années, les « puff », des cigarettes électroniques à usage unique pouvant diffuser différents arômes, se répandent en France depuis 2020 en particulier auprès des plus jeunes. Contenant en moyenne 2 % de nicotine, la « puff » représente une porte d'entrée dans le tabagisme avec 28 % des adolescents qui l'utilisent indiquant avoir commencé leur initiation à la nicotine à travers ce produit. Bien qu'interdite à la vente aux mineurs, les plus jeunes n'ont aucun mal à s'en procurer et en ont même une image positive. Ainsi, des mesures relatives à son interdiction sont à considérer afin d'arrêter sa consommation que certains médecins qualifient même d'« épidémie »⁶⁹.

En 2018, les ventes de traitements pour l'arrêt du tabac augmentent sensiblement pour la quatrième année consécutive avec plus de 3,4 millions de patients concernés, soit un quart de plus qu'en 2017⁷⁰.

Les priorités concernant la consommation de tabac sont donc multiples : refouler le tabac de l'espace public, compléter l'arsenal réglementaire notamment en termes de contrôle, changer les modes de vente, interdire les « puffs » ou encore établir un nouveau plaidoyer mettant en avant le caractère polluant du tabac.

c) L'alcool

Bien qu'il constitue un des symboles de la tradition et de la culture française, l'alcool demeure le second facteur de mortalité évitable après le tabac. En 2015, son coût social (quasiment identique à celui du tabac) est estimé à 120 milliards d'euros⁷¹. Parmi les pays

⁶⁷ [Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr)

⁶⁸ [Tabagisme et arrêt du tabac en 2021 - OFDT](#)

⁶⁹ [1 ado sur 10 a déjà utilisé la Puff. L'ACT réclame son interdiction - Alliance Contre le Tabac](#)

⁷⁰ [Tabac : évolution des ventes de substituts nicotiniques - OFDT](#)

⁷¹ [Le coût social des drogues en France - Note de synthèse - OFDT](#)

les plus consommateurs d'alcool de l'OCDE, la France se situe au 6^e rang⁷².

On associe environ 41 000 décès par an à l'alcool. Les cancers en sont la première cause avec 16 000 décès attribuables.

Les ventes d'alcool sont en diminution depuis les années 60. Au cours des 20 dernières années, on passe de 14,15 L équivalents d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus consommés en 2001 à 10,38 en 2020. Cependant, des diversités ont lieu en fonction du type d'alcool considéré.

En 2019, la consommation d'alcool reste à la baisse, même si la diminution est devenue assez faible. 10 % de la population française consomment quotidiennement. Des variations inter-régionales demeurent. La consommation reste moindre notamment en Île-de-France avec 7,1 % d'adultes consommateurs, mais également pour les régions Normandie, Pays et de la Loire ainsi que les DROM. La consommation d'alcool est plus importante concernant les régions Occitanie avec 12,6 %, de consommateurs chez les adultes, ainsi que dans les Hauts-de-France et la Nouvelle-Aquitaine. Chez les plus jeunes (18-30 ans), la consommation hebdomadaire d'alcool s'élève à 32,5 %. Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) augmentent avec, là encore, des diversités régionales. On retrouve une prévalence de 13,9 % en Île-de-France qui est la seule région significativement en dessous de la moyenne nationale, contre 20,5 % pour la Bretagne⁷².

Les inégalités sociales de santé sont également transversales à cette thématique. On remarque que les individus au niveau d'instruction ou statut socio-économique élevés tendent à consommer plus mais les comportements de surconsommation et de dépendance sont davantage observés chez les individus au niveau d'instruction ou statut socio-économique plus bas⁷³.

Une consommation d'alcool peut provoquer à la fois des risques immédiats comme des accidents ou risques psychosociaux, mais aussi des conséquences à moyen ou plus long terme telles que des cancers, des troubles cardiovasculaires, des cirrhoses ou encore des dépendances et addiction.

Lors de sa contribution à la SNS en 2017, le HCSP avait mis en lumière deux types d'intervention à développer : le renforcement des compétences psychosociales (CPS) et le développement du repérage précoce et des interventions brèves (RPIB). Il est désormais acquis et ancré dans les politiques publiques que le renforcement des CPS est favorable à la prévention de comportements à risque tels que la consommation d'alcool. Concernant le RPIB, des limites d'ordre organisationnel (temps consacré, rémunération) se maintiennent, traduisant la nécessité de fournir davantage d'outils et de connaissances aux professionnels pour la réalisation de ces actions de prévention.

d) Les drogues illicites

Malgré l'interdiction de détention et de consommation de substances psychoactives en France, les teneurs en cannabis, cocaïne et héroïne sont en augmentation dans les saisies de stupéfiants depuis 2020⁷⁴.

La consommation de cannabis continue à se stabiliser (on passe de 45 % en 2017 à 46 % en 2020) avec une prédominance masculine de la consommation. 55 % des hommes déclarent avoir déjà consommé du cannabis contre 38 % des femmes. De plus, on assiste à

⁷² [Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr)

⁷³ [Disparités sociales face à la consommation d'alcool | Lutter contre la consommation nocive d'alcool : Politiques économiques et de santé publique | OECD iLibrary \(oecd-ilibrary.org\)](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/policy-reviews/health-reviews/france/health-reviews-france-2020)

⁷⁴ [Tabac : évolution des ventes de substituts nicotiniques - OFDT](https://www.ofdt.fr)

une augmentation de la part des femmes consommatrices et un vieillissement des usagers. Le mode de consommation du cannabis prédominant reste le joint à 94 %, suivi par le vapotage, l'ingestion alimentaire ou l'infusion en minorité⁷⁵. Concernant la consommation de cocaïne, elle est en hausse⁷⁵.

Les pathologies en lien avec la consommation de substances psychoactives sont multiples : intoxications aiguës telles que des surdoses parfois mortelles, complications locorégionales ou encore troubles psychiatriques.

L'usage de drogues est lui aussi traversé par de nombreuses inégalités sociales. Des études mettent en avant une consommation de cocaïne plus importante chez les individus au niveau socio-économique bas. De plus, le statut professionnel des parents apparaît fortement lié à la consommation de leurs enfants⁷⁶.

e) Les facteurs de risques environnementaux

Des travaux scientifiques démontrent depuis plusieurs années l'impact de l'environnement sur la santé. Les crises environnementales répétées contribuent au renforcement de la prise de conscience sociale et surtout politique de cet enjeu. La menace globale liée à la santé environnementale doit évidemment être intégrée massivement dans les dispositifs d'anticipation.

L'environnement néfaste (pollution, air, eau, bruit) et la dégradation des écosystèmes nuisent de plus en plus à la qualité de vie et à la santé des citoyens. Le ralentissement de l'activité durant le premier confinement au printemps 2020 a permis une diminution importante des niveaux de pollution et 2 300 décès ont été évités en lien avec une diminution de l'exposition aux particules. Chaque année, 40 000 décès chez les plus de 30 ans sont attribuables aux particules fines⁷⁷.

Les teneurs moyennes estivales en ozone sont globalement stables, contrairement aux autres polluants dont les concentrations moyennes annuelles montrent une tendance à la baisse. La pollution atmosphérique doit être considérée comme un domaine d'action prioritaire du fait de ses effets sur la santé en termes de morbidité et de mortalité, et de ses conséquences en termes de coût.

La pollution induit des effets aux niveaux respiratoire et cardiovasculaire pouvant conduire à des décès prématurés et contribue à l'aggravation de maladies telles que l'asthme, en augmentation depuis les années 2000 et dont l'origine est allergique dans la majorité des cas, mais aussi les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) dont 35 % sont liées à la pollution de l'air d'après OMS⁷⁸. Elle affecte plus particulièrement la santé de l'enfant depuis son plus jeune âge. L'impact sanitaire de polluants atmosphériques émergents, comme les particules ultrafines ou le carbone suie est également à considérer, suite aux travaux de l'Anses⁷⁹.

⁷⁵ [Usages du cannabis en France : premiers résultats du Baromètre santé de Santé publique France 2020 \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr/fr/actualites/2020/07/08/usages-du-cannabis-en-france-premiers-resultats-du-barometre-sante-de-santepubliquefrance.fr)

⁷⁶ Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés ». <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcrcq.pdf>

⁷⁷ [Pollution de l'air ambiant : nouvelles estimations de son impact sur la santé des Français \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr/fr/actualites/2020/07/08/pollution-de-l-air-ambiant-nouvelles-estimations-de-son-impact-sur-la-sante-des-francais)

⁷⁸ [Pollution de l'air et santé : quels liens et quels effets ? - Institut Pasteur de Lille \(pasteur-lille.fr\)](https://www.pasteur-lille.fr/fr/actualites/2020/07/08/pollution-de-l-air-et-sante-quels-liens-et-quels-effets)

⁷⁹ Qualité de l'air ambiant : l'Anses préconise la surveillance du 1,3-butadiène et un suivi renforcé des particules ultrafines (PUF) et du carbone suie [Internet]. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 2018 [cité 6 déc 2022]. Disponible sur:

Des inégalités sociales mais aussi territoriales demeurent : les zones agricoles sont particulièrement exposées à l'ammoniac tandis que les zones industrielles et les métropoles sont exposées au dioxyde de soufre. De plus, 70 % des 10 % des communes les plus pauvres sont exposées à la pollution de leurs sols contre 42 % pour les 10 % des communes les plus riches⁸⁰.

La pollution de l'air intérieur constitue également un facteur de risque environnemental non négligeable, du fait du temps moyen passé dans un habitat ou un espace clos estimé à 80 %. L'élaboration par le HCSP de l'outil Domiscore⁸¹, une grille multicritères, de 46 variables réparties en 16 thématiques, a pour objectif de caractériser un habitat selon son impact plus ou moins favorable sur la santé.

Source de pollution des sols, des eaux, sous forme de fragments de différentes tailles, le problème des déchets reste difficile à contrôler, s'agissant souvent de débris liés à des événements climatiques (notamment des événements extrêmes), des dépôts sauvages de déchets ou une gestion inappropriée par les particuliers ou les entreprises. Leur impact sanitaire mériterait donc d'être plus étudié⁸², afin de mieux comprendre leur ampleur (quelle part dans l'exposition aux dangers chimiques, par exemple) et mieux évaluer et compléter les leviers d'action déjà identifiés⁸³.

Les pesticides demeurent une problématique importante en lien avec les inquiétudes que peuvent susciter l'usage de certaines substances et leurs conséquences pour la santé. L'exposition aux pesticides dans le cadre d'une activité professionnelle (utilisation et/ou production et/ou manutention) est gérée et encadrée. En revanche, en ce qui concerne l'exposition directe ou indirecte des populations par inhalation, ingestion, contacts cutanés, le risque semble moins bien pris en compte dans sa globalité. La mise en évidence et la confirmation de présomptions fortes de liens entre certaines pathologies et l'exposition professionnelle aux pesticides doivent orienter les actions publiques vers une meilleure protection des populations, exposées à de multiples combinaisons de composés via l'alimentation et/ou en raison de leur proximité aux zones agricoles.

Les perturbateurs endocriniens (PE) sont des substances qui dérèglent le fonctionnement hormonal avec des effets néfastes sur la santé. On y retrouve des périodes de sensibilité plus ou moins importante tout au long de la vie, avec une sensibilité accrue à l'exposition notamment au cours de la période fœto-embryonnaire mais aussi durant l'adolescence, où des dérèglements hormonaux peuvent avoir des conséquences dramatiques sur le développement.

Or malgré une mobilisation sociétale et politique certaine, le système de santé ne concourt

<https://www.anses.fr/fr/content/qualit%C3%A9-de-l%E2%80%99air-ambiant-l%E2%80%99anses-pr%C3%A9conise-la-surveillance-du-13-butadi%C3%A8ne-et-un-suivi>

⁸⁰ Inégalités environnementales et sociales se superposent-elles ? | France Stratégie (strategie.gouv.fr)

⁸¹ Le Domiscore, caractérisation d'un habitat selon son impact sur la santé. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20200224_ledomcardunhabselsoni mpsurlasan.pdf

⁸² Ademe Caractérisation de la problématique des déchets sauvages (2019) <https://librairie.ademe.fr/dechets-economie-circulaire/2278-caracterisation-de-la-problematique-des-dechets-sauvages.html>

⁸³ Siddiqua A, Hahladakis JN, Al-Attia WAKA. An overview of the environmental pollution and health effects associated with waste landfilling and open dumping. Environ Sci Pollut Res [Internet]. août 2022 [cité 6 déc 2022];29(39):58514-36. Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/s11356-022-21578-z>

pas à une réflexion globale sur ces questions, que ce soit comme acteur ou comme victime des perturbations environnementales. Il doit s'approprié cette réflexion majeure afin d'anticiper des conséquences importantes (dangers sur les chaînes d'approvisionnement, empreinte environnementale des activités de soin, ressources...).

f) Les facteurs de risque sociaux et culturels

Les facteurs de risques sociaux et culturels tels que le niveau de littératie en santé, de revenus ou de vulnérabilité, agissant en synergie avec les déterminants environnementaux évoqués sont également à prendre en compte dans le cadre de l'approche « *Health in all policies* » (cf. *supra*), incluant les considérations sanitaires dans l'ensemble des domaines publics et à tous les niveaux.

C. Mais des indicateurs spécifiques plus contrastés : EVSI, mortalité prématurée, mortalité évitable ...

Malgré des indicateurs généraux globalement favorables et satisfaisants, certains indicateurs spécifiques traduisent une situation plus contrastée.

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) correspond au nombre d'années que peut espérer vivre une personne sans être limitée dans ses activités quotidiennes. Depuis 2008, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a progressé de 8,7 ans à 10,1 ans en 2018 chez les hommes et de 10 à 11,2 chez les femmes.

L'EVSI à la naissance a stagné entre 2008 et 2018 passant de 64,4 ans à 64,5 chez les femmes et de 62,7 ans à 63,4 ans chez les hommes⁸⁴. Durant cette même période, l'espérance de vie à la naissance passait de 84,3 à 84,3 ans chez les femmes et de 77,6 à 79,4 ans chez les hommes. Ainsi, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance progresse-t-elle toujours beaucoup plus vite que l'espérance de vie alors que l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans progresse au même rythme montrant la faible capacité du système de santé français à agir sur la mortalité prématurée, ou l'incapacité prématurée toutes deux relevant des politiques de prévention⁸⁵.

La contribution du HCSP à la SNS en 2017 avait souligné la surmortalité prématurée masculine en France. Cette évolution continue avec, en 2022, un taux de mortalité prématurée pour les hommes de 238 pour 100 000 personnes contre 123 pour les femmes⁸⁶.

De plus, après une diminution jusqu'en 2019, le taux de mortalité standardisé par âge a stagné à 1,8 pour 1 000 et a de nouveau augmenté en 2022 à 1,9 pour 1000.

D. Une augmentation des inégalités sociales de santé

Il ressort des différents rapports et données disponibles que les inégalités sociales et territoriales de santé continuent d'augmenter. Le HCSP reprend donc à son compte un

⁸⁴ https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiCq-PQ8K39AhXsX_EDHYirCzOQFnoECBoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.insee.fr%2Ffr%2Fstatistiques%2Ffichier%2F3281641%2Fesperance-vie_Bonne_Sante_2021.pdf&usg=AOvVawOn8rdzvtLhzJEswO2fvOh

⁸⁵ Espérance de vie sans incapacité. DREES 2019. https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/api/datasets/1.0/3457_esperance-de-vie-sans-incapacite/attachments/esperance_de_vie_et_esperance_de_vie_sans_incapacitexlsx/

⁸⁶ Taux de mortalité prématurée selon le sexe. Insee <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383442>

certain nombre de constats présentés précédemment.

La question des inégalités de santé et de la promotion de la santé est bien intégrée dans les politiques publiques, du moins dans les discours. Si on fait le bilan de la précédente SNS en termes de réduction des inégalités et malgré des dispositifs d'« aller-vers » qui se sont amplifiés durant la crise de Covid-19, il est nécessaire de mettre en place des politiques finançant des dispositifs spécifiques.

Les inégalités sociales sont retrouvées dans la quasi-totalité des indicateurs évoqués. Les 13 ans d'écart d'espérance de vie entre les individus les plus aisés (5%) et les individus les moins aisés (5%) sont de ce point de vue éloquent. Les causes de ces inégalités sont diverses, s'agissant de facteurs sociaux associés à des comportements.

L'égalité de l'accès aux soins a beau être un pilier du système de santé français, les retards aux soins voire les renoncements aux soins sont importants et augmentent. Ils ne touchent pas toute la population de la même façon, les plus précaires étant davantage concernés. Ces inégalités d'accès aux soins demeurent et résonnent avec les inégalités de ressources humaines. La société risque de payer assez longtemps les difficultés d'accès aux soins et l'interruption de soins dues à cette crise, que ce soit sur les pronostics des pathologies ou la prise en charge.

Concernant les inégalités sociales face aux maladies chroniques, le développement de ces pathologies concerne davantage les personnes les plus modestes. Entre 2016 et 2017, les 10% les plus modestes de la population développent plus souvent une maladie chronique que les 10% les plus aisés, à âge et sexe comparables. La prise en charge des maladies chroniques est un champ dans lequel notre système de santé doit largement progresser. Dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2018, de nombreux modèles sont expérimentés, souvent sous la forme d'épisodes de soins financés de manière forfaitaire, parfois communs entre la ville et l'hôpital.

Enfin, les inégalités d'accès à la prévention se poursuivent également. Le recours au dépistage est plus fréquent parmi les catégories sociales les plus aisées. Des données de 2019 de la cohorte épidémiologique Constances indiquent que les femmes qui n'étaient pas à jour pour le dépistage du cancer du sein avaient en majorité un revenu faible.

E. Et de très fortes tensions observées dans le système de soins

a) Une augmentation du poids des maladies chroniques

Les données pour l'année 2021 du Rapport Charges et Produits de la CNAM publié en juillet 2022 concernant les maladies chroniques et présentées précédemment traduisent leur augmentation et leur poids sur le système de santé⁸⁷. Le HCSP souhaite rappeler certains constats présents dans ce rapport.

En 2020, 36% de la population a été prise en charge pour une pathologie et/ou un traitement chronique, pour une dépense moyenne de 4 360 €.

Concernant la prise en charge, 5,2 millions de patients ont été pris en charge pour maladies cardio-neurovasculaires, constituant les maladies chroniques les plus importantes, suivies par le diabète avec 4 millions de patients pris en charge, puis par les cancers pour 3,3 millions de patients.

Les dépenses globales concernant les traitements associés à ces pathologies ont augmenté, avec une augmentation de 6,2 % concernant les traitements psychotropes par rapport à

⁸⁷ [Publications : Rapport Charges et produits | L'Assurance Maladie \(ameli.fr\)](#)

2019. L'évolution est moindre pour les traitements liés au diabète avec une augmentation des dépenses de 4,5 %.

De plus, 95 % des patients en ALD ont pu disposer d'un médecin traitant durant l'année.

b) Une réponse sous-optimale à une crise infectieuse prévue et prévisible

Le rapport de la Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, créée en juin 2020 à la demande du président de la République⁸⁸ a permis d'évaluer la réponse du système de santé à la crise sanitaire.

Son objectif est d'évaluer l'impact sanitaire, économique et social de la crise en France et d'en effectuer une comparaison internationale, de formuler une réflexion sur la réponse apportée à la crise ainsi que des recommandations, le tout dans un objectif de rendre le pays plus réactif et résilient aux crises sanitaires.

➤ Les impacts de la crise sur le système de soins en France

Bonne illustration de l'impact qu'aura eu la crise sanitaire, la France est placée dans le groupe des pays ayant été très affectés par la pandémie de Covid-19 en 2021.

Bien que le virus ait entraîné des formes aspécifiques chez la majorité des individus, rendant la détection des cas plus complexe, 20 à 30 % d'entre eux ont développés des complications. Cela s'est traduit par un total de plus de 300 000 hospitalisations et 87 000 décès dénombrés au 1^{er} mars 2021 dont, uniquement durant le premier confinement, 100 000 patients hospitalisés et 20 % d'entre eux en service de réanimation. On relève des disparités importantes concernant les contaminations et l'évolution de la maladie, relatives à l'âge ou encore à la région d'appartenance.

Parallèlement, un impact plus indirect de la crise est également à appréhender, dont les effets seront visibles dans les prochaines années. Ils résultent notamment des déprogrammations ou des retards de diagnostics relevant de la réorganisation du système de soins.

En effet, une nette réduction de la consommation de soins en raison de la diminution de son offre mais aussi du renoncement aux soins des patients a été observée en 2020. En novembre de la même année, l'activité médicale était inférieure de 15 % celle de l'année précédente. De plus, entre mars et mai 2020, l'activité hospitalière s'est fortement contractée (moins de 58% pour la chirurgie et moins de 39 % pour la médecine). La chirurgie a également été particulièrement touchée avec des déprogrammations massives. En conséquence, l'activité de greffe d'organe a subi un quasi-arrêt au cours du confinement avec un recul de l'activité de 27 % sur les neuf premiers mois de l'année 2020 par rapport à 2019. Concernant la cancérologie, les activités diagnostiques ou thérapeutiques ont également diminué.

Enfin, une baisse de l'activité des professionnels de santé libéraux a été notable en raison de la prise en charge principalement hospitalière des cas Covid-19 mais aussi du manque d'équipements (protection individuelle) et de l'inquiétude provoquée par la contamination. En avril 2020, leur activité aura diminué avec une réduction du temps de travail, entre 13 et 24% pour 90% d'entre eux.

➤ La gestion et la réponse apportée par le système de soins

Plusieurs constats concernant la gestion de la crise et la réponse associée sont apportés.

⁸⁸ Gestion crise covid et anticipation de risques pandémiques rapport final | vie-publique.fr

Malgré les multiples signalements, la potentielle gravité de la crise sanitaire a été sous-estimée par les autorités. Le niveau de préparation opérationnelle (stocks de masques et tests, système d'information) était insuffisant, résultant d'un ensemble de facteurs structurels et conjoncturels, ainsi que d'un manque d'anticipation.

Rapidement, des mesures de prévention et d'isolement ont été mises en place, bien que drastiques, elles se sont révélées efficaces sur le moment.

Concernant le système de soins, la réactivité et la mobilisation inédites des professionnels auront permis de faire face à la situation d'urgence. Le déclenchement du plan blanc en mars 2020 avec la réorganisation de l'offre hospitalière ayant atteint un doublement des capacités de réanimation mais aussi l'extension et la reconversion de certains services hospitaliers aura également permis de répondre aux besoins. La saturation des capacités dans les régions les plus touchées aura été évitée grâce à l'organisation de 660 transferts inter-régionaux. Les soignants se sont vus particulièrement mobilisés, avec un investissement personnel encore plus important se traduisant par de nombreuses heures supplémentaires. Certains soignants se sont aussi vu être mobilisés dans d'autres régions nécessitant des renforts. Enfin, cet engagement a eu aussi un prix en termes de santé se traduisant notamment par la contamination de nombreux soignants.

Le développement des téléconsultations a été spectaculaire, passant de moins de 5 000 par semaine avant la crise à plus de 600 000 au plus fort du confinement. Bien que ne compensant pas une consultation en présentiel, les téléconsultations auront permis de maintenir un suivi minimal pour les patients durant cette période.

Ainsi, la crise a pesé très lourdement sur le système de soins français avec probablement des effets retardés encore mal évalués. Des changements importants ont été observés mais il est encore difficile de considérer qu'ils seront durables. Il faut souligner aussi la réactivité et l'adaptation du système hospitalier durant cette période dont on peut considérer qu'elle a été le révélateur de faiblesses sous-jacentes.

c) Un système de santé publique ne répondant plus aux attentes

La crise sanitaire que nous avons traversée aura mis en exergue les faiblesses de l'ensemble des systèmes de santé. Dans son rapport, Didier Pittet énumère plus spécifiquement celles du système de santé publique :

- Dispersion des équipes de recherche ;
- Déficit d'image et de légitimité de Santé publique France ;
- Déficit de culture de prévention du risque infectieux tant chez les professionnels de santé que dans la population ;
- Lacunes en matière d'épidémiologie de terrain ;
- Limites des systèmes d'informations en santé qui ne permettent pas de répondre aux besoins d'information et d'indicateurs nécessaires au pilotage d'une crise.

Ces faiblesses sont le résultat, entre autres, d'une allocation déséquilibrée des ressources financières entre les soins et la prévention. Ainsi, une évolution peu favorable de certains indicateurs de santé et un manque de prise en compte de certains déterminants sont observés.

Le rapport demandé par le ministre des Solidarités et de la Santé fait un diagnostic et des propositions pour adapter le système de santé publique à de nouveaux enjeux, notamment démographiques et épidémiologiques comme cela a été le cas dans d'autres pays⁸⁹. Il doit

⁸⁹ [Contribution relative à la mission de refondation de la santé publique \(hcsp.fr\)](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf) .
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

évoluer vers un système qui :

- Anticipe, s'adapte rapidement et progresse (enjeux de la prospective, de la recherche et de l'innovation en santé) ;
- Soit clair, lisible, démocratique et décloisonné ;
- Contribue à la définition des politiques sanitaires et des autres politiques publiques (enjeux des approches HIAP et « *One Health* ») ;
- Est efficace.

De plus, cette évolution nécessite un modèle cible tel que le modèle proposé par l'OMS (*WHO global strategy on people-centred and integrated health services*), permettant une vision globale afin de mieux répondre à l'ensemble des enjeux.

Ainsi le constat fait en 2017 sur la base des indicateurs disponibles est confirmé voire amplifié. Les écarts entre l'évolution de l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité à la naissance illustrent une spécificité du système de santé français tourné massivement vers les soins. Il est vrai que les effets de la SNS 2018-2022, qui comportait un important volet consacré à la prévention et à la promotion de la santé ne peuvent pas être appréciés du fait du retard à la production des indicateurs nécessaires, au délai nécessaire pour que les actions entreprises puissent produire leurs effets, mais surtout en raison de la pandémie qui a été responsable d'un grand nombre de décès et ce, très majoritairement, chez des personnes âgées porteuses de maladies chroniques. D'autres données montrent de plus les faiblesses du système de soin d'une part et du système de santé publique complétant ainsi le bilan démographique et épidémiologique.

2. Les trois menaces pour la santé des Français identifiées en 2017 persistent, se modifient et s'intensifient

A. L'environnement une menace pour la santé à court terme malgré les PNSE

La contribution du HCSP à la SNS 2017-2022, publiée en septembre 2017, mettait en exergue cinq risques sanitaires liés à l'exposition aux polluants et aux toxiques environnementaux :

- Les impacts des expositions environnementales sur la santé dont la pollution atmosphérique et l'exposition aux pesticides,
- Les expositions très variables à ces risques, en fonction de l'âge, de l'état de santé, de la susceptibilité génétique, du lieu ou du mode de vie, qui impliquent de prendre en considération les diverses sources de pollution, la totalité des voies d'exposition à un polluant ou une nuisance et les interactions entre polluants (notion d'« exposome »),
- Les inégalités socio-territoriales liées à l'environnement, qui sont la résultante d'une inégalité d'exposition, souvent cumulée dans le temps, et à une inégalité de vulnérabilité aux effets de cette exposition,
- Les risques émergents qui doivent être quantifiés, tels que les nanotechnologies, les ondes électromagnétiques ou les perturbateurs endocriniens, associés à des incertitudes sur leurs impacts sanitaires ainsi que sur les difficultés d'évaluation de leurs dangers,
- La question des impacts sanitaires du changement climatique, enjeu majeur, avec

notamment les risques microbiologiques environnementaux et les maladies à vecteurs ainsi que les phénomènes climatiques extrêmes, affectant plus particulièrement les populations vulnérables, sujets en situation de précarité ou les personnes âgées.

En mars 2022, le HCSP a publié une évaluation globale des trois premières générations de Plans nationaux Santé Environnement (PNSE), en portant un regard sur quinze ans (2014 – 2019) de mise en œuvre des PNSE et de leur déclinaison dans les plans régionaux (PRSE), leur lien avec les plans sectoriels et les politiques européennes. L'objectif était ainsi de faire ressortir les facteurs et leviers de changement des actions sélectionnées, les progrès accomplis mais aussi les freins rencontrés et de dégager des enjeux prioritaires pour le futur dans le domaine santé environnement.

Les thématiques choisies pour l'évaluation faisaient l'objet d'une certaine continuité dans les trois générations de plans, pour analyser l'évolution des actions, mais analysaient aussi des sujets émergents, afin de comprendre comment les enjeux « nouveaux » ont été définis et intégrés dans les générations successives de PNSE.

Quatre thématiques ont été retenues :

- Polluants réglementés de l'air extérieur et pollens allergisants,
- Environnement intérieur (qualité de l'air dans les crèches et les écoles, radon, légionellose, habitat dégradé),
- Risques dits émergents (nanomatériaux, ondes électromagnétiques, perturbateurs endocriniens),
- Produits chimiques et leurs usages (produits chimiques dans les biens de consommation, dans l'alimentation, et dans l'environnement aquatique).

Des sujets transversaux ont aussi été abordés :

- Perception des populations concernant les risques environnementaux
- Information, communication, sensibilisation, formation
- Politiques de santé – environnement dans les pays de l'Europe

Le HCSP considère que le champ de la santé environnementale est d'autant plus vaste, qu'il prend en compte dans leur ensemble les facteurs environnementaux auxquels l'individu est exposé tout au long de sa vie (exposome), comme par exemple le changement climatique ou la pollution de l'air et les expositions à des substances dans les milieux qui entourent et constituent le cadre de vie (habitat en zone rurale ou urbaine, qualité du logement), les habitudes de consommation (alimentation, produits du quotidien et de consommation courante) ou le cadre de travail de la population. Ainsi environnement et santé sont étroitement liés et les interactions nombreuses.

Le HCSP souligne que les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux déterminent l'état de santé des individus ou des populations, selon l'OMS, et que les facteurs environnementaux et les risques sanitaires qui leur sont associés, sont identifiés comme des déterminants majeurs de santé chez l'homme et nécessitent une approche intégrée, en y associant le concept d'une seule santé (« *One Health* »).

Le HCSP propose, après une analyse des risques environnementaux les plus préoccupants, cinq domaines d'actions à prendre en compte dans une perspective de prévention des risques et de promotion de la santé environnementale :

- le changement climatique,
- la pollution chimique environnementale,
- la pollution atmosphérique,
- les espaces clos (habitat, établissements recevant du public, lieux de travail, ...),
- la transformation numérique.

a) Le changement climatique

Le changement climatique est responsable de nombreux problèmes pouvant impacter la santé humaine. C'est le cas des problèmes d'alimentation et d'accès à l'eau, des phénomènes météorologiques extrêmes (canicules, sécheresse, tempêtes, cyclones, inondations...), de la perte de biodiversité en particulier sur le développement des maladies infectieuses et des effets synergiques avec d'autres expositions environnementales. Il a également pour conséquence la précarité énergétique dans les logements (aggravée par la crise actuelle), les effets sanitaires liés au froid ou au chaud, le développement des moisissures, constaté en Europe sur le maïs et les céréales en particulier.

b) La pollution chimique environnementale

Cette pollution est multiple et change de nature depuis quelques années avec de nouveaux risques alors que les pollutions liées aux énergies fossiles semblent mieux contrôlées.

- Les microplastiques (taille allant de 5 millimètres à quelques centaines de nanomètres) et les nanoplastiques (taille inférieure à 0,1µm)

Ils sont présents dans les nappes phréatiques et dans les océans, avec pour ces derniers plus de 24,4 milliards de particules⁹⁰. Une étude a aussi montré une grande variabilité intra et interpays dans l'eau du robinet⁹¹. Leur présence a été détectée tout au long de la chaîne alimentaire (lait, coquillages, fruits et légumes, eaux embouteillées dans du plastique recyclé...)⁹². L'Homme est ainsi exposé par le biais de l'environnement et de l'alimentation (voies respiratoire et orale).

- Les per et polyfluoroalkylés (PFAS) sont des polluants organiques persistants

Reconnus comme perturbateurs endocriniens, les PFAS se retrouvent dans tous les compartiments de l'environnement : l'eau de pluie, même dans les endroits les plus reculés de la planète, serait polluée par ces substances jugées nocives pour notre santé. Les PFAS sont des substances à longue durée de vie qui peuvent contaminer la nourriture et s'accumuler dans le corps humain. Ils ont une large utilisation dès les années 1950 dans de nombreux produits de la vie courante, comme les vêtements, les mousses à incendie, les emballages au contact des denrées alimentaires etc.⁹³. Les PFAS, très persistants dans l'environnement et bioaccumulables dans la chaîne alimentaire se retrouvent dans la liste des perturbateurs endocriniens dits « *dirty dozen* » de l'*Environmental Working Group* (EWG)⁹⁴.

⁹⁰ Isobe A, Azuma T, Cordova MR, Cózar A, Galgani F, Hagita R, et al. A multilevel dataset of microplastic abundance in the world's upper ocean and the Laurentian Great Lakes. *Micropl&Nanopl.* déc 2021;1(1):16.

⁹¹ Kosuth M, Mason SA, Wattenberg EV. Anthropogenic contamination of tap water, beer, and sea salt. Zhou Z, éditeur. *PLoS ONE.* 11 avr 2018;13(4):e0194970

⁹² Cox KD, Covernton GA, Davies HL, Dower JF, Juanes F, Dudas SE. Human Consumption of Microplastics. *Environ Sci Technol.* 18 juin 2019;53(12):7068-74

⁹³ Rodgers KM, PFAS are showing up in children's stain- and water-resistant products – including those labeled 'nontoxic' and 'green', May 5, 2022, Disponible sur https://theconversation.com/pfas-are-showing-up-in-childrens-stain-and-water-resistant-products-including-those-labeled-nontoxic-and-green-182215?utm_source=linkedin&utm_medium=bylinelinkedinbutton.

⁹⁴ Guide de l'EWG sur les perturbateurs endocriniens <https://www.ewg.org/consumer-guides/dirty-dozen-endocrine-disruptors#lead>.

➤ Les nanomatériaux

Ils sont notamment utilisés dans l'agriculture afin d'apporter différentes fonctions telles que :

- Augmenter la solubilité du principe actif du pesticide ;
- Diminuer et cibler le relargage du pesticide, le protéger d'une dégradation prématurée ;
- Utiliser un principe actif directement.

Les nanoparticules elles-mêmes ne sont pas dégradées et pourraient même prendre le relai d'une action néfaste initiée par les pesticides.

De nombreuses questions restent sans réponse quant aux facteurs déterminant et favorisant l'apparition chez l'Homme de maladies neurodégénératives, notamment les synucléinopathies (type maladie de Parkinson ou démence à corps de Lewy). Dans un contexte d'exposition croissante aux nanomatériaux, notamment dans un usage agricole, il y a un besoin urgent de caractériser les effets neurotoxiques possibles de nano-objets mimant des scénarios d'exposition réaliste^{95 96}.

➤ Les pesticides

Ils contaminent de nombreux milieux environnementaux (eau, sol, air) et suscitent des inquiétudes quant à l'usage de certaines substances et à leurs conséquences pour la santé. Si l'exposition aux pesticides dans le cadre d'une activité professionnelle (utilisation et/ou production et/ou manutention) est gérée et encadrée, le risque lié à l'exposition directe ou indirecte des populations par inhalation, ingestion, contacts cutanés, est en revanche moins bien pris en compte dans sa globalité. La mise en évidence et la confirmation de présomptions fortes de liens entre certaines pathologies et l'exposition professionnelle aux pesticides doivent orienter les actions publiques vers une meilleure protection des populations, exposées à de multiples combinaisons de composés via l'alimentation et/ou en raison de leur proximité aux zones agricoles.

➤ Le cadmium

Il peut induire, lors d'expositions prolongées chez l'Homme, une atteinte rénale, une fragilité osseuse, des effets sur l'appareil respiratoire, des troubles de la reproduction ainsi qu'un risque accru de cancer. Il est nécessaire de s'interroger sur les sources d'exposition au cadmium : source alimentaire particulière (ex. algues), sources environnementales (ex. engrais) ou toute autre source (ex. tabagisme).

➤ Les déchets

Ils sont une source de pollution des sols, des eaux de surface et souterraines, sous forme de fragments de différentes tailles (macro puis micro puis nano déchets/particules) dans les hydrosystèmes et pourraient donner lieu à des émissions de micro/nano particules et de produits chimiques dangereux pour la santé et/ou l'environnement. Le problème des déchets difficiles à contrôler (débris liés à des événements climatiques notamment les événements extrêmes), les dépôts sauvages de déchets ou les gestions de déchets

⁹⁵ Hamdaoui Q, Zekri Y, Richard S, Aubert D, Guyot R, Markossian S, et al. Prenatal exposure to paraquat and nanoscaled TiO₂ aerosols alters the gene expression of the developing brain. *Chemosphere*. janv 2022;287(Pt 3):132253.

⁹⁶ Hamdaoui Q, Bencsik A, Flamant F, Delcour S, Macé T, Vaslin-Reimann S, et al. Metrological Characterization of an Aerosol Exposure Chamber to Explore the Inhalation Effects of the Combination of Paraquat and TiO₂ Nano-objects. *Aerosol and Air Quality Research*. 2021;21(8):200626.

inappropriées, provenant de particuliers et d'entreprises, et de leur impact sanitaire mériterait d'être plus étudié⁹⁷, afin de mieux comprendre leur ampleur (quelle part dans l'exposition aux dangers chimiques par exemple ?) et mieux évaluer et compléter les leviers d'action déjà identifiés⁹⁸. Ce problème pourrait en effet être difficile à résorber voire pourrait empirer, avec le contexte socio-économique pouvant motiver les dépôts sauvages, et l'effet du changement climatique sur les déchets générés par les catastrophes naturelles. Cela pourrait contrecarrer les efforts conduits par ailleurs pour améliorer la qualité des hydrosystèmes.

➤ La pollution atmosphérique

Les teneurs moyennes estivales en ozone sont globalement stables, contrairement aux autres polluants dont les concentrations moyennes annuelles montrent une tendance à la baisse. La pollution atmosphérique doit être considérée comme un domaine d'action prioritaire du fait de ses effets sur la santé en termes de morbidité et de mortalité, et de ses conséquences en termes de coût⁹⁹.

➤ Les espaces clos (habitat, établissements recevant du public, lieux de travail ...)

Un individu sous nos latitudes passe en moyenne 80 % de son temps dans son habitat et dans des espaces clos,

c) *La transformation numérique*

Certains usages sont suspectés d'être en lien avec des effets sur le développement cognitif (chez l'enfant), les relations sociales, des troubles physiques, des effets cognitifs, une charge psychique et émotionnelle accrue et du technostress. Le numérique met en exergue les inégalités sociales et générationnelles avec par exemple les « exclus du numérique », ou le jeune enfant qui, par le biais de son environnement familial, peut être en situation de vulnérabilité. Enfin, directement liés à l'utilisation des objets connectés et le niveau d'exposition aux radiofréquences, les avis de l'Anses recommandent des études sur le sujet compte tenu du faible nombre de données existantes.

Les risques pour la santé en relation avec l'environnement sont donc nombreux et il faut noter les progrès qui ont été faits dans la maîtrise de certains d'entre eux. Toutefois le HCSP souhaite attirer l'attention sur trois points dans ce domaine : les effets multiples et encore mal documentés du changement climatique qui nécessite d'être abordé dans son ensemble sous l'angle de la santé comme le HCSP l'avait fait en 2015¹⁰⁰ ; les risques liés à la pollution

⁹⁷ Ademe Caractérisation de la problématique des déchets sauvages (2019)

<https://librairie.ademe.fr/dechets-economie-circulaire/2278-caracterisation-de-la-problematique-de-dechets-sauvages.html>.

⁹⁸ Siddiqua A, Hahladakis JN, Al-Attia WAKA. An overview of the environmental pollution and health effects associated with waste landfilling and open dumping. Environ Sci Pollut Res [Internet]. août 2022 [cité 6 déc 2022];29(39):58514-36. Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/s11356-022-21578-z>

⁹⁹ Qualité de l'air ambiant : l'Anses préconise la surveillance du 1,3-butadiène et un suivi renforcé des particules ultrafines (PUF) et du carbone suie [Internet]. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 2018 [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/qualit%C3%A9-de-l%E2%80%99air-ambiant-l%E2%80%99anses-pr%C3%A9conise-la-surveillance-du-13-butadi%C3%A8ne-et-un-suivi>

¹⁰⁰ Impacts sanitaires de la stratégie d'adaptation au changement climatique. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=523>

de l'air qui évoluent et qui nécessitent des réponses adaptées tant lors des situations de crise que de façon permanente ; les risques émergents dont les effets sont peu ou mal connus. À ce titre la transformation numérique massive de la société française doit être appréciée de façon urgente sous l'angle de la santé de la population.

B. La prise de conscience des risques infectieux pourtant annoncés

La pression qu'exercent les risques infectieux avait déjà été identifiée en 2017, elle a été confirmée par la pandémie de Covid-19 et de nouvelles problématiques sont apparues.

En 2021 (par rapport à 2020), la consommation d'antibiotiques en secteur de ville a enregistré une reprise de 5 % en Dose définie journalière (DDJ) et 6 % en nombre de prescriptions. La France reste au 4^e rang européen depuis 2018 des pays les plus consommateurs selon les données de la surveillance ESAC-Net¹⁰¹. En conséquence de cette consommation importante, on observe une poursuite de la résistance bactérienne aux antibiotiques, déjà évoquée en 2017 et qui devient un phénomène global et préoccupant. Pour essayer de maîtriser cette menace, la France a adopté une stratégie de lutte contre l'antibiorésistance (Cf infra)¹⁰².

En 2017, on relevait 10,2 % de résistance chez *Escherichia coli* avec une tendance à la diminution. Entre 2017 et 2021, la résistance de *Klebsellia pneumoniae* est passée de 28,8 % à 25,4 % et la tendance est à la baisse mais une augmentation a lieu au niveau européen¹⁰³.

Parallèlement, l'épidémie de Covid-19 en France a fait revenir à la surface la vaccination et les enjeux associés. En 2020, on note une poursuite de l'augmentation de l'adhésion à la vaccination avec 80 % des personnes interrogées qui déclarent y être favorables contre 73,9 % en 2019¹⁰⁴. Cependant, la couverture vaccinale concernant certains agents infectieux reste insuffisante malgré des signaux positifs. Après une forte diminution entre 2011 et 2015, la couverture vaccinale anti-HPV a augmenté entre 2016 et 2018 pour atteindre 23,7 % pour le schéma complet à 16 ans¹⁰⁵. Concernant la couverture vaccinale contre la grippe, elle concernait 52,6 % de la population éligible en 2020, encore loin de l'objectif de 75 % fixé par l'OMS.

Le changement climatique aura également d'importantes conséquences sur la santé humaine, notamment en termes de risque infectieux, par différents mécanismes, et notamment à travers :

- L'expansion de nombreux réservoirs animaux, notamment murin, et « l'émergence adaptative » favorisant le franchissement des barrières d'espèces pour les zoonoses ayant jusqu'alors épargné l'Humain ;
- L'expansion en densité comme en territoires infestés des moustiques et des acariens, d'où une augmentation d'incidence des maladies vectorielles ;

¹⁰¹ [Consommation d'antibiotiques et prévention de l'antibiorésistance en France en 2021 : où en sommes-nous ? \(santepubliquefrance.fr\)](https://santepubliquefrance.fr)

¹⁰² Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2022-2025_prevention_des_infections_et_de_l_antibioresistance.pdf

¹⁰³ [Résistance aux antibiotiques – Santé publique France \(santepubliquefrance.fr\)](https://santepubliquefrance.fr)

¹⁰⁴ [Bulletin de santé publique vaccination. Mai 2021 \(vaccination-info-service.fr\)](https://santepubliquefrance.fr)

¹⁰⁵ [Évolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France - 2008-2018 \(santepubliquefrance.fr\)](https://santepubliquefrance.fr)

- La diminution de la biodiversité pouvant contribuer à augmenter le risque de transmission de certaines infections à l'Humain ;
- Les déplacements populationnels conduisant à des zones sur-denses favorisant des transmissions interhumaines ;
- La problématique toute particulière des migrants et réfugiés, pouvant apporter des infections nouvelles sur un territoire jusqu'alors indemne ;
- Le défaut de sécurisation de la chaîne hydrique et alimentaire, favorisant les infections entériques ;
- La fragilisation des populations, indépendamment même du vieillissement attendu, rendant l'hôte davantage susceptible.

Par ailleurs plusieurs risques infectieux doivent être surveillés et pris en compte de façon spécifique dans une réflexion de santé globale (« *One Health* ») afin d'anticiper les mesures à mettre en place tels que :

- La surveillance des maladies à transmission vectorielle, en particulier les maladies transmises par les moustiques (*Aedes* notamment) ;
- La surveillance des zoonoses résultant de l'évolution des modes de vie (plus de proximité avec les animaux sauvages, nouveaux animaux de compagnie... ;
- La surveillance des risques spécifiques des territoires ultramarins en prenant en compte l'augmentation des risques, notamment infectieux, liés au changement climatique ;
- La prise en compte du risque de réémergence de maladies considérées comme éradiquées (variole) et/ou pour lesquelles l'immunité collective est insuffisante ;
- La prise en charge spécifique des personnes infectées à l'étranger par des micro-organismes hautement pathogènes ou résistants aux antibiotiques.

La pandémie récente a rappelé l'importance de préparer les systèmes de santé à ce type de crise. L'émergence de nouvelles pathologies infectieuses dont les maladies vectorielles, la progression de l'antibiorésistance malgré une prise de conscience mondiale, européenne et nationale et la résistance des populations à la vaccination perdure et confirme le diagnostic fait par le HCSP en 2017. La préparation aux maladies émergentes infectieuses favorisées par le changement climatique est difficile. Les étapes initiales pour identifier un phénomène infectieux émergent, et pour y répondre en premier recours constituent un défi qui nécessite à la fois une bonne évaluation médicale du risque, une capacité à gérer l'urgence et à activer l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en place d'une réponse sanitaire adaptée.

C. Le poids des maladies chroniques qui augmente et pèse sur le système

Associée à la transition démographique entamée en Europe au XVIIIe siècle, provoquant une faible mortalité et une faible natalité, s'ajoute une transition épidémiologique dominée par les maladies chroniques.

Elles sont définies comme « *des maladies de longue durée, évolutives, souvent associées à une invalidité et à la menace de complications graves* ». Leurs origines sont multiples : maladies non-transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers), maladies transmissibles (VIH/sida, hépatite C), maladies rares (mucoviscidose) ou encore troubles mentaux de longue durée (dépression, troubles du comportement alimentaire addictions). L'augmentation des maladies chroniques est double : augmentation de l'incidence par augmentation de l'exposition à des facteurs de risque et diminution d'autres causes de décès ; augmentation de la prévalence liée à une diminution de la mortalité liée aux progrès thérapeutiques.

En 2016, 18 % des patients ayant consommé des soins étaient en ALD et ils représentaient 43 % des personnes hospitalisées en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)¹⁰⁶. En 2019, la sollicitation pour hospitalisation la plus importante était pour l'appareil digestif, suivi des tumeurs puis de l'appareil circulatoire.

En conséquence, on relève une augmentation des dépenses associées aux maladies chroniques. En 2020, 62 % des dépenses de la Cnam (soit 104 millions d'euros) sont associées aux pathologies et traitements chroniques pour un tiers des assurés (environ 36 % soit 24 millions de personnes). Parmi ces 62 %, 36% concernent la santé mentale, les cancers et les maladies cardiovasculaires¹⁰⁷.

De nombreuses inégalités sociales liées aux maladies chroniques perdurent, avec notamment une fréquence d'apparition des maladies chroniques plus élevée chez les personnes aux revenus les plus faibles. En effet, les personnes dont le niveau de vie est inférieur au premier décile de niveau de vie développent 2,8 fois plus souvent un diabète que celles dont le niveau de vie est supérieur au dernier décile. Les maladies chroniques du foie, du pancréas ainsi que les maladies psychiatriques sont des pathologies dans lesquelles les inégalités sont très marquées.

En revanche, les constats sont différents pour les cancers¹⁰⁸.

Comme en 2017, le HCSP retient le poids des maladies chroniques comme une pression importante, voire une menace à terme, sur le système de santé et particulièrement le système de soins en France. Les différentes analyses confirment l'augmentation de cette pression depuis plusieurs années notamment du fait des progrès de la thérapeutique sans diminution de l'incidence. Ainsi en 2020, 36 % des Français ont été pris en charge pour un épisode de soins en lien avec une pathologie chronique. Il devient donc urgent de mettre en place des politiques agissant à terme sur l'incidence des pathologies chroniques.

3. De nouveaux éléments depuis 2017

A. La santé mentale : un problème majeur mis en avant par la crise Covid-19

La santé mentale est une composante essentielle de la santé globale telle que définie par l'OMS dans sa constitution de 1948, à savoir un état de complet bien-être physique, mental et social (OMS, 1999). Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale va au-delà d'une absence de troubles psychiques ou de handicap mental et implique un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. Ainsi, la notion de santé mentale recouvre aussi bien les problèmes de santé mentale que la santé mentale positive.

a) Constat

¹⁰⁶ [Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2020 | L'Assurance Maladie \(ameli.fr\)](#)

¹⁰⁷ [Dépenses de santé : concentration sur les maladies chroniques et poids important de la santé mentale | ameli.fr | Pharmacien](#)

¹⁰⁸ L'état de santé de la population en France <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf>

La crise Covid-19 a révélé la faible culture de la population française dans le domaine de la santé mentale, la faiblesse des actions de prévention et de promotion consacrées à cette dimension de la santé, ainsi qu'un déficit de coordination et de lisibilité de l'offre de recours.

La dégradation de la santé mentale des Français a constitué un lourd tribut payé à la crise et aux mesures destinées à gérer la crise. Les résultats les plus récents de l'enquête CoviPrev (vague 36 du 5 au 9 décembre 2022) menée par Santé publique France présentent des indicateurs de santé mentale détériorés lorsqu'on les compare à la période ayant précédé la crise. Ainsi les indicateurs en lien avec la satisfaction de vie, l'état dépressif, l'anxiété, les problèmes de sommeil, et les pensées suicidaires sont tous dégradés¹⁰⁹. Les variations observées au sein de la population vont de pair avec le degré de précarité et l'âge des répondants à l'étude. Les problèmes d'emploi, de finance et de logement ressortent comme des facteurs importants d'aggravation des indicateurs de santé mentale. L'âge est également un déterminant important. Le groupe des 18-24 ans présente notamment une forte prévalence d'états anxieux et de pensées suicidaires.

Concernant les problèmes de santé mentale, il est important de faire la distinction entre la souffrance (ou détresse) psychique et les troubles psychiques.

- La définition de la souffrance psychique a été formalisée par l'OMS en 2005 et reprise en France par Santé publique France comme étant un « état de mal-être se manifestant le plus souvent par des symptômes anxieux et dépressifs réactionnels à des situations éprouvantes et par des difficultés existentielles, sans être forcément révélateur d'un trouble mental »¹¹⁰. Ces états peuvent se rapprocher des symptômes constitutifs des troubles psychiques, mais ils sont de moindre intensité et/ou de plus courte durée. Contrairement aux troubles psychiques dont l'étiologie est multifactorielle et repose sur la combinaison de déterminants exogènes (sociaux et psychologiques) et endogènes (dont des facteurs génétiques), la souffrance psychique est principalement la conséquence de déterminants sociaux. Il n'existe toutefois pas de seuil net entre souffrance et trouble du fait de l'existence d'un continuum en termes de vulnérabilité qui s'exerce au niveau de chaque dimension symptomatique (dépressive, maniaque, psychotique, anxieuse, etc.).
- Les troubles psychiques se caractérisent par des perturbations émotionnelles, cognitives et comportementales entraînant une souffrance psychique et/ou des problèmes de fonctionnement personnel et social. Ces troubles psychiques sont répertoriés au sein de deux classifications qui font consensus au niveau international aussi bien dans le domaine de la pratique clinique que dans celui de la recherche. Ces deux classifications permettent aux professionnels du soin et aux chercheurs de parler des mêmes réalités, d'échanger et de faire de la recherche sur des entités bien définies, facilitant ainsi l'évolution des connaissances. Elles permettent le diagnostic notamment des troubles dépressifs, des troubles bipolaires, des addictions (alcool, autres substances et pratique excessive d'un comportement), de la schizophrénie, des troubles obsessionnels compulsifs, de la maladie d'Alzheimer et des autres démences, de l'état de stress post-traumatique, du trouble panique et de l'insomnie primaire.

¹⁰⁹ Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de COVID-19 – Résultats de la vague 36 de l'enquête CoviPrev <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/comment-evolue-la-sante-mentale-des-francais-pendant-l-epidemie-de-covid-19-resultats-de-la-vague-36-de-l-enquete-coviprev>

¹¹⁰ Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe : Relever les défis, trouver des solutions. OMS Helsinki 2005. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf

L'impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé mentale a été très large. Du fait des bouleversements sociaux qu'elle a entraînés et du stress qu'elle a généré, elle a, d'une part, entraîné une souffrance psychique et, d'autre part, révélé ou aggravé certains troubles psychiques.

b) Les données épidémiologiques

Les maladies psychiatriques sont un problème de santé publique absolument majeur en France à ce jour. Les maladies psychiatriques et les traitements psychotropes sont d'une part le poste de dépenses le plus important, comme le démontre la cartographie médicalisée des dépenses de santé, à hauteur de 23,3 milliards d'euros et près de 14 % des dépenses totales, c'est-à-dire davantage que le cancer ou que les maladies cardio-vasculaires. D'autre part, l'OCDE a estimé en termes de prévalence 18,5 % de la population française concernée, la moyenne en Europe étant de 17,3 %, avec des populations spécifiques particulièrement exposées comme les adolescents ou le monde agricole. La crise du Covid-19 a aggravé une situation qui n'était déjà pas favorable.

Il est ainsi constaté une augmentation des passages aux urgences pour troubles de l'humeur depuis septembre 2020 chez les moins de 15 ans, et en début d'année 2021 pour geste suicidaire chez les 11-17 ans et plus particulièrement chez les 11-14 ans¹¹¹.

Le 6^{ème} rapport du groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPI-PHARE¹¹² (du 16 mars 2020 au 25 avril 2021) rapportent les données de 4 milliards de lignes de prescriptions remboursées par l'assurance maladie à 51,6 millions d'assurés du régime général. L'usage de médicaments anxiolytiques, hypnotiques mais aussi plus récemment antidépresseurs ne cesse d'augmenter. La tendance forte de l'augmentation d'utilisation de ces 3 classes de médicaments s'est encore amplifiée en 2021 avec des hausses des délivrances de +5 % à 13 % selon les médicaments, et des hausses d'instaurations de +15 % à +26 % par rapport à l'attendu.

La dernière vague de cette enquête montre les résultats suivants (Résultats de la vague 36 de l'enquête CoviPrev (5 au 9 décembre 2022))¹¹³.

- 79 % des Français déclarent avoir une perception positive de leur vie en général [Niveau bas, - 5 points par rapport au niveau hors épidémie, tendance stable par rapport à la vague précédente]
- 17 % des Français montrent des signes d'un état dépressif [Niveau élevé, + 7 points par rapport au niveau hors épidémie, tendance stable par rapport à la vague précédente]
- 24 % des Français montrent des signes d'un état anxieux [Niveau très élevé, + 11 points par rapport au niveau hors épidémie, tendance stable par rapport à la vague précédente]

¹¹¹ Recours aux soins d'urgence pour trouble de la santé mentale au cours de la crise liée au Covid-19 (2020-2021) en France. Observatoire national du suicide – 5^e Rapport. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/Fiche%20%20-%20Recours%20aux%20soins%20d%E2%80%99urgence%20pour%20trouble%20de%20la%20sant%C3%A9%20mentale%20au%20cours%20de%20la%20crise%20li%C3%A9e%20au%20Covid-19%20%282020-2021%29%20en%20France.pdf>

¹¹² constitué par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam),

¹¹³ CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

- 69 % des Français déclarent des problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours [Niveau très élevé, + 19 points par rapport au niveau hors épidémie, tendance stable par rapport à la vague précédente]
- 10 % des Français ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année [Niveau élevé, + 5,5 points par rapport au niveau hors épidémie, tendance en baisse, - 2 points par rapport à la vague précédente]

c) Les déterminants de la santé mentale

On qualifie de déterminants de la santé, tout facteur individuel, interpersonnel et environnemental associé à un indicateur de santé et donc susceptible de générer une amélioration ou détérioration de l'état de santé d'un individu ou d'une population. Cette conception large des déterminants de la santé inclut donc des facteurs expliquant la morbidité ou mortalité qui vont des caractéristiques génétiques de l'individu, des comportements qu'il a adoptés (ex. des comportements à risque tels que le tabagisme) à la qualité des liens sociaux dont il bénéficie.

Selon l'OMS, tout au long de notre vie, de multiples déterminants individuels, sociaux et structurels peuvent se combiner pour protéger ou compromettre notre santé mentale et ainsi modifier notre position sur le spectre de la santé mentale.

Il est courant de regrouper les déterminants dans différentes catégories. Si l'on exclut les déterminants non sociaux comme les facteurs génétiques, on distingue ainsi :

- Les déterminants individuels : spécifiques à l'individu bien qu'ils puissent être influencés par des facteurs environnementaux. Ils comprennent la santé physique, le genre, et les compétences psychosociales (CPS) définies par l'OMS¹¹⁴.
- Les déterminants économiques et sociaux qui comprennent la situation économique : niveau d'éducation, revenus, emploi, dette.
- Les proches de la vie sociale de l'individu : la famille, les amis, la communauté, les collègues qui constituent le support social.
- Les expériences négatives en particulier dans les premières années de la vie : les expériences et conditions de vie dans les deux premières années de vie peuvent avoir une influence sur la santé mentale à tous les âges futurs.
- Les facteurs sociétaux qui incluent les infrastructures et l'environnement : la sécurité, l'absence de violence, l'accès alloué aux infrastructures sanitaires, le logement, les infrastructures, le sentiment de confiance dans le quartier, l'environnement urbain, les espaces verts.
- La politique sociale et économique : comment les politiques de la communauté soutiennent une personne en cas de besoin, en cas de perte d'emploi, de problème de santé ou pour la gestion de la parentalité (garde d'enfants, scolarisation, etc.). L'auto-détermination correspondant aux sentiments de contrôle sur sa propre destinée, influencée par les politiques sociales (liberté individuelle, système démocratique).
- La culture : valeurs et attitudes partagées dans une société c'est-à-dire les croyances, préjugés et discrimination, application des droits humains.

L'exposition à des circonstances sociales, économiques, géopolitiques et environnementales défavorables –y compris la pauvreté, la violence, les inégalités et la privation de bonnes conditions environnementales– augmente aussi le risque de développer des problèmes de santé mentale.

¹¹⁴ Life skills education for children and adolescents in schools. OMS 1997.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>

Les risques peuvent se manifester à tous les stades de la vie, mais ceux qui surviennent pendant les périodes critiques du développement, notamment au cours de la petite enfance, sont particulièrement préjudiciables. Par exemple, on sait que les pratiques éducatives sévères et les châtiments corporels compromettent la santé de l'enfant et que le harcèlement est un facteur de risque majeur dans le contexte des problèmes de santé mentale.

À l'inverse, des facteurs de protection se manifestent tout au long de la vie et viennent renforcer la résilience. Parmi ces facteurs figurent notamment des compétences et attributs individuels d'ordre social et émotionnel, mais aussi des interactions sociales positives, une éducation de qualité, un travail décent, un quartier sûr et une cohésion communautaire.

Les facteurs de risque et de protection qui influent sur la santé mentale se manifestent dans la société à des échelles différentes. Les menaces locales augmentent le risque pour les individus, les familles et les communautés. Les menaces mondiales augmentent le risque pour les populations dans leur ensemble ; il peut s'agir de récessions économiques, de flambées épidémiques, de situations d'urgence humanitaire, de déplacements forcés ou encore de la crise climatique qui s'accroît.

Chaque facteur de risque ou de protection n'a qu'une valeur prédictive limitée. La plupart des personnes ne développent pas de problèmes de santé mentale après avoir été exposés à un facteur de risque, alors que de nombreux individus en développent en l'absence de facteur de risque connu. Ce sont les interactions entre les déterminants de la santé mentale qui renforcent ou compromettent la santé mentale.

d) Promotion de la santé mentale et prévention des problèmes de santé mentale

Les interventions en matière de promotion et de prévention visent à identifier les déterminants individuels, sociaux et structurels de la santé mentale, puis à agir pour réduire les risques, accroître la résilience et créer des environnements propices à la santé mentale. Elles peuvent être conçues pour des individus, des groupes spécifiques ou des populations dans leur ensemble.

Pour agir sur les déterminants de la santé mentale, il est souvent nécessaire de prendre des mesures qui dépassent le seul secteur de la santé. Les programmes de promotion et de prévention devraient donc faire intervenir les secteurs de l'éducation, du travail, de la justice, des transports, de l'environnement, du logement et de la protection sociale. Le secteur de la santé peut grandement contribuer à intégrer les efforts de promotion et de prévention au sein des services de santé, en promouvant, en initiant et, le cas échéant, en facilitant la collaboration et la coordination multisectorielles.

La promotion et la protection de la santé mentale au travail constituent un domaine d'intérêt croissant, dans lequel la législation et la réglementation, les stratégies organisationnelles, la formation des responsables et les interventions destinées aux travailleurs peuvent jouer un rôle.

e) Soins de santé mentale et prise en charge

Dans le cadre des efforts déployés au niveau national pour renforcer la santé mentale, il est important non seulement de protéger et mais aussi de promouvoir le bien-être mental de tous ; il faut aussi répondre aux besoins des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale¹¹⁵.

¹¹⁵ Transforming mental health for all. OMS 2022. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>

Cela suppose de dispenser des soins de santé mentale à l'échelle de la communauté, car ces soins sont plus accessibles et acceptables que les soins dispensés en institution, contribuent à prévenir les violations des droits humains et se traduisent par de meilleurs résultats de guérison pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Les soins de santé mentale dispensés à l'échelle de la communauté devraient l'être dans le cadre d'un réseau de services étroitement liés, comprenant :

- Des services de santé mentale intégrés aux services de soins habituellement proposés dans des hôpitaux généraux et en collaboration avec des prestataires de soins de santé primaires non spécialisés ;
- Des services de santé mentale proposés à l'échelle de la communauté, qui peuvent faire intervenir des équipes et centres de santé mentale communautaires, des services de réadaptation psychosociale, des services d'entraide et des services de soutien à l'autonomie ;
- Des services de santé mentale proposés dans le cadre de services sociaux et dans des contextes non sanitaires, comme les services de protection de l'enfance, les services de santé scolaire et le milieu pénitentiaire ;
- La mise en œuvre des moyens innovants permettant de diversifier et d'intensifier la prise en charge de ces problèmes, comme des services de soutien psychologique non spécialisés ou d'entraide numérique.

Les travaux du Centre d'analyse stratégique¹¹⁶ puis ceux du HCSP de 2021¹¹⁷ ont montré un décalage entre les actions entreprises pour gérer la crise et leur impact sur les déterminants de la santé mentale : incertitude, isolement, défaut de perspectives, précarité économique, difficultés à s'orienter pour l'aide et l'accès aux soins, informations anxiogènes, absence de certains facteurs d'équilibre psychique (activité physique, sommeil, soutien amical, social et familial, accès aux loisirs et à la culture). Ce décalage est lié au manque de culture en santé mentale, où l'absence de promotion de la santé mentale réduit ce champ à la psychiatrie, au défaut de structuration et de soutien des acteurs hors secteur sanitaire, et à des mesures de gestion de crise altérant ces déterminants (confinement, distanciation, approche universelle des mesures, etc.).

Les Assises de la santé mentale organisées en septembre 2021¹¹⁸ ont pointé les vulnérabilités psychiques des publics, et rappelé que la crise sanitaire impliquait la nécessité et l'urgence d'adapter et d'améliorer les stratégies de repérage précoce et d'orientation. Ces assises ont notamment soulevé des questions comme la façon la plus pertinente possible sur les déterminants de la santé mentale, à tout âge et dans tous les milieux ou la façon de lutter efficacement contre la stigmatisation des troubles psychiques, toujours vivace et obstacle majeur aux actions de promotion du bien-être mental de prévention de la souffrance psychique et de prise en charge précoce des troubles psychiques.

f) Action de l'OMS

Tous les États membres de l'OMS se sont engagés à mettre en œuvre le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030¹¹⁹, qui vise à améliorer la santé mentale grâce à un

¹¹⁶ La santé mentale, l'affaire de tous. Centre d'Analyse Stratégique 2010.

http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/rapport_sante_mentale_version_18nov09validdds2.pdf

¹¹⁷ Impact du Covid-19 sur la santé mentale. HCSP 2021.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1097>

¹¹⁸ Assises de la santé mentale et de la psychiatrie les 27 et 28 septembre 2021

<https://sante.gouv.fr/actualites/evenements/assises-de-la-sante-mentale-2021>

¹¹⁹ Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030. OMS.

leadership et à une gouvernance plus efficace, à une prise en charge complète, intégrée et adaptée aux besoins dans un cadre communautaire, à des stratégies de promotion et de prévention, et au renforcement des systèmes d'information, des données factuelles et des activités de recherche.

L'OMS met particulièrement l'accent sur la protection et la promotion des droits humains, sur l'autonomisation des personnes qui ont une expérience concrète des problèmes de santé mentale et sur l'élaboration d'une approche multisectorielle faisant intervenir diverses parties prenantes.

g) La santé mentale positive

La santé mentale positive est définie par l'OMS¹²⁰ comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux, et contribuer à la vie de sa communauté ». De même que pour la santé physique, la santé mentale ne consiste donc pas seulement en une absence de troubles psychiques. Contrairement aux troubles psychiques qui sont définis dans des manuels de référence, il n'existe pas une seule et unique définition de la santé mentale positive et de ses composantes. Santé publique France s'appuie sur la définition proposée par la première Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale (Helsinki, 2005¹²¹) pour définir la santé mentale positive selon trois composantes : « le bien-être, les ressources psychologiques et les capacités d'agir de l'individu dans ses rôles sociaux ». L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)¹²² présente une définition de la santé mentale positive selon cinq composantes : l'aptitude à jouir de la vie, l'adaptation aux événements de la vie, le bien-être émotionnel, les valeurs spirituelles, l'appartenance sociale.

Dans ses derniers travaux, l'ASPC propose de regrouper ces dimensions de la santé mentale positive autour de deux composantes principales :

- Le bien-être émotionnel (incluant le bien-être subjectif, les affects positifs, la satisfaction à l'égard de la vie),
- Le fonctionnement positif (incluant la capacité à développer des relations et des activités gratifiantes).

Ainsi, la santé mentale positive est mesurée par un ensemble de signes plutôt que par un diagnostic ou un test incluant par exemple, la satisfaction face à la vie, le bien-être psychologique, le bien-être subjectif, le sentiment de contrôle, le sentiment de maîtrise de sa vie ou encore l'estime de soi.

h) Les recommandations du HCSP

<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240031029>

¹²⁰ World Health Organization. (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>

¹²¹ Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. (2005). Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale : Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe : relever les défis, trouver des solutions : Helsinki (Finlande), 12-15 janvier 2005. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107626>

¹²² Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, Jayaraman G. Measuring positive mental health in Canada: construct validation of the Mental Health Continuum-Short Form. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2017 Apr;37(4):123-130. doi: 10.24095/hpcdp.37.4.03. PMID: 28402801; PMCID: PMC5576910.

Étant donné l'impact notable de la crise sanitaire du Covid-19 sur la santé mentale et l'aggravation des vulnérabilités, le HCSP a fait des recommandations pour limiter l'impact de cette crise. Les données de Santé publique France notamment indiquent qu'elles auraient concerné plus de la moitié de la population française du fait des bouleversements sociaux entraînés par la crise et du stress qu'elle a généré. Elles s'étendent d'une simple souffrance psychique à la révélation ou l'aggravation de troubles psychiques caractérisés. Les actions mises en œuvre pour faire face à la crise ont principalement porté sur le repérage et l'accès aux soins (développement de dispositifs d'alerte, de sentinelles, de première ligne et d'équipes mobiles spécifiques) plutôt que sur les déterminants principaux de la dégradation de la santé mentale que sont l'isolement, les informations anxiogènes, la précarité économique, l'incertitude sur la maladie et sa gestion, les difficultés à s'orienter pour trouver de l'aide et accéder aux soins et le déficit des autres facteurs d'équilibre psychique (activité physique, sommeil, alimentation, etc.).

Ces recommandations sont d'une part, spécifiques par populations (période périnatale, enfants, étudiants, personnes âgées, professionnels de santé, milieu du travail, personnes vivant avec un trouble psychique...) et d'autre part générales¹²³.

Le HCSP a ainsi recommandé notamment de :

- Définir une stratégie nationale interministérielle sur la santé mentale visant à organiser et coordonner la santé mentale ;
- Aller vers une contractualisation sur la santé mentale entre l'État et les collectivités territoriales en précisant la mission de l'ARS ; soutenir les acteurs mobilisés par les communes afin de restaurer les déterminants dégradés par la crise du Covid-19 ;
- Coordonner les actions en santé mentale sur les territoires dans une logique globale, de la promotion de la santé à la prise en charge des troubles psychiques (renforcer les conseils locaux de santé mentale et faire le lien avec les contrats locaux de santé...) ;
- Systématiser le recours à des études d'impact en santé pour les mesures envisagées sur la vie quotidienne, dès lors qu'elles concernent l'ensemble d'une population ; il est important de tenir compte du gradient social pour ne pas risquer de majorer les inégalités sociales de santé (y compris dans les situations d'urgence) ;
- Mettre en place des actions probantes et renforcer les actions d' « aller-vers » pour les personnes en situation de fragilité (soit du fait d'une pathologie psychiatrique ou du fait des conditions socio-économiques) ;
- Soutenir et organiser le déploiement dans l'ensemble des milieux de vie des actions de promotion de la santé ciblant les facteurs d'équilibre psychique (environnements bienveillants, liens sociaux, développement de l'activité physique) ;
- Développer une culture partagée de la santé mentale auprès des populations et de l'ensemble des acteurs, avec des outils concrets comme une campagne de communication récurrente portant sur la santé mentale positive et la déstigmatisation des troubles, un numéro d'appel unique dévolu à la santé mentale, un site internet d'information fournissant des conseils pratiques, des outils d'auto-évaluation et d'auto-soin et une information sur les services d'aide.

¹²³ HCSP : Impact du Covid-19 sur la santé mentale : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1097>.

B. La santé de l'enfant fragilisée et berceau des inégalités sociales de santé

a) Introduction

En France, l'état de santé des enfants âgés de moins de 12 ans apparaît comme contrasté par rapport aux pays comparables de l'UE ou de l'OCDE¹²⁴. Si certains indicateurs se sont améliorés comme la mortalité, le surpoids, la santé dentaire, des progrès restent possibles comme pour la santé périnatale, la vaccination ou les comportements de santé (consommation de produits sucrés, temps passé devant les écrans, sédentarité). De plus, cette amélioration globale masque des inégalités sociales de santé qui demeurent très marquées dès le plus jeune âge et des disparités territoriales moins prononcées sauf pour les territoires d'Outre-Mer.

La prise en compte des besoins fondamentaux et de l'intérêt supérieur de l'enfant dès le début de sa vie et jusqu'à la fin de l'adolescence¹²⁵ doit être une priorité nationale tant en termes de prévention, de soin, de protection que d'investissement d'un pays pour son futur^{126,127}. Les politiques publiques doivent prendre la responsabilité de l'avenir de la santé des enfants comme d'un enjeu majeur dans la recherche d'une amélioration de leur santé et de celle des générations présentes et à venir.

Quand on parle de l'enfance en France, la période de la prime enfance (0-6 ans) est invisibilisée à la différence d'autres pays occidentaux qui se focalisent sur cette tranche de vie. Or, il convient, de façon urgente, de mettre en place une démarche de prévention et de soins physiques et psychiques durant les premières années de la vie du jeune enfant. Ainsi, la petite enfance doit être considérée comme une étape essentielle de la vie, en tant qu'elle expose les enfants à des conditions matérielles et culturelles d'existence très différentes selon les milieux sociaux dans lesquels ils grandissent.

La prime enfance ne peut continuer à être le terreau de toutes les formes d'inégalités mais se doit d'être le berceau de l'égalité des chances et de la cohésion sociale. Si le gouvernement français a mis en œuvre le programme « *Les 1000 premiers jours là où tout commence* », le bilan de ses effets est attendu et l'Unicef¹²⁸ dans son rapport sur les droits de l'enfant en France en 2022, constate que « *Les politiques publiques relatives à l'enfance sont aujourd'hui nombreuses mais manquent d'une vision globale et transversale* ». Il préconise de « *Créer un ministère de l'Enfance pour déployer une Stratégie nationale pour l'enfance.* » C'est un enjeu sociétal majeur de santé publique pour assurer des trajectoires de vie dignes et respectueuses des enfants.

¹²⁴ La santé de l'enfant Rapport de la Cour des Comptes décembre 2021

¹²⁵ Helen Clark, Awa Marie Coll-Seck, Anshu Banerjee, Stefan Peterson, Sarah L Dalglish, Shanthi Ameratunga, Dina Balabanova, Maharaj Kishan Bhan, Zulfiqar A Bhutta, John Borrazzo, Mariam Claeson, Tanya Doherty, Fadi El-Jardali, Asha S George, Angela Gichaga, Lu Gram, David B Hipgrave, Aku Kwamie, Qingyue Meng, Raúl Mercer, Sunita Narain, Jesca Nsungwa-Sabiiti, Adesola O Olumide, David Osrin, Timothy Powell-Jackson, Kumanan Rasanathan, Imran Rasul, Papaarangi Reid, Jennifer Requejo, Sarah S Rohde, Nigel Rollins, Magali Romedenne, Harshpal Singh Sachdev, Rana Saleh, Yusra R Shavar, Jeremy Shiffman, Jonathon Simon, Peter D Sly, Karin Stenberg, Mark Tomlinson, Rajani R Ved, Anthony Costello, A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission, The Lancet, Volume 395, Issue 10224, 2020, Pages 605-658, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1).

¹²⁶ Rapport de la commission des 1000 premiers jours

¹²⁷ Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance MP.Martin-Blachais, 2017

¹²⁸ Droits de l'enfant en France Unicef 2022

Les difficultés psychiques associées aux difficultés socio-économiques des familles sont des facteurs de risque de mortalité fœtale, néonatale précoce et maternelle, de prématurité, de difficultés dans l'exercice de la parentalité retentissant, selon une boucle interactionnelle, sur le développement de l'enfant d'autant plus qu'il est jeune et vulnérable. L'impact est à ce point important qu'il touche toutes les fonctions et tous les intérêts de l'enfant, de l'adolescent qu'il deviendra et du parent qu'il sera¹²⁹. En outre, la crise sanitaire a agi comme un révélateur des problèmes de santé mentale, a amplifié les inégalités sociales et les vulnérabilités personnelles et environnementales des familles et de leurs enfants (du nouveau-né à l'adolescent)¹³⁰.

Mal individualisée dans les statistiques, tantôt regroupée avec les enfants, tantôt avec les jeunes adultes, l'adolescence est elle aussi encore trop souvent invisibilisée dans le domaine de la santé. Or si les statistiques de mortalité voire de morbidité sont plutôt favorables lors de l'entrée dans l'adolescence, comparativement aux autres âges de la vie, les enjeux de santé n'en demeurent pas moins majeurs, notamment en termes de mortalité et de morbidité évitables comme le démontrent les données en population générale sur cette tranche d'âge, dominées par les accidents et les suicides dans les pays développés¹³¹. L'impact du numérique modifie de plus en plus l'environnement des adolescent(e)s, l'enseignement et leur neurodéveloppement. Les spécificités en termes de repérage, de prise en charge et de soin de cette population en transition entre l'enfance et l'âge adulte sont indiscutables.

Le constat est celui d'un système de santé qui n'est pas adapté aux besoins de la population pédiatrique, d'un parcours de santé des enfants peu lisible pour les familles, et en aval, d'une offre de soins insuffisante du fait de la démographie des professions de santé de l'enfant¹³² et sa répartition géographique inhomogène, d'un manque de coordination des différents acteurs de santé de l'enfant, d'une formation à la santé de l'enfant à renforcer et à repenser.

Le système de suivi et de surveillance de l'état de santé des enfants souffre de lacunes et de fragilités identifiées depuis longtemps, ce qui prive les pouvoirs publics des éléments de connaissances indispensables à la définition des priorités de santé publique et au suivi des actions mises en œuvre pour remédier aux ISTS. En particulier, la surveillance à partir des certificats de santé obligatoires ou des examens réalisés en milieu scolaire est rendue impossible par leur caractère insuffisamment systématique et la qualité insuffisante des informations renseignées.

L'amélioration de l'outil épidémiologique est indispensable en s'appuyant davantage sur l'exploitation des bases de données médico-administratives enrichies et appariées avec des bases de données sociales, et en renforçant la coordination entre les acteurs notamment pour la production et l'exploitation des enquêtes¹³³. Le suivi de la santé somatique et psychique des enfants et des adolescents, leurs parcours de santé, la prévention et la

¹²⁹ Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014;**62**:299–312

¹³⁰ DREES EpiCov 2021-2022^[4], SPF 2021, HAS 2021, WHO & UNICEF 2022

¹³¹ GBD 2019 Adolescent Mortality Collaborators. Global, regional, and national mortality among young people aged 10-24 years, 1950-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021 Oct 30;398(10311):1593-1618. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01546-4.

¹³² Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs. HCSP 2022. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1247>

¹³³ La santé de l'enfant Rapport de la Cour des Comptes décembre 2021

promotion de leur santé seront mieux appréhendés par la mise en œuvre de la dématérialisation du carnet de santé, travail réalisé par le HCSP¹³⁴.

b) La santé périnatale : une stagnation de la mortalité périnatale

La mortalité maternelle est stable depuis 10 ans (8,1 /100 000 naissances -Santé publique France) avec des disparités territoriales importantes¹³⁵. Toutefois, le premier rapport de surveillance périnatale 2022 décrit une évolution préoccupante des indicateurs avec de grandes inégalités territoriales¹³⁶. Les indicateurs montrent une aggravation des situations de précarité des mères et une augmentation des pathologies maternelles survenant au cours de la grossesse. La mortalité néonatale précoce a augmenté entre 2012 et 2019, impactant la mortalité infantile. Celle-ci remonte en France contrairement aux autres pays européens. Elle est surtout observée dans la période néonatale précoce. La mortalité périnatale reste à 10,2 pour 1000 naissances alors qu'elle diminue dans les autres pays et reste 2 fois plus élevée dans les DROM. Le taux de prématurité est stable à 7 % des naissances. De nombreux facteurs de risque pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance sont surreprésentés dans les milieux les plus défavorisés (rapport surveillance de la santé périnatale de Santé publique France –SPF- 2022)¹³⁷. Une analyse comparative avec les autres pays d'Europe permettrait de mieux comprendre les causes de ces résultats et les leviers pour les améliorer¹³⁸. L'analyse des indicateurs suppose la prise en compte des deux axes, somatique et psychosocial.

Leur prévention ne relève pas seulement du système de santé mais de l'ensemble des politiques publiques : logement, précarité, alimentation saine, (rapport « santé de population Drees Septembre 2022¹³⁹). Si le taux de prématurité est un paramètre essentiel, en termes de santé publique, il manque un suivi de la morbidité des prématurés et surtout des grands prématurés de terme inférieur à 32 semaines.

Le dernier plan de périnatalité date de 2007-2009. La feuille de route des 1000 premiers jours développée depuis 2019 devra être évaluée notamment dans sa capacité à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé périnatale¹⁴⁰.

¹³⁴ [Actualisation du contenu du carnet de santé de l'enfant en vue de sa dématérialisation \(hcsp.fr\)](#)

¹³⁵ ENCMM, 2013-2015. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021. 237 p : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>

¹³⁶ Ce rapport agrège les données du système national des données de santé (SNDS), de l'enquête nationale périnatale (ENP), du premier certificat de santé de l'enfant (PCS), des registres français d'anomalies congénitales, du programme national de dépistage néonatal, de l'enquête confidentielle sur la mortalité maternelle, de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/anomalies-et-malformations-congenitales/documents/rapport-synthese/rapport-de-surveillance-de-la-sante-perinatale-en-France>

¹³⁷ [Santé périnatale : un rapport inédit pour décrire et améliorer l'état de santé des femmes et des nouveau-nés \(santepubliquefrance.fr\)](#)

¹³⁸ B. Blondel, et al., How perinatal health in France compared with other European countries in 2015: some progress but also some concerns about newborn health, J Gynecol Obstet Hum Reprod (2019), <https://doi.org/10.1016/j.jogh.2019.01.01>

¹³⁹ [L'état de santé de la population en France \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

¹⁴⁰ [Les 1000 premiers jours de l'enfant \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

Les points de fragilité de la politique de périnatalité regroupent :

- La faible prise en compte de la dégradation continue de la santé des mères et l'accroissement des inégalités ^{141,142}.
- L'insuffisance de l'offre de soins dans le domaine de la périnatalité en raison d'une baisse de l'attractivité (sages-femmes, infirmières puéricultrices, pédiatres, gynécologues obstétriciens) mais également un effectif insuffisant d'infirmières puéricultrices formées obligeant le recrutement d'infirmières non spécialisées en pédiatrie, cette spécialité ayant disparu de leur cursus.
- L'insuffisance de la formation des personnels qui accueillent les petits enfants dans les crèches ou à domicile.
- Les difficultés d'accès aux soins pour les nourrissons par manque de place à l'hôpital notamment durant les périodes épidémiques.

La prévention des risques autour de la périnatalité se heurte à une insuffisance quantitative de personnel paramédical et médical tant dans le secteur public que privé. Plus que le respect des bonnes pratiques en périnatalité, il s'agit d'améliorer le repérage de l'isolement social et/ou de la précarité. Il ne s'agit pas de ciblage des populations précaires, mais d'universalisme proportionné (cf. supra), de prévention psychosociale, permettant de prendre en compte, en fonction du gradient social, les problèmes liés à l'isolement, à la monoparentalité, aux couples en difficulté et à la reprise du travail.

La mise en œuvre des soins préventifs s'avère hétérogène d'un territoire à l'autre, traduisant un écart entre les recommandations et obligations, et la réalité de ce qui est fait sur le terrain. Par exemple, en 2021 seules 36,5 % des femmes ont déclaré avoir bénéficié d'un entretien prénatal précoce (EPP).

Pour les jeunes enfants en situation de handicap, un diagnostic précoce est réalisé chez les enfants dits « vulnérables », organisé sous la coordination des réseaux de suivi (RSEV). Toutefois, les besoins en structures d'accueil de type CAMSP (Centre d'Accueil Médico-Social Précoce) sont insuffisamment couverts. L'IGAS dans son évaluation des 291 CAMSP en 2018 a constaté une hausse constante de la demande de soins et la nécessité de préserver voire de renforcer les capacités de prise en charge¹⁴³.

La périnatalité est essentiellement considérée à travers deux prismes : les soins, dont les soins préventifs, à apporter à la mère et l'enfant et la transmission de messages à destination des parents au cours de la grossesse et lors de la naissance de l'enfant. Pourtant, le parcours de soins périnatal répond à une sécurisation des soins médicaux mais non à une approche communautaire. Ainsi l'obésité est favorisée par de mauvais comportements alimentaires souvent en lien avec la précarité. De plus, la santé des femmes parturientes débute bien avant l'état de grossesse. Au cours de la grossesse, l'impact des EPP sur la santé de la future mère et de l'enfant n'est pas connu, de même que la fréquence des dépressions précoces et secondaires dans le post-partum.

c) Santé des enfants : des inégalités marquées qui impacteront la santé des adultes

La petite enfance doit être considérée comme une étape essentielle de la vie, dans la mesure où elle expose les enfants à des conditions matérielles et culturelles d'existence très

¹⁴¹ <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>

¹⁴² [Rapport de surveillance de la santé périnatale en France \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr/rapport-de-surveillance-de-la-sante-perinatale-en-france)

¹⁴³ Évaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infantile-juvénile (CMP-IJ). Rapport IGAS (2018). <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article715>.

différentes selon les milieux sociaux dans lesquels ils grandissent. La prime enfance ne peut continuer à être le terreau de toutes les formes d'inégalités mais se doit d'être le berceau de l'égalité des chances et de la cohésion sociale.

Les difficultés psychiques associées aux difficultés socio-économiques des familles sont des facteurs de risque de mortalité fœtale, néonatale précoce et maternelle, de prématurité, de difficultés dans l'exercice de la parentalité retentissant, selon une boucle interactionnelle, sur le développement de l'enfant d'autant plus qu'il est jeune et vulnérable.

En outre, la crise sanitaire a agi comme un révélateur des problèmes de santé mentale, a amplifié les inégalités sociales et amplifié les vulnérabilités personnelles et environnementales des familles et de leurs enfants (du nouveau-né à l'adolescent).

d) Le difficile parcours de santé des enfants

Des rapports récents (IGAS¹⁴⁴, Cour des comptes « santé de l'enfant et médecine scolaire »¹⁴⁵, HCSP Professions de santé¹⁴⁶, PMI-Peyron¹⁴⁷) pointent les difficultés de la filière de santé de l'enfant que ce soit en ville, en milieu scolaire, en PMI ou à l'hôpital, qu'il s'agisse des dispositifs de prévention comme de l'offre de soins pédiatrique spécialisée. Le constat est celui d'un système de santé qui n'est plus adapté aux besoins de la population pédiatrique, d'un parcours de santé des enfants peu lisible pour les familles, et en aval, d'une offre de soins insuffisante du fait de la démographie des professions de santé de l'enfant (rapport HCSP Professions de santé de l'enfant) et sa répartition géographique inhomogène, d'un manque de coordination des différents acteurs de santé de l'enfant, d'une formation à la santé de l'enfant à renforcer et à repenser.

e) Des dispositifs de prévention, d'éducation et de dépistage encore insuffisants en amont du système de soins

La promotion de la santé à destination des enfants et de leurs parents doit être encore renforcée en mettant la prévention au cœur de l'approche de la santé des enfants en maintenant l'offre de santé en prévention. Une telle approche permet de garantir l'effectivité des dépistages aux âges clés en vue de réduire les inégalités de santé, améliorer l'état de santé des enfants et limiter les dépenses évitables (CDC 2021).

L'école est un des lieux privilégiés de diffusion des messages de prévention et promotion de la santé : dans son rapport sur la santé scolaire, la Cour des comptes a relevé que cette mission d'éducation à la santé est reléguée au second rang¹⁴⁸. L'éducation à la santé dans les établissements scolaires tout au long du parcours de scolarisation doit être soutenue.

Les dispositifs de prévention des pathologies du nourrisson et du petit enfant doivent être encore développés :

- Prévention de la mort inattendue du nourrisson (MIN)¹⁴⁹ : le nombre de MIN ne

¹⁴⁴ La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France [2020-074r.pdf \(igas.gouv.fr\)](#)

¹⁴⁵ Rapport la santé des enfants [Documents | Cour des comptes \(ccomptes.fr\)](#)

¹⁴⁶ [Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs \(hcsp.fr\)](#)

¹⁴⁷ Rapport Michèle Peyron. Pour sauver la PMI agissons maintenant <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>

¹⁴⁸ Cour des Comptes : les médecins et les personnels de santé scolaire rapport avril 2020.

¹⁴⁹ La mort inattendue d'un nourrisson est définie par le décès d'un nourrisson, jusque-là considéré comme bien portant, alors que rien dans son histoire ne permettait de l'anticiper. Le décès survient le plus souvent durant le sommeil. C'est la première circonstance de décès des nourrissons avant

- diminue plus et la dernière campagne date de plus de 10 ans
- Prévention des maladies infectieuses : hygiène et vaccinations
- Prévention précoce de l'obésité (écrans, sédentarité, alimentation)

f) Un système de soins actuel inadapté aux besoins des enfants et des jeunes

Le système de soins actuel n'est plus adapté en termes d'expertise, de démographie en lien avec la population cible, d'attente des professionnel(le)s, en terme capacitaire, de répartition sur le territoire où il existe d'importantes disparités régionales et départementales d'accès aux différents professions expertes en santé de l'enfant ; certaines régions cumulant tous les déficits (Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire). Ce système est aussi décrit comme peu lisible dans les parcours de santé de l'enfant par les représentants des familles¹⁵⁰.

La crise en lien avec les épidémies de pathologies respiratoires avait été anticipée (lettre du HCSP à la DGS octobre 2020¹⁵¹). Le rapport prospectif du HCSP a montré qu'un scénario *Covid-like* responsable de formes graves chez les enfants pourrait entraîner une saturation du système de santé et préconise de renforcer structurellement les capacités d'accueil pédiatrique, notamment en matière d'extension capacitaire en soins critiques et d'accueil aux urgences¹⁵².

Le capacitaire en lits des unités d'hospitalisation pédiatrique complète a baissé entre 2013 et 2019 de 3 % tandis que cette activité augmentait de 11,8 % en France métropolitaine. La période post-Covid a aggravé la situation par défaut d'attractivité des structures hospitalières, de l'entrée dans la profession (par exemple, un taux d'abandon de 20 % en IFSI ou encore en maïeutique), par insuffisance d'effectifs de professions expertes (infirmier(e)s puéricultrice(teur)s (IPDE), sages-femmes, pédiatres, pédopsychiatres, chirurgien(ne)s pédiatriques, infirmier(e)s de bloc opératoire (IBODE)) avec pour conséquence la fermeture de lits supplémentaires ou de blocs opératoires.

La France métropolitaine compte 3,5 lits de réanimation pédiatrique pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans, et 7,4 lits de soins continus.

Le constat est le même pour les lits de néonatalogie et de réanimation néonatale avec de grandes disparités régionales : par exemple, à nombre de naissances équivalentes, les régions Grand-Est et PACA sont dotées respectivement de 66 et 35 lits de réanimation néonatale. Cette inadéquation entraîne une suroccupation chronique des lits rendant difficile la prise en charge de nouveau-nés fragiles et/ou prématurés.

La médecine générale numériquement plus représentée contribue à la prise en charge en soins primaires (ou de premier recours) totale ou partielle de 80 % des enfants mais aussi au suivi de nombreux nourrissons (50 % des 0-2 ans)¹⁵³.

Les familles doivent être mieux aidées dans leur recherche d'un accès aux soins, au sein de parcours plus lisibles, en journée comme sur des horaires de permanence des soins, dans

l'âge d'un an [[Mort inattendue du nourrisson | Santé publique France \(santepubliquefrance.fr\)](#)]

¹⁵⁰ Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs. HCSP 2022. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1247>

¹⁵¹ Covid-19 et épidémies hivernales chez les enfants. HCSP (2020) <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=952>

¹⁵² Rapport relatif à la réflexion prospective et aux points de vigilance en période de crise sanitaire HCSP (2022). <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1236>

¹⁵³ Valleteau de Mouillac J. Bull. Acad. Natle Méd., 2013, 197, no 6, 1143-1152, séance du 4 juin 2013

un souci de mise en adéquation de graduation de compétences et d'expertise selon les motifs de recours, de limitation de la pression exercée sur les services d'urgence. Ce constat est repris dans les propositions du rapport d'information sur « l'Organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir » (Commission des affaires sociales – Assemblée nationale, juillet 2021)¹⁵⁴.

Les services et rôles de la PMI sont mal connus et souvent assimilés encore à des structures dédiées aux familles en difficulté sociale, avec un effet presque « repoussoir » pour certains parents.

La filière pédopsychiatrique présente des difficultés, à toutes les étapes, depuis de nombreuses années, situation qui s'est aggravée dans les suites de l'épidémie de Covid-19 : absence de pédopsychiatres désormais dans de nombreux territoires, mêmes proches des grosses agglomérations, liste d'attente pour une première consultation, liste d'attente pour accéder à des soins appropriés, insuffisance de structures pour recevoir les patients, absence de lits d'hospitalisation, d'unité de crise, d'unité de psychiatrie périnatale. Les adolescents hospitalisés sont souvent une variable d'ajustement dont les plus en détresse sont exclus. Les inégalités sociales frappent de plein fouet la santé mentale où les très jeunes enfants comme les adolescents cumulent les effets de pathologies aggravées par l'environnement et l'absence ou insuffisance de l'offre.

g) La santé des adolescents : une spécificité non prise en compte par les politiques publiques

L'adolescence est la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte pendant laquelle se poursuivent les processus de maturation physique, physiologique et cognitifs conduisant progressivement à l'autonomie. Si ces changements sont incontournables et sont validés par les communautés scientifiques et éducatives, chaque adolescent est unique du fait de son environnement propre (social, familial, scolaire, culturel...). L'adolescence se caractérise par des questionnements identitaires, des explorations d'orientations de vie et la mise en œuvre de l'autonomisation vis à vis de sa famille.

Les travaux scientifiques concernant la santé des adolescent(e)s sont souvent plus ciblés sur les risques que sur les opportunités (de prévention). Par exemple, l'adolescence a pu être identifiée comme une période d'expérimentation, de distanciation des parents et d'affiliation au groupe de pairs, analysée en termes de conduites à risque (violence, délinquance, risques routiers, troubles alimentaires, consommation de substances psychoactives, mésusage des écrans...).

De plus, les comportements tels que l'alimentation, le sommeil, l'activité physique subissent à cette période de la vie d'importantes contraintes dues tant aux facteurs personnels qu'aux influences sociales, économiques et environnementales, souvent défavorables.

L'insuffisance d'activité physique chez les jeunes a été soulignée à de nombreuses reprises dans des rapports nationaux et internationaux. Le très récent rapport de l'OMS¹⁵⁵ d'octobre 2022 souligne encore ce point avec 81 % des 11-17 ans qui n'atteignent pas les recommandations d'activité physique d'intensité modérée d'une heure par jour. Pour la région Europe, ce sont plus de 85 % des filles de cet âge qui n'atteignent pas les recommandations contre 78 % des garçons. D'autre part, l'OMS souligne le coût élevé de l'inactivité physique. À l'échelle mondiale, l'inactivité physique coûte aux systèmes de santé

¹⁵⁴ Rapport d'information sur l'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? Assemblée Nationale 2021. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4319_rapport-information

¹⁵⁵ WHO - Global status report on physical activity 2022. Geneva: World Health Organization; 2022

27 milliards de dollars US (soit l'équivalent de 26 milliards d'euros) par an et d'ici 2030, 300 milliards de dollars US (soit l'équivalent de 290 milliards d'euros). Dès 2014, le rapport du Centre de recherche en économie et business anglais¹⁵⁶ montrait qu'une hausse de 1 % du nombre de jeunes de 11 à 25 ans respectant les recommandations en matière d'activité physique pourrait permettre d'économiser 800 millions de livres sterling (soit l'équivalent de 931 millions d'euros) sur les coûts actuels au cours de leur vie. Actuellement, l'inactivité physique chez les 11-25 ans d'aujourd'hui coûtera 53,3 milliards de livres sterling (soit l'équivalent de 62 milliards d'euros) au cours de leur vie aux coûts actuels, en raison du développement de maladies liées à l'inactivité, d'une qualité de vie réduite et d'une espérance de vie réduite.

L'Institut du sommeil et de la vigilance avait alerté dès 2005 sur la nécessité d'actions pour améliorer le sommeil de l'adolescent. En effet, à l'adolescence le besoin global de sommeil augmente et des difficultés d'endormissement et des retards de phase apparaissent. De nombreuses autres modifications dans l'architecture du sommeil caractérisent la période de l'adolescence.

Associées à l'augmentation de la sédentarité en lien avec celle du temps d'utilisation des écrans, ces altérations du sommeil peuvent avoir des conséquences très importantes sur la santé physique, mentale et cognitive de l'adolescent(e). En 2018, les résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescent(e)s sur la santé et les substances (EnCLASS 2018), en attestent avec un collégien sur quatre (26,7 %) et quatre lycéens sur dix (43,7 %) présentant une dette de sommeil. Un autre des résultats principaux de cette enquête montre que quatre sur dix lycéen(ne)s et trois sur dix collégien(ne)s disent se sentir fatigué(e)s en se levant le matin¹⁵⁷.

L'adolescence, et en particulier la période pubertaire est la plus propice à l'apparition de troubles du comportement alimentaire (TCA), les transformations corporelles et psychiques étant des déterminants essentiels. Bien que les recommandations soient identiques chez les enfants et les adolescent(e)s, c'est lors de la période pubertaire que les besoins énergétiques sont les plus conséquents. À l'adolescence, les troubles sous des formes atténuées concernent une adolescente sur quatre et un adolescent sur cinq¹⁵⁸. Ils se déclarent après la puberté, entre 14 et 18 ans pour l'anorexie, mais seule la moitié des personnes est traitée pour ces troubles alors que 5 % des personnes souffrant d'anorexie mentale en décèdent à long terme¹⁵⁹.

Enfin, la pandémie a eu un impact négatif sur la santé mentale des adolescents désormais indiscutable (cf. supra), plus encore chez les jeunes dont les conditions sociales sont les plus précaires comme les préoccupations concernant le climat pouvant aller jusqu'à l'éco-

¹⁵⁶ THE INACTIVITY TIME BOMB. The economic cost of physical inactivity in young people. A StreetGames / Centre for economics and business research report April 2014.

¹⁵⁷ Le sommeil des collégiens et lycéens en 2018 https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2021/01/2021-04-FicheEnCLASS2018_Sommeil.pdf

¹⁵⁸ Troubles des conduites alimentaires : un adolescent sur quatre concerné. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/article/troubles-des-conduites-alimentaires-un-adolescent-sur-quatre-concerne>

¹⁵⁹ Troubles des conduites alimentaires : un adolescent sur quatre concerné. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/article/troubles-des-conduites-alimentaires-un-adolescent-sur-quatre-concerne>

anxiété^{160,161} ou diverses manifestations liées à l'incertitude concernant l'avenir de la terre et de l'humanité.

Enfin, comme aux autres âges de la vie, la crise Covid-19 a révélé des difficultés d'accès aux soins notamment en cas de maladie chronique, auxquelles s'ajoute la problématique spécifique de la transition de la pédiatrie vers les services d'adultes, moment délicat dans la prise en charge des jeunes concernés, pendant lequel certains d'entre eux arrêtent tout suivi médical.

Le Comité interministériel à l'enfance¹⁶² a décliné ses priorités d'actions pour 2023 dans lesquelles des actions tournées vers la santé des adolescents sont retrouvées.

h) La santé mentale des enfants et adolescents

L'épidémie de Covid-19 a souligné la fragilité et « l'importance de l'équilibre psychologique et émotionnel, le lien entre santé mentale, santé physique et qualité relationnelle, le lien entre santé mentale de l'enfant et le respect effectif de ses droits » (rapport Défenseur des droits de l'enfant).

Les inégalités socio-économiques, territoriales, l'isolement culturel aggravent les troubles neurodéveloppementaux¹⁶³ dans leurs aspects cognitifs mais aussi émotionnels et affectifs, les manifestations de souffrance psychique, les troubles mentaux des enfants à tout âge et ceux de leur famille. Elles sont également génératrices d'inégalités futures (la plupart des indicateurs de santé mentale sont marqués par des inégalités sociales en défaveur des enfants issus de foyers les plus modestes Elles entravent, par isolement géographique ou regroupement dans des zones défavorisées, l'accès à l'offre des services allant de l'accueil en crèche aux espaces associatifs et culturels jusqu'aux services de soins primaires et secondaires.

Les analyses des enquêtes communautaires réalisées en Europe ont confirmé l'ampleur de la maltraitance (dont la négligence) : la prévalence est de 22,9 % pour la violence physique et de 29,1 % pour les violences psychologiques. Les activités de recherche réalisées dans le monde entier sur les faits de négligence indiquent une gravité et une prévalence élevées, à savoir 16,3 % pour la négligence physique et 18,4 % pour la négligence affective^{164,165} ; la violence envers un partenaire intime en présence du très jeune enfant y est très fréquemment associée^{166,167}. Ces négligences s'exercent en majorité auprès des enfants de

¹⁶⁰ Climate anxiety in young people: a call to action, Judy Wu, Gaelen Snell, Hasina Samji, Lancet Planetary health, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30223-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30223-0)

¹⁶¹ ©Ipsos – Baromètre des adolescents – Octobre 2022 – Hélène Roques, Notre Avenir à tous – Karine Lamiraud, Essec

¹⁶² Lancement du comité interministériel à l'enfance <https://www.gouvernement.fr/actualite/lancement-du-comite-interministeriel-a-lenfance>

¹⁶³ Bettencourt C, Garret-Gloanec N, Pellerin H, Péré M, Squillante M, Roos-Weil F, et al. (2022) Migration is associated with baseline severity and progress over time in autism spectrum disorder: Evidence from a French prospective longitudinal study. PLoS ONE 17(10): e0272693. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272693>

¹⁶⁴ OMS Europe Investir dans l'enfance : le plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020

¹⁶⁵ <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2021-3-page-90.htm>

¹⁶⁶ Violence à l'encontre des enfants <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>

¹⁶⁷ Apter G ; <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie->

moins de trois ans et ont des effets majeurs sur leur développement. Elles sont réversibles si les interventions sont précoces, cohérentes, si sa sécurité et la stabilité de son cadre de vie sont garanties.

Les atteintes se manifestent par des états de stress post-traumatique, des signes somatiques, un impact en termes de développement cérébral, des signes fonctionnels (apprentissage), des troubles développementaux secondaires¹⁶⁸, des retraits relationnels, des troubles de l'attachement, des conduites asociales, des manifestations psychiatriques (dépression, pathologie borderline...)¹⁶⁹.

Le mésusage des écrans, redoublé pour les enfants d'âge scolaire depuis la crise sanitaire du fait du repli social et de l'utilisation généralisée du numérique aux dépens du support papier, est en augmentation exponentielle¹⁷⁰ avec des effets psychiatriques, développementaux, affectifs, comportementaux, somatiques (obésité, réduction de l'activité physique).

Par ailleurs, les enjeux de santé demeurent importants en termes de mortalité et de morbidité évitables dominés par les accidents et les suicides^{171,172}, avec une augmentation des troubles dépressifs, chez les filles en particulier, dans les suites de la pandémie Covid-19¹⁷³. À ces problèmes s'ajoutent ceux liés aux comportements à risque de cette tranche d'âge (consommations de produits psychotropes), les prises de risque dans le domaine de la sexualité, le mésusage des écrans, le harcèlement, la violence, le refus scolaire anxieux et les phobies sociales, les troubles des comportements alimentaires (obésité), les préoccupations concernant le climat.

En conclusion, renforcer la politique de santé en faveur des enfants pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé nécessite de redéfinir le parcours de santé des enfants autour de la prévention et du médecin traitant en l'inscrivant dans un cadre territorialisé adapté aux besoins et aux ressources du territoire, et en s'appuyant sur le levier de la transformation numérique du carnet de santé. Il s'agit de mieux allouer, autour des priorités plus lisibles et davantage pilotées, des ressources aujourd'hui dispersées et de clarifier les missions des acteurs en favorisant leur complémentarité dans le cadre d'exercices coordonnés.

Cette réallocation de ressources dans un cadre financier maîtrisé devrait constituer une priorité pour réduire les inégalités de santé des enfants, améliorer leur état de santé actuel

2021-3-page-90.htm

¹⁶⁸ Cohen D and Baptista A (2022) Homo Developmentalis: An evolutionary proposal relevant for child and adolescent mental health. *Front. Child Adolesc. Psychiatry* 1:940827.doi: 10.3389/frcha.2022.940827

¹⁶⁹ Pernel AS, Garret-Gloanec N. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de 3 ans. *EMC - Psychiatrie* 2020;0(0):1-15 [Article 37-208-A-85].

¹⁷⁰ IPSOS Baromètre des adolescents ; <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-11/Rapport%20-%20Barometre%20des%20adolescents.pdf>

¹⁷¹ GBD 2019 Adolescent Mortality Collaborators. Global, regional, and national mortality among young people aged 10-24 years, 1950-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021 Oct 30;398(10311):1593-1618. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01546-4.

¹⁷² OMS, Santé mentale des adolescents, 17 novembre 2021.

¹⁷³ Impact du Covid-19 sur la santé mentale (hcsf.fr)

et futur, et limiter ainsi les dépenses évitables. Mettre la prévention au cœur de l'approche de santé des enfants suppose de mieux informer et accompagner les parents par la mise à disposition d'informations facilement accessibles et fiables et pour les enfants en faire des acteurs de leur santé en développant les compétences psychosociales. Cet effort implique notamment de poursuivre la dynamique de soutien aux PMI en consolidant leur financement par la reconnaissance de certains actes de puériculture et l'extension du périmètre des actes et produits pris en charge par l'assurance maladie.

C. Une situation sanitaire préoccupante en outre-mer

L'état de santé des populations d'outre-mer peut être décrit sous l'angle de quelques pathologies ou problèmes de santé principaux, dont certains sont spécifiques aux zones tropicales et majorés par les conditions de vie, la précarité d'une part importante de la population et les réponses apportées en termes d'organisation sanitaire. Ces éléments sont retrouvés à la fois dans les travaux du HCSP « La santé Outre-mer. Actualité et Dossier en Santé Publique. Juin 2015¹⁷⁴», dans les travaux menés par la CNAM « RESP 2016 L'état de santé des populations d'Outre-mer en 2012, comparativement à la métropole : une analyse de la base nationale de l'Assurance Maladie¹⁷⁵» ou par la Cour des comptes¹⁷⁶. Cette situation épidémiologique a peu évolué au cours de ces dernières années.

L'état de santé des territoires d'outre-mer varie en fonction de l'écosystème de chacun d'eux. Ces territoires présentent une grande hétérogénéité, à la fois par rapport à la France hexagonale mais également entre eux, en ce qui concerne leurs caractéristiques humaines, sociales, socio-économiques et géographiques.

- Sur le plan démographique, Mayotte et la Guyane se distinguent par leur forte croissance démographique (fécondité élevée et flux migratoires importants d'une grande diversité ethnolinguistique), La Réunion par sa forte croissance démographique. En revanche, la Martinique et la Guadeloupe sont des départements vieillissants (baisse de la fécondité, augmentation de l'espérance de vie, mouvements migratoires avec fuite vers la métropole des populations jeunes, et retour aux Antilles de la population retraitée).
- Sur le plan socio-économique, on observe un taux de chômage trois fois plus important (entre 20 et 30 %), des conditions de vie dans les départements d'outremer nettement plus défavorables que dans l'hexagone (pauvreté et précarité largement répandues).
- Sur le plan géographique, ces territoires d'outremer sont également exposés à des risques naturels particuliers comme les risques sismiques, climatiques, environnementaux (chlordécone, saturnisme, mercure, habitat insalubre ...) ou infectieux dont l'amplitude ou la nature différent de ceux rencontrés dans l'hexagone. Leur caractère insulaire ou continental (africain ou américain) leur confère également des spécificités.

¹⁷⁴ Actualité et dossier en santé publique n° 91 La santé en outre-mer. HCSP (2015)
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=148>

¹⁷⁵ A. Filipovic-Pierucci, A. Rigault, A. Fagot-Campagna, P. Tuppin. L'état de santé des populations des départements d'outre-mer en 2012, comparativement à la métropole : une analyse de la base nationale de l'Assurance maladie. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique Volume 64, Issue 3, June 2016, Pages 175-183 <https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.01.099>

¹⁷⁶ La santé dans les outre-mer : Une responsabilité de la République. Cour des Comptes (2014).
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20140612_rapport_thematique_sante_outre_mer.pdf

Sur un plan épidémiologique, certains problèmes de santé particulièrement présents sur ces territoires d'outre-mer sont à souligner :

- La surmortalité infantile ou périnatale, particulièrement marquée à Mayotte (16,1/1000) et en Guyane (11,8/1000), où la population est jeune avec une croissance démographique forte, notamment du fait d'une fécondité élevée.
- Les maladies infectieuses qui sont encore à l'origine d'une part importante de la morbidité. Le VIH représente un réel problème dans les départements d'Amérique (Guyane, Guadeloupe et Martinique). Les épidémies d'arbovirose se multiplient depuis de nombreuses années sur les territoires (dengue, chikungunya, Zika) et la lutte contre le paludisme en Guyane reste insuffisante. Les infections sexuellement transmissibles se développent comme dans l'hexagone. La tuberculose gagne du terrain, notamment chez les plus précaires et les migrants.
- Les cancers sont globalement moins fréquents dans les territoires d'outre-mer, néanmoins certains cancers comme le col de l'utérus en Guyane, et de la prostate (SMR : 2,3) aux Antilles, sont plus répandus que dans l'hexagone.
- Concernant les maladies chroniques, hors cancers, la prévalence de certains déterminants de santé (pauvreté, précarité, moindre niveau d'éducation) favorise le surpoids, l'obésité et la survenue de morbidités associées (diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires). Autre particularité, la spécificité alimentaire de ces territoires qui est étroitement liée aux particularités culturelles géographiques et climatiques. Les inégalités sociales et géographiques de recours et d'accès aux soins, l'insuffisance de la prévention et la faible littératie en santé de la population, favorisent la survenue de multiples complications de ces maladies chroniques. Pour exemples, la dialyse est plus fréquente dans les territoires d'outre-mer que dans l'hexagone (SMR entre 2,7 pour la Guadeloupe et jusqu'à 4,4 pour La Réunion), comme les amputations (SMR entre 1,0 pour la Guadeloupe jusqu'à 2,8 pour la Réunion).
- Les addictions sont également un problème de santé publique important pour la population de l'outre-mer avec notamment une vulnérabilité des femmes enceintes. La réalité en matière d'addictions est complexe à appréhender compte tenu de la diversité des zones géographiques, de la difficulté à aller vers les populations et des activités de trafics dans les territoires d'outre-mer. Les niveaux de consommation sont globalement inférieurs à ceux de l'hexagone, mais les pratiques sont intensives lors de l'utilisation de ces produits (tabac, alcool, cannabis ...). Les dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage d'alcool dans les outre-mer sont particulièrement saillants : accidentologie routière (Martinique et Guadeloupe), violences intra conjugales (Guyane), alcoolisation fœtale (La Réunion). « Drogues et addictions dans les outre-mer – Etat des lieux et problématiques. Rapport OFDT juin 2020).

La précédente SNS 2018-2022 elle-même portait différentes propositions sur les outre-mer. En complément, de nombreux exercices de démocratie sanitaire et travaux ont été produits ou sont en cours sur les départements ultramarins et notamment :

- Le Livre bleu Outre-mer (2018) qui contient l'ensemble des travaux réalisés au cours des Assises des Outre-mer, organisées entre octobre 2017 et mars 2018.
- Les Projets régionaux de santé/COS/SRS/PRAPS formulés en 2018 et dont les COS engagent jusqu'en 2027-2028. Le bilan à 5 ans reste à produire.
- Jusqu'aux travaux en cours du Conseil National de la Refondation-Santé.
- En passant par différents travaux spécifiques :
 - o Plans chlordécone I, II, III, IV,
 - o Schéma de l'autonomie 2018 - 2023 de la Collectivité Territoriale de Martinique,

- Rapport du HCSP « Les inégalités de santé en Guyane : état des lieux et préconisations » – 4 mars 2021,
- Rapport d'information au Sénat sur l'accès aux soins à Mayotte (Commissions des affaires sociales) – Juillet 2022.

L'état de santé de la population des outre-mer reste préoccupant malgré des mesures déjà engagées durant la précédente SNS avec des disparités importantes selon les territoires et au sein des mêmes territoires. Des pistes d'action ont été proposées dans différents rapports qui nécessitent d'être complétées et organisées en une véritable stratégie visant à réduire les disparités constatées notamment avec la métropole.

L'étude de certains facteurs tels que l'alimentation, le tabac, l'alcool et les drogues, ainsi que des facteurs environnementaux a été renouvelée dans le cadre de cette nouvelle SNS, montrant une évolution globalement favorable avec la diminution de la majorité des comportements à risque. Cependant, de fortes inégalités sociales et territoriales demeurent et se creusent, contrastant avec les résultats positifs obtenus. Le HCSP rejoint les 3 rapports mentionnés précédemment concernant les contrastes observés pour les indicateurs, et complète avec les conséquences sur le système de soins, causées également par la crise sanitaire et les maladies rares. De plus, trois menaces, déjà présentées en 2017, se sont intensifiées. Il s'agit de celle concernant l'environnement, caractérisée par le changement climatique et la pollution chimique environnementale, du risque infectieux maintenant réel, bien présent et favorisé par le changement climatique, ainsi que du poids croissant des maladies chroniques, premier poste de dépenses de la Cnam en 2020. De nouveaux enjeux sont également à prendre en compte. Révélées au cours de la crise sanitaire, les problématiques liées à la santé mentale nécessiteront une attention particulière au cours des prochaines années. De plus, la santé de l'enfant, constituée d'inégalités sociales fortes, reste trop peu visible au sein des politiques de prévention. Enfin, la situation reste préoccupante en outre-mer où la santé y est un sujet complexe en raison des fortes disparités et nécessite donc un suivi particulier.

Le bilan de l'état de santé de la France est donc contrasté. Contrasté parce que certains indicateurs généraux évoluent favorablement même s'ils doivent être examinés avec prudence en raison de la crise sanitaire et de son impact sur de nombreux aspects de la santé de la population française. Contrasté parce que les menaces identifiées en 2017 par le HCSP dans son rapport préparatoire de la SNS persistent ou se sont précisées mais aussi parce que d'autres sont apparues majeurs dans le paysage sanitaire français comme la santé mentale, la santé des enfants ou la santé dans les territoires ultra-marins. Contrasté enfin parce que de nombreuses données indiquent que les inégalités sociales de santé ont augmenté durant le temps de la précédente SNS. Ce bilan permet ainsi d'apprécier ce que produit notre système de santé dans son ensemble, système de santé publique, système de soins et système médico-social. Car c'est bien l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population qui doit être la cible de notre système de santé.

VI. Une crise majeure de l'ensemble du système de santé, du système de soins et de leurs acteurs

Le diagnostic porté à l'issue de l'examen des différents rapports et données concernant le système de santé dans son ensemble mais aussi d'autres crises internes au système de santé lui-même amènent le HCSP à faire le constat que notre système de santé dans son

ensemble est rentré dans une phase critique alors que les indicateurs de santé montrent une détérioration de l'état de santé de la population française et une augmentation des facteurs qui pèsent sur ce système.

Pour le HCSP, il ne s'agit pas de problèmes de santé isolés qui pourraient trouver chacun isolément une solution mais d'une crise systémique, mettant en jeu la soutenabilité de ce système dans son ensemble, et qui nécessite une réponse globale passant par une évolution majeure de notre système de santé.

En effet, aucune des pressions identifiées par le HCSP, comme par les autres instances d'évaluation ou d'expertise n'est susceptible de s'améliorer soit spontanément soit par des mesures catégorielles.

Ce diagnostic avait été porté par la Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) en 2018 dans son rapport « Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé »¹⁷⁷ en ces termes : « *On peut estimer que des ajustements, un approfondissement des actions déjà entreprises suffiraient pour atteindre les objectifs maintes fois réaffirmés et sur lesquels tout le monde s'accorde : recentrage des établissements de santé sur leurs missions techniques, d'urgence et d'expertise ; structuration de la ville dans le cadre d'un exercice collectif coordonné permettant de garantir l'accès aux soins, leur continuité et de développer la prévention ; lutte contre le gaspillage, la non pertinence, la non qualité. Mais, force est de constater que la réalité résiste et que, malgré des efforts constants, notre système a peu bougé dans ses grandes caractéristiques héritées des réformes des années 1960-1970. Ce modèle, orienté vers une approche curative et individuelle de la santé, ne parvient pas à se transformer pour répondre aux nouveaux besoins de la population qui résultent de la transition démographique et épidémiologique* ». Le HCAAM a proposé un projet de transformation susceptible de fédérer l'ensemble des acteurs, projet s'inscrivant dans une perspective de moyen terme, et devant être distingué des mesures urgentes qu'appelle la situation actuelle dans différents secteurs ou dans certains territoires.

Dans le propos introductif de son dernier rapport Charges et produits pour 2023, l'Assurance Maladie confirme ce diagnostic : « *Ces propositions interviennent dans une période inédite qui nécessite de profondes évolutions pour à la fois faire face aux urgences de très court terme et mieux répondre aux besoins de santé de la population. La crise sanitaire nous a appris que la santé publique et la prévention doivent occuper une place de premier plan, et les évolutions telles que la télémédecine et les nouveaux partages des tâches doivent s'accélérer. Mais tout ceci ne peut se faire sans assurer la viabilité économique de long terme du système de santé* »¹⁷⁸.

1. Le système de santé français face à un risque systémique

La France qui a développé un système de santé essentiellement fondé sur un système de soins très développé et très coûteux n'avait identifié que les faiblesses de son système de santé publique dans le rapport « Redessiner la santé publique de demain » de Franck

¹⁷⁷ Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé. HCAAM (2018). <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/avis-et-rapport-2018-contributi.html>

¹⁷⁸ Rapport Charges et Produits pour 2023 <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2022-07-13-cp-rapport-charges-et-produits-pour-2023>

Chauvin¹⁷⁹ ou son système médico-social pour certaines populations comme les personnes âgées dans le rapport « Grand âge et autonomie » de Dominique Libault¹⁸⁰. Plusieurs éléments viennent, en plus du diagnostic sanitaire fait précédemment, conforter l'analyse que la crise touche maintenant l'ensemble du système de santé dont le système de soins, jusque-là épargné au moins partiellement pour sa part hospitalière.

La crise du système de santé en France peut être attribuée à plusieurs causes mais cette analyse pour importante qu'elle soit ne relève pas de ce rapport. Toutefois, on peut citer cinq d'entre elles qui ont été accentuées durant et à l'issue de la crise sanitaire :

- La demande croissante de soins de santé due à la croissance démographique et au vieillissement de la population a entraîné une augmentation de la demande de soins de santé qui a été mal anticipée puisqu'un certain nombre de décisions prises il y a plus de 30 ans étaient fondées sur le fait que la demande pouvait être contrainte par l'offre. Cette pression accrue sur le système de santé a entraîné saturation des hôpitaux et des services d'urgence.
- Les contraintes budgétaires maintenues sans réformes structurelles ont entraîné une réduction des budgets alloués à certains secteurs du système de la santé même si la France se caractérise par un taux élevé de dépenses en part du PIB.
- Le manque de coordination entre les différents acteurs du système de santé (hôpitaux, médecins libéraux, pharmaciens) agissant dans des sous-systèmes différents et très fragmentés et les logiques sous-jacentes différentes nuisent à l'efficacité globale du système.
- La centralisation du système de santé et la faible implication des collectivités territoriales ont éloigné progressivement le système de santé des populations notamment des populations les plus défavorisées nuisant à des prises de décision rapides lorsqu'elles sont nécessaires et à une réponse adaptée aux besoins de la population. Les régions rurales et les quartiers défavorisés ou les centre villes sont particulièrement touchés par cette centralisation et cette concentration.

Les inégalités de santé, mises en évidence ou accentuées par la crise Covid-19, concernent les inégalités territoriales d'accès aux soins et les inégalités sociales d'accès à la prévention ou à des environnements favorables à la santé. Les différences de mortalité ou de morbidité observées durant la crise sont de ce point de vue explicites.

Ces différentes causes sont interconnectées et contribuent à la crise actuelle du système de santé en France. Des réformes structurelles sont nécessaires pour améliorer la qualité des soins, garantir l'accès aux soins pour tous et assurer la durabilité financière du système de santé.

A. Une crise majeure des acteurs du soin et de la santé

Plusieurs indicateurs montrent que la crise qui existait dans plusieurs secteurs du système de santé touche maintenant l'ensemble des acteurs du système de soins en France et risque d'avoir un impact sur la qualité de vie au travail de ces professionnels, leur capacité à répondre aux besoins des patients et donc sur la qualité des soins. Cette crise est ancienne. En effet, dans son rapport préparatoire à la SNS 2018-2022, le HCSP avait déjà identifié la

¹⁷⁹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

¹⁸⁰ <https://www.vie-publique.fr/en-bref/268954-rapport-libault-comment-reformer-la-politique-du-grand-age>

qualité de vie au travail comme un des déterminants de la santé de la population¹⁸¹.

L'approche écologique des systèmes indique que l'efficacité d'un système serait en partie déterminée par ses capacités à disposer de ressources de qualité. L'état actuel de santé physique et mentale au travail des ressources humaines (RH) dédiées à la fourniture des soins questionne profondément la capacité de notre système à se développer de manière durable. Les RH de la santé représentent des effectifs importants, environ 1,6 millions d'emplois (soit 6 % de la population active) et un poids budgétaire majeur (à titre d'exemple, près de 70 % des dépenses de fonctionnement hospitalier sont des dépenses de personnel). Mais parallèlement, les données sociales disponibles montraient des indicateurs RH déjà préoccupants : taux d'absentéisme élevé (plus de 14 % en 2016 selon un sondage Sofres), exposition importante aux risques professionnels, notamment aux troubles musculosquelettiques (TMS) et aux risques psycho-sociaux.

En 2014, la HAS a introduit une référence explicite à la qualité de vie au travail dans la certification des établissements de santé. Fin 2016, la ministre en charge de la santé a présenté une Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail : « *Prendre soin de ceux qui nous soignent* ». Son plan se décline en deux volets, hospitalier et ambulatoire, réunis autour de trois axes : faire de la qualité de vie au travail une priorité politique, améliorer les conditions de travail du quotidien, mieux accompagner les professionnels de santé au changement et à la détection des risques psychosociaux.

Plusieurs années plus tard, il est possible de constater que les situations se sont aggravées et ce malgré des revalorisations substantielles allouées dans le cadre du « Ségur de la Santé »¹⁸². Il faut noter que cette consultation et processus de négociation avait pour ambition de réformer et améliorer le système de santé français. En effet, l'objectif était d'identifier les principaux défis auxquels était confronté le système de santé, de proposer des solutions pour relever ces défis et d'améliorer les conditions de travail et la rémunération des professionnels de la santé. Le processus visait également à améliorer l'accès aux services de santé pour les patients, en particulier dans les zones rurales.

Les récentes déclarations ou perspectives évoquées montrent que les objectifs n'ont pas été atteints confortant le HCSP dans son analyse d'une crise systémique ne pouvant être abordée que sous cet angle et qui doit prendre en compte non seulement les acteurs du système de soins, mais aussi les professionnels du secteur médico-social et social (travailleurs sociaux de l'éducation spécialisée et de l'animation sociale, les psychologues, les professionnels des activités physiques adaptées, etc.), les décideurs et régulateurs de la santé (qu'ils soient issus d'administrations centrales ou délocalisées, d'établissements de santé ou élus des différentes collectivités territoriales), ainsi que les usagers du système (patients, aidants). Cette vision élargie des systèmes obéit à une logique de parcours de santé dépassant le parcours de soins, et à la prise en compte de la multiplicité des acteurs intervenant à des temps et des espaces sanitaires et sociaux différents. Elle prend en compte les interactions complémentaires entre tous les acteurs contribuant à la santé.

a) Une perte d'attractivité des métiers de la santé et « souffrance éthique »

Comme le souligne le Comité consultatif national d'éthique (CCNE)¹⁸³, à la souffrance

¹⁸¹ Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=627>

¹⁸² Ségur de la santé : les conclusions. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions>

¹⁸³ Avis 140 : repenser le système de soins sur un fondement éthique https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-11/Avis140_Final_0.pdf

physique et psychique, s'ajoute ce que le CCNE a appelé une « souffrance éthique » de plus en plus manifeste des personnels de santé. Le CCNE met en lumière une crise des fondements de notre système de santé, qui s'étend au-delà du système de soins, se traduisant notamment par une crise de la confiance dans les politiques menées dans ce domaine et une crise de l'écoute, due en grande partie à un manque de reconnaissance et de sollicitation des acteurs de la démocratie sanitaire.

Alors que la fin des années 1970 a marqué un virage important dans l'architecture du système de santé, avec une maîtrise des coûts devenue une question centrale de la gestion du système, les acteurs de la santé ne se reconnaissent pas dans ce modèle économique, jugé aujourd'hui responsable de la crise et contraire aux valeurs professionnelles du soin. La souffrance éthique témoigne d'une difficulté structurelle de notre système à prendre en compte la qualité de vie au travail et à gérer les conflits de valeurs des acteurs. Cette souffrance multifactorielle est à l'origine de plus en plus de démissions de soignants, notamment depuis la crise liée à la pandémie (Covid-19).

b) Les acteurs du système comme éléments de la crise

Les acteurs de la santé ont joué un rôle prépondérant dans la crise qui les touche eux-mêmes, qu'il s'agisse des soignants ou des gestionnaires du système de santé.

Le *numérus clausus* a été demandé par le Syndicat autonome des enseignants en médecine puis mis en place en mai 1980. Il a été maintenu à la demande des organisations syndicales de médecins au début des années 2000 pour maintenir une activité suffisante et ce alors que la décroissance du nombre de praticiens était annoncée. Il en est de même, du retard pris en France sur le développement d'un modèle de coopération professionnelle et de délégation de tâches médicales ou du développement des infirmières de pratique avancées¹⁸⁴.

L'organisation de la concurrence entre les hôpitaux, la recherche de rentabilité ou de développement par les responsables d'établissements de soins sont aussi des facteurs qui ont contribué à la crise des acteurs. Les modèles de financement en ville comme à l'hôpital encouragent à la production d'actes plus qu'à la pertinence, à la justesse, et à l'économie des soins en privilégiant la production à l'aspect relationnel du soin¹⁸⁵. La crise en lien avec la pandémie Covid-19 n'a fait que révéler ces ambiguïtés qui ont joué un rôle majeur dans la perte d'attractivité des métiers du soin et plus globalement de la santé.

Cinq conclusions majeures doivent être tirées des constats :

- Les acteurs de l'ensemble du système de santé constituent aussi des déterminants fondamentaux de la santé des Français. Ainsi, dans son rapport préparatoire à la SNS 2018-2022, le HCSP avait attiré l'attention des pouvoirs publics sur les conditions de vie au travail de ces acteurs. Les tensions répétées au sortir de la crise sanitaire Covid-19 doivent inciter à engager rapidement les évolutions voire transformations des métiers du soin et des conditions dans lesquelles ils sont exercés.
- Depuis 2002 et les différents rapports rédigés par le professeur Yvon Berland, la France accuse un retard important dans le développement de modèles coopératifs et

¹⁸⁴ Expertise sur la pratique infirmière avancée. <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-010r-rapport.pdf>

¹⁸⁵ L'évolution des modes de financement des établissements de santé : Une nouvelle échelle de valeur. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport__evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf

participatifs en santé, faute d'une mise en œuvre des recommandations. Combinée à une faible littératie en santé de la population, l'exercice cloisonné et vertical donnant au médecin une place prédominante qu'il n'a plus le temps d'accomplir, comme l'ensemble des compétences depuis la prévention jusqu'à l'accompagnement à l'activité physique ou la réhabilitation ne permet pas l'évolution nécessaire à la prise en charge de patients de plus en plus nombreux, porteurs de maladies chroniques et pour certains nécessitant des prises en charge complexes mais réalisables à domicile.

- L'organisation du système de santé répond principalement à la structuration des métiers en terme disciplinaire, alors qu'il devrait répondre à des enjeux de compétences, qui selon les situations ne répondent pas à la logique des métiers stricto-sensu. Le HCSP rappelle qu'il est nécessaire et urgent d'éviter les comportements corporatistes qui ne permettent pas de répondre aux attentes de la population. Les expertises professionnelles doivent désormais s'adapter de manière agile aux exigences actuelles du parcours de santé, aux contingences de l'environnement, pour offrir le meilleur service en réponse aux besoins de la population, qui diffèrent d'un patient à l'autre, d'un territoire à l'autre.
- L'enseignement des métiers de la santé et du soin en France, répond à ce même modèle centré sur les disciplines qui ne permet pas suffisamment la connaissance réelle et l'interopérabilité des compétences entre les professionnels de santé, ni l'apprentissage du travail en « équipe », facteur de succès de la qualité des soins.
- Les métiers de la santé et particulièrement du soin ont perdu de leur attractivité car ils ne répondent plus aux valeurs portées par les professionnels en poste, ni aux aspirations des générations nouvelles de professionnels. Il en résulte une diminution du temps médical et soignant disponible eu égard au nombre de professionnels formés et une désaffection au regard du nombre croissant de professionnels qui quittent leur métier depuis plusieurs années.

La crise des acteurs du système de santé est un élément majeur de la crise que traverse le système de santé depuis plusieurs années et met en évidence les tensions de ce système face aux évolutions démographiques, épidémiologiques et sociétales.

B. La soutenabilité du système de santé remise en cause

a) La soutenabilité financière : un financement de plus en plus inadapté

Les modalités de financement des systèmes de santé font régulièrement l'objet de vifs débats et pour cause, les dépenses de santé, indépendamment des caractéristiques des systèmes, représentent un enjeu économique très important, puisqu'elles correspondent en moyenne en 2020, à 10,9 % du PIB dans les pays européens¹⁸⁶. En 2021, en France, la dépense courante de santé (au sens international, DCSi) s'élève à 307,8 milliards d'€ (+9,8 % par rapport à 2020), soit 12,3 % du PIB ; la consommation en soins et bien médicaux atteint les 226,7 milliards d'€ soit plus de 9,1 % du PIB. La sécurité sociale finance près des 4/5 de cette dépense, soit 79,8 % en 2021¹⁸⁷. Les spécificités de ce bien santé, considéré comme un bien supérieur – c'est-à-dire un bien tel que lorsque la richesse augmente, la part de cette richesse allouée à la santé augmente-, et la part de cette dépense socialisée, c'est-

¹⁸⁶ Health at a Glance: Europe 2022. OCDE (2022). https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en

¹⁸⁷ Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022 - Résultats des comptes de la santé. DREES. (2022). https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/CNS2021_MAJ101122.pdf

à-dire concrètement déconnectée de la consommation, font qu'au-delà des agrégats comptables, les problématiques de financement de la santé et la répartition de ces financements entre les différents acteurs (assurance maladie, assurance maladie complémentaire et ménages) sont au cœur des arbitrages politiques et constituent de véritables choix de sociétés.

Depuis les années 50, le système de santé a connu de grandes évolutions : sans revenir sur l'ensemble des constats énoncés précédemment, les évolutions ont été particulièrement significatives en termes de financement, par exemple,

- La part de la consommation en soins et biens médicaux, agrégat qui ne comprend notamment pas les soins de longue durée, les indemnités journalières, les dépenses de prévention institutionnelle, etc. (comptes de la santé, 2022) dans le PIB est passée de 2,6 % du PIB en 1950 à 9,1 % en 2021 ;
- Le nombre d'opérateurs dans le financement des dépenses a largement augmenté du fait :
 - o D'une part, de l'entrée sur le marché de l'assurance maladie complémentaire dans les années 80, des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance ;
 - o D'autre part, de l'élargissement majeur de la souscription d'une assurance maladie complémentaire 30 % de la population disposaient d'un contrat d'assurance complémentaire en 1960 quand cela concerne aujourd'hui plus de 95 % de la population (La complémentaire santé, Drees 2019) ;
- Alors que dans le même temps, les parts de la sécurité sociale dans le financement des postes de la CSBM ont significativement augmenté : de 55 % de la dépense hospitalière en 1950, la sécurité sociale en finance plus de 93 % en 2021 (91,8 % en 2019) ; 53 % pour les soins de ville et 47 % pour les médicaments en 1950 vs respectivement 68 % (65,7 % en 2019) et 75 % (72,6 % en 2019) en 2021 (Comptes de la santé de 2021, 2022).

L'ampleur de ces évolutions pose clairement la question de la pertinence des modèles de financement face aux défis contemporains du système de santé.

Les ressources du système de protection sociale ont déjà été largement diversifiées depuis la mise en place du système d'assurance sociale de type Bismarckien à la sortie de la seconde guerre mondiale. Initialement financé par les cotisations sociales, ces dernières représentent en 2019¹⁸⁸ pour la branche santé de la protection sociale seulement le tiers des ressources, les deux autres tiers étant issus des impôts et taxes¹⁸⁹. Ces changements ne sont pas anodins en termes de redistributivité du financement, de capacité de régulation et de contrôle du gouvernement, mais aussi de lisibilité du financement et consentement à payer des citoyens car la façon dont un service public est financé peut sembler aussi importante que la façon dont il est mis en œuvre¹⁹⁰. Du côté du financement des acteurs, la question des modèles de financement des acteurs pose question.

Ce questionnement sur la pertinence des modèles de financement concerne aussi bien les

¹⁸⁸ Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2019 <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2020/CHIFFRES%20CLES%202020%20ED2019.pdf>

¹⁸⁹ Les comptes de la sécurité sociale. RAPPORT septembre 2020. <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS-Sept%202020.pdf>

¹⁹⁰ Usager partout, citoyen nulle part : ce qu'il reste du consentement à l'impôt <https://theconversation.com/usager-partout-citoyen-nulle-part-ce-quil-reste-du-consentement-a-limpot-128135>

modèles de rémunération des acteurs de l'offre de soins et plus largement de l'offre de santé que les modèles de prise en charges des dépenses pour les usagers du système.

Concernant les modèles de financement ou rémunération de l'offre de soins, les constats sont largement partagés.

- Un financement à l'activité contre-productif en termes d'efficacité économique et de qualité des soins

Le modèle de financement des soins repose en France, majoritairement sur les quantités produites de soins, sur l'activité, particulièrement pour les soins de ville et les soins hospitaliers de MCO¹⁹¹. Les caractéristiques des paiements à l'activité sont bien connues, qu'ils s'agissent du paiement à l'acte pour les professionnels de santé en ville que pour le paiement à l'activité des structures et établissements hospitaliers. S'ils permettent globalement d'assurer une certaine productivité et une certaine réactivité du système, ces mécanismes (paiement à l'acte, paiement à l'activité, paiement à la journée) tiennent trop peu compte de la pertinence des soins et plus largement de la qualité des soins et services produits. En effet, ces modèles principalement basés sur l'activité sont tels que le prix administré d'un acte, d'un service ou d'un séjour correspond au coût moyen de cet acte (calculé le plus souvent sur la base de moyennes nationales). Ainsi, un problème inhérent de ces modèles de paiements est le risque d'une production d'actes, services ou séjours, non pertinents, redondants voire inutiles. En sus du coût financier associé à ces actes, ils peuvent s'avérer délétères pour les patients, posant ainsi un véritable problème d'efficience et de qualité des soins qui se traduisent pour les professionnels comme pour les établissements par un potentiel manque de pertinence des services et actes produits aussi bien que dans la pertinence des parcours de soins –construction pertinente et optimale des parcours associant les professionnels et experts de la ville et ou de l'hôpital les plus pertinents-. La mise en place des mécanismes additionnels de paiement dits paiements à la performance (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique, ROSP pour la médecine de ville, Incitations Financières à l'Amélioration de la Qualité, IFAQ, pour l'hôpital) ne permet pas de corriger à la bonne mesure les défauts bien connus de ces systèmes.

- Un financement des acteurs insuffisamment fondé sur une approche populationnelle

Ces modèles de tarification basés sur l'activité peuvent permettre une réactivité du système et centrent l'approche des acteurs de l'offre sur le patient. Il est établi que ces paiements éloignent toutefois clairement de la question de la santé populationnelle. Les conséquences ne sont pas négligeables puisque seule une approche populationnelle à tous les niveaux pourrait orienter le système vers plus de prévention précoce et une identification plus précise des publics ciblés parce que prioritaires et ou vulnérables favorisant les stratégies du « aller vers ». Instiller une approche populationnelle dans les déterminants de choix des acteurs de l'offre de soins et plus largement pour la construction de parcours de santé constitue un défi car cela correspond à un véritable changement culturel.

- Des financements qui manquent de cohérence

Au-delà des limites des modèles de paiements reposant sur l'activité, certains paiements additionnels manquent de cohérence entre eux selon les contextes conduisant les professionnels ou structures vers des choix stratégiques contraires. En effet, les professionnels en ville comme les établissements sont de plus en plus incités à participer à des dynamiques de coopérations pluriprofessionnelles et ou plurisectorielles. Différentes sources et natures de rémunérations se cumulent aux rémunérations à l'activité (des forfaits,

¹⁹¹ Modes de financement et de régulation. Rapport final (2019).

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf

des bonus, etc.) avec parfois des objectifs antagonistes. À titre d'exemple, alors que les professionnels d'une équipe pluriprofessionnelle pourraient être jugés collectivement responsables d'une bonne qualité des soins au sens de la ROSP, seuls les médecins de l'équipe peuvent en réalité en bénéficier. Plus largement, les paiements à l'acte « individuels » en ville n'incitent clairement pas à rechercher le parcours le plus efficace pour le patient, la meilleure articulation entre les différents acteurs qui pourraient être impliqués dans une prise en charge de plus en plus souvent complexes¹⁹². Ainsi, les financements devraient donc avoir pour objectif de donner une cohérence à l'action collective à toutes les échelles et sur tous les territoires.

Concernant le modèle de financement de la demande de soins, là aussi, les constats sont largement partagés. De nombreux rapports et publications^{193,194,195} ont formalisé le diagnostic et discuté voire proposé des améliorations du système ou des scénarii disruptifs¹⁹⁶. Face aux nombreux défis du système de santé, le principal enjeu reste de garantir l'accès pour tous et sur tous les territoires à un environnement favorable à la santé et à des soins de qualité. Si le modèle doit donc plus largement et explicitement prévoir le financement de la prévention, le modèle de financement des soins doit lui permettre l'accès aux soins nécessaires pour les usagers en limitant les coûts excessifs pour réduire les renoncements aux soins et donc les inégalités d'accès aux soins.

L'articulation de la sécurité sociale et l'assurance privée soit l'assurance maladie complémentaire est, en France, assez singulière. Elle se traduit surtout par la superposition des couvertures publiques et privées pour un même soin ou service, produit par les mêmes acteurs, l'assurance privée a donc bien essentiellement un rôle complémentaire. Au fil des réformes, la couverture privée d'assurance est devenue quasiment indispensable pour permettre l'accès à certains postes de dépenses en permettant de réduire significativement le reste à charge des ménages (défini comme les dépenses résiduelles après remboursements par les assurances publique et privées). Ce reste à charge moyen, bien que réputé pour être un des plus faibles parmi les pays de l'OCDE (8,8 % de la DCSi en 2020), cache des disparités importantes dans sa distribution. Évaluée à 7 % en 2021, la part du reste à charge des ménages (15,8 milliards d'euros) dans la CSBM diminue depuis près de 10 ans. Cette baisse tendancielle est largement expliquée par les règles de remboursement de la Sécurité sociale qui du fait du vieillissement de la population et de la hausse de la prévalence des maladies chroniques associées se traduit par une hausse significative du nombre de personnes exonérées du ticket modérateur pour une ALD. Cette dynamique se traduit par une polarisation des remboursements, de la Sécurité sociale vers les personnes « les plus malades » autrement dit une redistribution horizontale envers les 18 % des

¹⁹² Modes de financement et de régulation. Rapport final (2019).

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf

¹⁹³ B. Dormont, P-Y. Geoffard et J Tirole (2014) : « Refonder l'assurance-maladie », Les Notes du CAE, n° 12, Avril 2014. <https://www.cae-eco.fr/staticfiles/pdf/cae-note012.pdf>

¹⁹⁴ Franc C, Raynaud D. « Le financement du risque maladie en France : quelle place pour une assurance privée concurrentielle en complément de l'assurance publique ? » In Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis. Ouvrage collectif du Collège des Économistes de la santé (CES). Coordonné par Barnay T., Samson A.-L., Ventelou B. Paris : Editions Eska, chapitre 3, 2021/07.

¹⁹⁵ <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-du-hcaam-quatrescenario.html>

¹⁹⁶ <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2022/Rapport%20HCAAM-%20Quatre%20scenarios%20articulation%20AMO-AMC%20-%20janvier%202022.pdf>

personnes ayant une ALD¹⁹⁷. Alors que ces derniers concentrent près de 60 % des dépenses de santé présentées au remboursement, près de 90 % de leurs dépenses sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO), contre 67 % pour le reste des assurés et près de 51 % pour les soins ambulatoires.

Ainsi, la part du financement privé (assurés et assurance maladie complémentaire) des dépenses pour les assurés qui ne bénéficient pas d'une ALD laisse entrevoir des restes à charge qui peuvent être élevés de sorte qu'en fine, 10 % des Français sont exposés à des restes à charge avant remboursement de l'assurance maladie complémentaire supérieurs à 2 000 euros et pour 1 % des restes à charges supérieurs à 5 000 euros¹⁹⁸. Si l'assurance maladie complémentaire rembourse à son tour une partie de ces restes à charge, ces remboursements dépendent des niveaux des garanties souscrits, ce qui réduit fortement la solidarité globale du financement de la demande de soins.

La mise en place progressive de la réforme du « 100 % Santé » entre 2019 et 2021 a pour objectif d'améliorer l'accès aux trois principaux postes de soins pour lesquels les restes à charge des assurés étaient particulièrement élevés conduisant à des niveaux de renoncement aux soins particulièrement élevés : les soins prothétiques dentaires, l'optique médicale et les aides auditives¹⁹⁹. Concrètement, la réforme du « 100 % Santé » permet, dans le cadre d'un panier de soins spécifique, une prise en charge intégrale, soit une dépense nulle pour l'assuré par la combinaison des remboursements de l'assurance maladie obligatoire et des assurances maladie complémentaire. Il convient donc que l'assuré ait souscrit un contrat « dit responsable » d'assurance complémentaire (4 % n'en ont pas).

Si ce dispositif semble être un premier élément de réponse pour favoriser l'accès aux soins pour ces trois postes spécifiques avec un taux de pénétration des paniers 100 % santé respectivement de 55 % et 39 % pour les soins prothétiques dentaires et les aides auditives. Pour les l'optique, le bilan de la réforme semble plus mitigé : seulement 17 % des équipements complets relèvent du panier 100 % Santé mais le nombre de patients équipés n'a pas connu d'accélération²⁰⁰. Ces dispositifs sont toutefois loin d'être suffisants pour permettre l'accès aux soins tant dans les postes ciblés que dans les publics concernés : en 2016, 75 % des personnes en situation de handicap déclaraient renoncer pour partie au moins à des soins courants, du fait de leur handicap (source : sur 29 931 répondants, ARS Pays de la Loire, Rencontre régionale sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, juin 2016, Dossier de presse²⁰¹).

b) La confiance ébranlée de la population dans le système de santé

Une définition de la confiance (*trust*) a été reprise dans la revue *The Lancet* en 2002²⁰² à

¹⁹⁷ Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/er_1180.pdf

¹⁹⁸ La complémentaire santé Acteurs, bénéficiaires, garanties <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/cs2019.pdf>

¹⁹⁹ [2022-07 rapport-propositions-pour-2023 assurance-maladie_5.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_5.pdf)

²⁰⁰ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2023. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-rapport-propositions-pour-2023-charges-produits>

²⁰¹ Accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/acces-aux-soins-et-la-sante-des-personnes-en-situation-de-handicap>

²⁰² Calman KC. Communication of risk: choice, consent, and trust. *The Lancet*. 2002;360(9327):166-8.

partir d'une revue générale publiée en 2001²⁰³ : « La confiance émerge lors de l'apparition d'un besoin qui ne peut être satisfait sans l'aide d'une autre personne ou institution ». Dans un article publié dans la revue *Social Science & Medicine*, il est précisé que la confiance est « un processus itératif régulièrement ajusté en fonction des connaissances et des attentes »²⁰⁴. Enfin, beaucoup d'auteurs estiment qu'il existe une confiance de type « cognitive » et une autre plus proche d'un engagement/croyance²⁰⁵.

Une SNS ne peut espérer un impact positif qu'en étant fondée sur la confiance des acteurs en charge de l'appliquer et en priorité de la confiance de ceux qui en sont la cible et les potentiels bénéficiaires²⁰⁶.

D'une manière générale, la confiance dans le prescripteur d'une action est un des facteurs de la compliance aux conseils donnés et un facteur prédictif de la satisfaction²⁰⁷. En ce qui concerne à la fois les médecins et les institutions médicales il existe plusieurs dimensions construisant la confiance : la compétence mais aussi la loyauté (l'absence de conflit d'intérêts ou d'agenda multiple) et pour les médecins il faut y ajouter la confidentialité²⁰⁸. Les situations où il n'existe pas de choix sont peu favorables à la construction de la confiance. De même, les décisions et communications verticales peuvent être contre-productives²⁰⁹.

Il faut sans doute distinguer la confiance dans la science, dans les experts et dans les institutions. Tous les maillons de cette chaîne sont importants. Dans une étude internationale réalisée dans le contexte Covid-19 (situation politique à forte composante scientifique), on note que la confiance/méfiance envers les scientifiques a un impact plus important sur les comportements que la confiance/méfiance envers le gouvernement²¹⁰.

De plus, leur articulation est aussi un enjeu de construction de la confiance. En septembre 2020, des personnes dépendantes du pouvoir politique ont demandé à relire des articles du *Journal scientifique MMWR* publié par les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) et ce avant publication. L'impact de « ce regard politique » sur le contenu ou les délais de publications n'est pas établi. Mais ce type de demande, avec ou sans conséquences, mine la confiance du public dans la science et les scientifiques²¹¹.

²⁰³ Hupcey JE, Penrod J, Morse JM, Mitcham C. An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of advanced nursing*. 2001;36(2):282-93.

²⁰⁴ Mechanic D, Meyer S. Concepts of trust among patients with serious illness. *Social science & medicine*. 2000;51(5):657-68.

²⁰⁵ Stoltz DS, Lizardo O. Deliberate Trust and Intuitive Faith: A Dual-Process Model of Reliance. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 2018;48(2):230-50.

²⁰⁶ Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social science & medicine*. 2003;56(7):1453-68.

²⁰⁷ Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q*. 2001;79(4):613-39, v.

²⁰⁸ Hillen MA, De Haes HC, Smets EM. Cancer patients' trust in their physician—a review. *Psycho-oncology*. 2011;20(3):227-41.

²⁰⁹ Scholderer J, Frewer LJ. The biotechnology communication paradox: Experimental evidence and the need for a new strategy. *Journal of consumer policy*. 2003;26(2):125-57.

²¹⁰ Algan Y, Cohen D, Davoine E, Foucault M, Stantcheva S. Trust in scientists in times of pandemic: Panel evidence from 12 countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2021;118(40):e2108576118.

²¹¹ Rasmussen SA, Ward JW, Goodman RA. Protecting the editorial independence of the CDC from politics. *JAMA*. 2020;324(17):1729-30.

D'une manière générale les médecins généralistes sont dépositaires d'une confiance plus importante que les institutions²¹². Néanmoins ce gradient est variable avec les situations sociales²¹³.

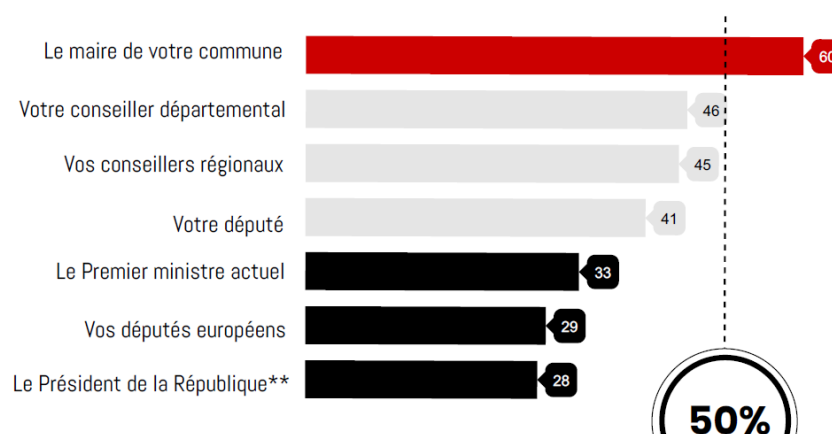
Concernant les sondages récents en France, on peut noter concernant le système de santé²¹⁴ un fort taux de jugement positif sur la qualité des soins (82 %), plus modéré pour l'accès aux innovations et la sécurité sanitaire (dont la souveraineté) (72 % et 62 % respectivement) et un jugement médiocre concernant l'accès aux soins sur tout le territoire (49 % de jugement favorable). Une analyse réalisée sur 10 ans entre 2009 et 2019 par le CEVIPOF²¹⁵ aboutit selon les auteurs à la conclusion suivante « *Dans un contexte de défiance généralisée, l'individualisme ... est érigé en norme sociale* ». Ainsi les approches collectives en particulier politiques ne sont pas, *a priori*, perçues de manière très positive.

Il est très important de noter que les acteurs politiques locaux bénéficient d'un taux de confiance très important (rendant nécessaire leur implication dans l'appropriation de politique sanitaire).

➤ Confiance dans les acteurs et décideurs

Comme dans beaucoup de sujets, les acteurs les plus « proches » bénéficient de notes de confiance plus élevées.

Les acteurs élus et de gouvernement



La confiance dans les acteurs, les acteurs élus et de gouvernement, Baromètre de la confiance politique, SciencePo CEVIPOF²¹⁶

²¹² Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. *Lancet*. 2011;378(9790):526-35.

²¹³ Musa D, Schulz R, Harris R, Silverman M, Thomas SB. Trust in the health care system and the use of preventive health services by older black and white adults. *American journal of public health*. 2009;99(7):1293-9.

²¹⁴ Sondage réalisé par l'IFOP pour le Medef du 10 au 11 mai 2022 auprès de 1008 personnes 18 ans et plus, représentativité assurée par la méthode des quotas

²¹⁵ https://www.sciencespo.fr/cevipof/sites/sciencespo.fr.cevipof/files/CEVIPOF_confiance_10ans_CHEURFA_CHANVRIL_2019.pdf

²¹⁶ 2009-2019 : la crise de la confiance politique
https://www.sciencespo.fr/cevipof/sites/sciencespo.fr.cevipof/files/CEVIPOF_confiance_10ans_CHEURFA_CHANVRIL_2019.pdf

Cette confiance envers les acteurs locaux est confirmée par la comparaison local/national dans le Baromètre d'opinion 2020 Drees²¹⁷.

Dans le même sondage parmi les différents étages territoriaux, le sentiment d'appartenance le plus fort se situe au niveau de la nation.

En revanche en 2016²¹⁸, on notait une défiance importante envers la politique de santé des pouvoirs publics avec une note moyenne de 4,74 (pour mémoire dans le même sondage les médecins généralistes étaient crédités d'une note moyenne de 7,39 et les pharmaciens d'officine de 6,73).

Dans son rapport 2022, la Conférence Nationale de Santé²¹⁹, souligne « *l'irruption d'une crise de confiance majeure entre une partie de la population et les autorités de santé* » attribué à la fois à l'incertitude scientifique et à la gestion trop verticale et qu'à l'inverse « la mise en place d'instances démocratiques... permet un gain d'efficacité tout aussi considérable que la confiance qu'elle rétablit ». Il faut cependant souligner que l'on peut être confronté à un paradoxe type « *Catch 22*²²⁰ » : pour participer à une instance de démocratie délibérative il faut avoir confiance dans son impact possible.

➤ Comparaison internationale²²¹

Le niveau d'investissement n'est pas un déterminant majeur de la confiance des citoyens dans leur système de soins. En revanche il existe sans doute des facteurs culturels comme le montre le tableau ci-dessous où l'on note un gradient Nord Sud en Europe (avec l'Espagne en position atypique).

²¹⁷ Baromètre d'opinion de la DREES sur la sante, la protection sociale, la précarité, la famille et la solidarité Principaux enseignements de l'enquête 2020. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/principaux_enseignements_barometre_2020.pdf

²¹⁸ Sondage réalisé par internet auprès de deux échantillons nationaux représentatifs de 1000 Français âgés de 18 ans et plus du 10 septembre au 09 octobre 2015 et du 21 janvier au 29 janvier 2016 par la société AplusA

²¹⁹ Rusch E, Bodoignet E, Brun C, Wittevrongel J. La démocratie en santé : une urgence de santé publique Paris: Conférence nationale de santé, 2022.

²²⁰ Un paradoxe de type « *catch-22* » est une situation paradoxale à laquelle un individu ne peut pas échapper en raison de règles ou de limitations contradictoires. Le terme fait référence au roman de Joseph Heller, *Catch-22* en 1961

²²¹ Zhao D, Zhao H, Cleary PD. International variations in trust in health care systems. The International journal of health planning and management. 2019;34(1):130-9.

Pays	Confiant et Très confiant
Belgique	71,6%
Suède	59,2%
Danemark	58,0%
Finlande	55,8%
Espagne	55,5%
Suisse	55,4%
Pays-Bas	44,9%
Norvège	44,9%
Grande-Bretagne	33,0%
France	31,0%
Italie	23,8%
Portugal	20,0%
États-Unis	18,7%
Japon	17,2%

Confiance du public dans le système de soins (%) en fonction des pays²¹⁹

➤ Approche théorique

Les déterminants de la confiance dans le système de soins classiquement retenus sont : le sexe/le genre, l'âge, le niveau d'éducation, vivre en couple, la situation professionnelle, la zone d'habitation, la satisfaction à l'égard d'expériences du système de soins de santé, et l'état de santé auto-déclaré/perçu. Les plus vulnérables sont les moins confiants²²². Dans une étude suédoise récent²²³, on note un niveau élevé de confiance avec des chiffres plus élevés chez les hommes, ceux sans contrainte économique, les plus âgés et les personnes nées en Suède.

La perception de l'existence de valeurs communes favorise de la part des citoyens la confiance envers les décideurs et les acteurs de politique de santé²²⁴.

²²² Beller J, Schäfers J, Haier J, Geyer S, Epping J. Trust in Healthcare during COVID-19 in Europe: vulnerable groups trust the least. *Journal of Public Health*. 2022;1-10.

²²³ Baroudi M, Goicolea I, Hurtig A-K, San-Sebastian M. Social factors associated with trust in the health system in northern Sweden: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1-8.

²²⁴ Kehoe SM, Ponting JR. Value importance and value congruence as determinants of trust in health policy actors. *Social Science & Medicine*. 2003;57(6):1065-75.

Les acteurs politiques locaux et les médecins généralistes sont les piliers du système de santé qui devront être mobilisés. La question d'une confiance insuffisante de la population apparaît très importante car on peut craindre, au-delà d'une adhésion limitée aux options préconisées (aggravant les problèmes de santé), quelques externalités négatives de ce rejet dont le refus du financement (perte du consentement à l'impôt).

C. L'éthique du système de santé remise en cause

L'avis n° 140 du CCNE²²⁵, post pandémie Covid-19, fait le constat d'une crise profonde qui traverse le système de santé français et plus particulièrement le système de soins. En France, la forte tension hospitalière mise en exergue par la crise sanitaire Covid-19 pose évidemment la question des moyens budgétaires des organisations, mais elle génère également de profonds débats éthiques sur le sens du soin et de la santé. La situation alarmante de l'hôpital public, qui en est le symptôme le plus saillant, a été analysée pour repenser les fondements éthiques sur lesquels doit reposer sa rénovation.

a) La crise sanitaire, un révélateur des faiblesses des systèmes de soins et de santé

La crise de la Covid-19 a révélé les faiblesses des systèmes de soins et de santé dans nos pays occidentaux. Ces fragilités posent d'importantes questions éthiques, à la fois pour les professionnels et pour les citoyens et usagers.

Des signes précurseurs à la crise sanitaire relatifs aux budgets, à l'activité, aux conditions de travail mais aussi concernant les inégalités territoriales alertaient sur la dégradation du système de santé. La réponse du système hospitalier et des soignants aux vagues épidémiques successives a été remarquable. Cependant, l'accumulation de facteurs de fragilisation a engendré une profonde démoralisation chez les soignants qui font face à de multiples sources de frustration telles que le déficit de reconnaissance de la pénibilité au travail, la détérioration de la relation médecin-patient ou encore le sentiment de devoir pallier les carences structurelles du système de soins, créant un décalage de plus en plus manifeste entre leurs pratiques, perçues comme déshumanisées, et les valeurs éthiques du soin.

Cette dégradation des conditions de travail est à l'origine d'une souffrance éthique chez les professionnels pouvant évoluer en souffrance psychique. Ces difficultés psychologiques s'accompagnent de souffrances physiques, avec trois-quarts des professionnels de santé interrogés dans un récent sondage jugeant leur emploi fatiguant. Le travail préparatoire à la SNS 2018-2022 avait déjà mis en lumière la souffrance des soignants en soulignant la nécessité de prendre soin d'eux.

La crise sanitaire a aussi mis en lumière une crise des fondements de notre système de santé qui s'étend bien au-delà du système de soins. Plusieurs faiblesses de notre santé publique ont été révélées par la crise sanitaire, notamment :

➤ La prise en compte insuffisante des inégalités sociales de santé

La représentation, largement répandue lors des premiers mois de la pandémie, d'une relative égalité des groupes sociaux face au risque infectieux, s'est en fait beaucoup nuancée au fur et à mesure de la publication d'indicateurs sanitaires soulignant la grande fragilité des personnes les plus socialement et économiquement défavorisées. Cette mosaïque de situations d'inégalités en matière de santé représente un angle mort des politiques de santé publique, et met en évidence un système de soins peu adapté aux plus fragiles, malgré la

²²⁵ Repenser le système de soins sur un fondement éthique leçons de la crise. Avis n° 140. Comité Consultatif National d'Éthique. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-11/Avis140_Final_0.pdf

mise en place d'une couverture maladie à visée universaliste.

- Une crise de confiance dans la population à l'égard des politiques menées en ce domaine

Le climat anxiogène relatif aux incertitudes sur le devenir de la situation sanitaire couplé à l'incertitude sur la gravité de cette infection ont exacerbé la crise de confiance envers la médecine, la science et les politiques de santé. La montée de la défiance que nous constatons aujourd'hui est donc le symptôme de déséquilibres antérieurs (scandales sanitaires, *fake news* ...) qui ont été amplifiés par la crise sanitaire.

- Une écoute insuffisante par les décideurs des acteurs de la démocratie sanitaire

Les mécanismes de démocratie sanitaire successifs mis en place en France, la plaçant comme modèle dans le domaine, mais également des organes tels que les associations de patients ont été absents de la gestion de la crise car peu consultés. Cela a pu être interprété comme un manque de confiance de la part du gouvernement.

b) Les raisons de la crise profonde du système de soins

La situation actuelle trouve ses sources dans des éléments systémiques qui ont concouru à fragiliser notre système de soins, à commencer par notre approche de la santé qui reste centrée sur le traitement des maladies plutôt que sur la préservation d'une bonne santé. Cela explique la crise de conscience que l'on observe aujourd'hui chez les acteurs de la santé, formés essentiellement à répondre à la maladie et à rechercher sa guérison. En temps de crise sanitaire, il s'agit bien entendu de guérir, mais il faut aussi se pencher sur les questions sociales soulevées par les contraintes imposées à la population, même si l'équilibre est difficile à trouver.

À cela s'ajoute, depuis les années 1980, l'introduction de pratiques gestionnaires inspirées du secteur privé dans le fonctionnement des hôpitaux qui ont valorisé les actes techniques, dans une logique économique, parfois au détriment de la relation de soin. Il en résulte sa dégradation et une désaffection des personnels travaillant dans le champ de la santé. De plus, les pénuries de personnel médical et paramédical accentuent les tensions sur la rémunération, trop faible au regard de l'engagement demandé.

Par ailleurs, le système de soins ne valorise pas suffisamment ses acteurs, soignants comme personnes soignées, ni leurs savoirs expérientiels. Son fonctionnement souvent trop rigide et hiérarchisé ne lui permet pas de s'adapter aux évolutions et aux nouveaux besoins en matière de santé, aussi bien des patients que des soignants.

À ces défaillances systémiques s'ajoutent l'évolution des pratiques qui est générée par les soignants, la complexité de certaines situations causées par les avancées de la médecine ainsi que la transformation structurelle de la société. Le système de soins n'a donc pas réussi à s'adapter à la complexité qu'il a lui-même générée, alimentant le déséquilibre et la perte de sens ressentis par les professionnels de santé.

c) Remettre l'éthique et les valeurs au cœur de la santé

Pour définir les politiques en matière de santé et de soins, l'éthique n'est ni optionnelle ni facultative, elle est une condition indispensable pour que les professionnels travaillant dans le champ de la santé retrouvent le sens de leur métier et de leur engagement mais aussi pour que la collectivité conserve sa confiance dans le système de santé.

Deux principes éthiques majeurs doivent guider cette rénovation : un accès égal pour tous au système de santé et de soins (principe de justice sociale) et le respect inconditionnel des personnes soignées et de ceux qui les soignent (principe de respect de la personne). Pour repenser le système de soins sur ces valeurs éthiques autour de la justice sociale, de la solidarité, des droits fondamentaux et du respect, trois axes sont proposés.

- Le premier est de défendre les conditions d'une vie en bonne santé, et des soins de qualité partout et pour tous en cas de maladie en déployant les politiques de financement du système de santé et de l'accès aux soins en direction des populations les plus défavorisées. Cela passe également par la préservation du service public, dont l'hôpital public est un pilier. La résolution de la crise appelle à une redéfinition systémique de l'ensemble de l'organisation des soins et à une sortie du cloisonnement actuel en visant une véritable coordination entre l'hôpital et la médecine de ville.
- Le deuxième axe propose de redonner du sens et de la valeur aux métiers de la santé, à commencer par placer le respect de la personne, pilier éthique du soin, comme valeur centrale. Cela implique de réintroduire le temps de l'écoute des personnes soignées et de leurs proches. De plus, il est nécessaire de développer une culture du questionnement éthique intégrée aux pratiques, indispensable pour améliorer les conditions de travail des professionnels de santé et donner du sens à leurs pratiques. Ces professionnels doivent donc bénéficier de conditions d'exercice (salaires, qualité de vie au travail, nombre de postes par service, perspectives d'évolution de carrière, etc.) attractives, ce qui témoignerait de la reconnaissance par la société de la valeur de ce travail et de la dimension relationnelle du soin. Les nouvelles technologies numériques, si elles contribuent à libérer du temps médical, peuvent en ce sens permettre aux soignants de se recentrer sur le patient plutôt que sur la technique. Leur apport doit être envisagé pour valoriser le temps de la relation de soin et soutenir les moyens humains qui lui sont nécessaires pour assurer le respect des patients.
- Le troisième axe traduit l'ambition d'une meilleure écoute de tous les acteurs, passant par une dynamique plus forte de la démocratie en santé. Il est nécessaire de redéfinir des modes de gestion des structures sanitaires et médico-sociales en renforçant les dynamiques participatives, rendre autonome les pratiques et l'organisation, pour assurer aux acteurs du système de soins des conditions de travail dignes, permettre à chacun de développer ses compétences, activer des leviers favorisant l'écoute et la souplesse, indispensables pour créer des conditions de bien-être au travail. Du côté des usagers du système de soins, la démocratie en santé nécessite d'être renforcée afin de prendre en compte la voix de tous, particulièrement celle des personnes les plus vulnérables. La participation des citoyens apparaît aujourd'hui nécessaire pour dégager les priorités politiques, s'accorder sur les valeurs, les soins et services de santé que l'on souhaite garantir à toute la population en fixant les moyens qui doivent être alloués pour y parvenir, en combinant efficacité et justice sociale.

Enfin, il apparaît l'impérieuse nécessité d'améliorer la qualité du débat entre la science, la médecine, la politique et la société, écorné lors de la crise sanitaire, en y insufflant les valeurs de l'éthique. Pour répondre au mouvement de défiance citoyenne envers les scientifiques et la science, il faut créer les conditions de compréhension de la culture scientifique par la population en valorisant particulièrement la notion d'incertitude. L'éducation dans ce domaine doit également faire partie des priorités pour restaurer la confiance envers le corps politique et les institutions de santé.

L'application de ces propositions indispensables au fonctionnement d'un système se nourrissant et diffusant les valeurs portées par l'éthique impliquent de réintroduire le temps de l'écoute des personnes soignées, du dialogue avec elles, de la réflexion éthique individuelle et collective pour des orientations et des décisions justes. La reconnaissance de la valeur du temps, dans la relation de soin comme dans la définition des politiques de santé, est de nature à rendre les métiers du soin plus attractifs, à améliorer les conditions de prise en charge pour les patients et à recréer les conditions de la confiance envers les décideurs politiques et les institutions de santé publique.

d) Professionnels de santé et éthique

Ce rapport du CCNE identifie cinq arguments principaux en faveur de la prise en compte des acteurs du système de santé comme éléments structurant du système de santé :

- L'éthique collective doit être le fondement du système de soins, condition de son fonctionnement, de son efficacité, et de l'adhésion de tous les acteurs, et insiste sur l'importance de l'effort mis dans l'attention aux conditions de travail de ses personnels dans la prise en charge des usagers.
- On constate une dégradation de la relation de soin dans un système où le temps des soignants croise de moins en moins celui des malades, et une désaffection des personnels travaillant dans le champ de la santé. Cette augmentation de la charge physique et mentale du soin générée par des objectifs de performance de plus en plus difficiles à tenir résulte d'une gestion des organisations de soins, telle celle des hôpitaux depuis les années 1980, privilégiant la performance financière, c'est-à-dire, basée sur la valorisation des actes techniques de soins dans une logique principalement économique.
- Les salaires demeurent relativement peu élevés à l'hôpital public au regard de l'engagement demandé aux professionnels de santé. Les salaires des personnels soignants, en particulier des techniciens, des aides-soignantes et aides-soignants, des infirmières et infirmiers sont peu attractifs, aussi bien dans le secteur libéral qu'à l'hôpital.
- Les budgets contraints associés à la T2A et à la performance obligée ont conduit, dans certains établissements, à une tension entre personnels administratifs, cadres et soignants, source d'incompréhension et de dialogue impossible entre des professionnels censés œuvrer au service des patients, et pouvant parfois entraver le bon fonctionnement des établissements. Cette absence « d'interopérabilité culturelle », et ce nouveau cloisonnement privent le secteur administratif des savoirs expérientiels des professionnels de santé et des personnes malades.
- Enfin le système de soins devenu inadapté, n'arrive pas à évoluer aussi rapidement que les besoins de la population et l'évolution de la société :
 - o Sur le plan de l'organisation des soins d'abord, qui ne répond pas à la complexité que le système a lui-même généré, du fait du vieillissement et de la chronicisation de certaines pathologies en particulier, et qui se retrouve confronté à une diminution du temps médical disponible inférieur à ce qui était par ailleurs prévu. Alors qu'un modèle d'organisation plus interdisciplinaire est devenu indispensable pour répondre à la complexité, il ne se développe que très lentement.
 - o Sur le plan conceptuel ensuite, le système de santé est resté dans une logique d'exercice des professionnels très cloisonnée (médecine de ville/hôpital, privé/public, sanitaire/médico-social), cette situation s'accompagnant d'un cloisonnement entre les champs sanitaires qui conduit à une multiplicité de régulateurs, décideurs et financeurs.
 - o Sur le plan sociétal, la numérisation des processus, l'émergence des réseaux sociaux et plateformes d'échanges modifient les comportements et la relation soignant/soigné. Par ailleurs, la nouvelle génération de professionnels aspire à un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, difficile à construire et en partie responsable des déserts médicaux souvent « territoriaux » (enquête modalités d'installation des jeunes CNOM).

D. Crise du médicament : tensions d'approvisionnement, dépendance à des fournisseurs extérieurs

Toute organisation assurant une offre de service ou de produit est confrontée à des choix concernant le dimensionnement de celle-ci. Dans un secteur non marchand où l'ajustement par les prix n'est pas possible (et dans le cas de la santé socialement inacceptable), ce sujet est encore plus critique.

Les arbitrages sont donc faits en tenant compte du risque de surdimensionnement, synonyme de gaspillage d'argent public et perçu comme une mauvaise gestion. Un exemple est celui des vaccins antigrippe H1N1, où en 2011, 19 millions de doses ont été détruites, pour un coût total, d'achat et de destruction, d'environ 400 millions d'euros²²⁶. L'autre risque est celui d'un sous-dimensionnement, comme celui des masques chirurgicaux lors de l'épidémie de Covid-19 (perçu comme une volonté d'économie d'argent public et perçu, là encore, comme une mauvaise gestion liée à une mauvaise évaluation des risques).

Selon le ministère en charge de la santé (23/02/2022) « Une rupture d'approvisionnement d'un médicament est définie comme une incapacité pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur d'un établissement (de santé ou médico-social) à dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures ». Les causes de ruptures d'approvisionnement sont multiples : elles peuvent être liées à la fabrication du médicament (indisponibilité de matières premières, problèmes de fabrication, défaut de qualité, etc.) ou à des dysfonctionnements liés à la chaîne de distribution.

Un dispositif de prévention des ruptures a été mis en place par le ministère chargé de la santé, notamment par la publication du décret du 28 septembre 2012, relatif à l'approvisionnement en médicaments à usage humain, pris en application de l'article 47 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Cette disposition a été renforcée par le décret n° 2021-349 instaurant l'obligation pour les entreprises pharmaceutiques de constituer un stock de sécurité pour tous les médicaments destinés au marché national. Le décret prévoit notamment l'élaboration par les industriels de plans de gestion des pénuries (PGP) pour tous les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM).

La pénurie est la résultante d'un déséquilibre entre offre et demande et ce, dans un temps donné et dans une zone géographique définie.

On peut souligner que la définition géographique de la zone où le déficit apparaît comporte en elle-même des problèmes de nature solidarité / concurrence comme on a pu l'observer pour les masques (vendus sur des tarmacs d'aéroports²²⁷) ou les vaccins. Pour ces derniers on peut rappeler la démarche au niveau de l'Europe pour un achat groupé et la répartition des vaccins entre pays au prorata des populations avec en France, une priorisation affichée des plus vulnérables et fragiles dans une première étape, du fait précisément du rationnement des doses et de la saturation des dispositifs d'administration des vaccins.

²²⁶ La France détruit ses vaccins contre la grippe A https://www.lexpress.fr/sciences-sante/sante/la-france-detruit-ses-vaccins-contre-la-grippe-a_1029142.html

²²⁷ Coronavirus : une guerre sans merci pour les masques de protection https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-une-guerre-sans-merci-pour-les-masques-de-protection_3896051.html

a) Deux types de déséquilibres

➤ Type I

Un déséquilibre d'accès à un médicament ou à un matériel médical lié à une augmentation de la demande dans un contexte de stock insuffisant (le cas actuel des antibiotiques ou le cas du midazolam en début de crise Covid-19)²²⁸.

Dans son avis 106 « *Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale* » le CCNE soulignait en 2010 que face à une hausse rapide de la demande de soins/prise en charge, des règles de priorisation devraient être appliquées. Il évoque le fait que « certains moyens de lutte dont les médicaments antiviraux devraient être disponibles dès le début de la pandémie en quantités suffisantes », puis centre la question critique des allocations vers la question de la priorisation de vaccination.

La conclusion de ce chapitre étant explicite : « Si la société n'est pas en mesure de couvrir la totalité des besoins, elle est contrainte de hiérarchiser les demandes ».

Ce type correspond réellement à la définition de la pénurie, au manque d'anticipation ou à la conjonction de plusieurs facteurs défavorables, et c'est donc la situation qui est le plus souvent comprise en France lorsqu'on parle de pénurie, de manque de disponibilité de médicaments, de dispositifs médicaux, et même de professionnels de santé (dès lors qu'on a en tête le manque d'attractivité).

➤ Type II

Ce cas est celui d'un refus de financement (d'achat) proche du rationnement qui crée le déséquilibre entre offre et demande. *In fine*, le résultat est le même car seuls quelques traitements peuvent être mis à disposition des patients (ce qui pose la question de quels patients, sous quelles conditions et financés par qui ?). C'est une pénurie organisée, planifiée du fait de la contrainte budgétaire qui pèse sur les arbitrages du dimensionnement de l'offre.

Ce type de rationnement n'a pas encore été observé à ce jour en France, mais il pourrait voir le jour sous la charge croissante des coûts unitaires de certains traitements. Ainsi, en cancérologie, certaines réelles innovations thérapeutiques sont accessibles à des coûts extrêmement élevés qui multipliés par la fréquence importante de cette pathologie risquent d'aboutir à des choix complexes pour la société (cette fréquence n'est que modérément modifiable et à moyen terme seulement par la prévention). Dans son avis 135 « *L'accès aux innovations thérapeutiques : Enjeux éthiques* »²²⁹, le CCNE soulignait en 2020 que de nouveaux médicaments, possèdent une haute valeur ajoutée en particulier en cancérologie et pour les maladies rares et qu'ils concerneront donc de plus en plus de patients. Le CCNE notait que les prix exorbitants de ces thérapies (jusqu'à deux millions d'euros par patient) posent clairement la question de leur accès pour tous les patients qui pourraient en avoir besoin.

Une particularité économique de l'évolution des prix dans le traitement des cancers en particulier est que l'existence d'apparition de produit en compétition (dans la même classe thérapeutique) n'aboutit pas à une réduction des coûts unitaires²³⁰. De plus dans une même

²²⁸ Chapis C, Collomp R, Albaladejo L, Terrisse H, Honoré S, Bosson J-L, et al. Redistribution of critical drugs in shortage during the first wave of COVID-19 in France: from operating theaters to intensive care units. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*. 2022;15(1):1-6.

²²⁹ Avis 135 : Accès aux innovations thérapeutiques : Enjeux éthiques. Comité Consultatif National d'Éthique. <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Avis%20135.pdf>

²³⁰ Desai A, Scheckel C, Jensen CJ, Orme J, Williams C, Shah N, et al. Trends in Prices of Drugs Used to

classe thérapeutique (*BRAF-inhibitors* ou *immune check point inhibitors*) la croissance des coûts moyens annuels est supérieure à l'inflation entre 2015 et 2020.

La question posée par cette description de l'augmentation des coûts des traitements est celle d'un éventuel rationnement en raison d'argument financier. Il nous apparaît important de soulever cette hypothèse car la causalité perçue d'un événement participe à son acceptabilité sociale²³¹. Un éditorial de la revue « *Value in Health* » en 2018 posait la question : « *La capacité à payer l'accès aux nouvelles technologies : La prochaine frontière ?* »²³².

En France, actuellement, dans un secteur aussi coûteux que la cancérologie, on note plutôt une mise à disponibilité rapide et non discriminante des innovations médicamenteuses (avec parfois des bénéfices attendus non réellement proportionnés aux coûts²³³). La France n'est pas en retrait en regard des autres pays européens²³⁴ avec une attention particulière sur l'équité d'accès territoriale²³⁵. Cependant le cas du Sovaldi® : sofosbuvir (« *cost-effective, but unaffordable* ») est un contre-exemple concernant l'accès à un médicament d'une très grande efficacité qui a fait l'objet dans un premier temps d'une priorisation d'indication en raison d'un coût considérable²³⁶.

Un monitoring européen est sans doute souhaitable pour juger des tendances sur ce sujet et sans doute plus généralement sur les pénuries médicamenteuses. La France possède des outils de gestion des pénuries (de type I) en particulier au niveau de la DGS, de l'ANSM et des sociétés savantes. Récemment la Cour des comptes évoque aussi un rôle pour Santé Publique France²³⁷ dans sa recommandation 2 : « *Élargir à la gestion des stocks stratégiques la faculté d'auto-saisine de SPF* ». Néanmoins, l'acceptabilité sociale de ces événements est faible (pour les 2 types de pénurie). Et même si la transparence importante (la liste des médicaments en rupture est accessible via l'ANSM), il serait peut-être utile de restructurer les flux d'informations, d'augmenter la participation des citoyens et de leur représentant à l'analyse des causes, aux choix de correction futurs et aux règles générales d'allocation.

Un sondage réalisé en 2019 nous renseigne sur la position des Français sur ce sujet. Il s'agit de manière intéressante d'un sondage réalisé à la demande de France Assos Santé par BVA²³⁸. La majorité des Français s'estime mal informée (56 %) dont 29 % très mal. Selon ce

Treat Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer in the US From 2015 to 2020. *JAMA Network Open*. 2022;5(1):e2144923-e.

²³¹ Zechauser RJ, Viscusi WK. Risk Within Reason. *Science*. 1990; 248:559-64.

²³² Towse A, Mauskopf JA. Affordability of new technologies: the next frontier. *Value in Health*. 2018;21(3):249-51.

²³³ Rodwin MA, Mancini J, Duran S, Jalbert A-C, Viens P, Maraninchi D, et al. The use of 'added benefit' to determine the price of new anti-cancer drugs in France, 2004-2017. *European Journal of Cancer*. 2021; 145:11-8.

²³⁴ Wilking N, Jönsson B. A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs. Karolinska Institutet Stockholm, Sweden; 2005.

²³⁵ Buzyn A, Blay J-Y, Hoog-Labouret N, Jimenez M, Nowak F, Deley M-CL, et al. Equal access to innovative therapies and precision cancer care. *Nature reviews Clinical oncology*. 2016;13(6):385-93.

²³⁶ Sofosbuvir 16e législature question écrite
<https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ221204162.html>

²³⁷ Santé Publique France Des missions étendues, une stratégie à mieux définir <https://www.ccomptes.fr/system/files/2022-12/20221212-132-3-1-Sante-publique-France.pdf>

²³⁸ Sondage réalisé par BVA à la demande de France Assos Santé, échantillon constitué la méthode des quotas (sexe, âge, profession, région de résidence et catégorie d'agglomération) sur 955

sondage leur source d'information est locale et proximal : 34 % le pharmacien, 33 % le médecin et non les autorités sanitaires : 1 %. La responsabilité de ces pénuries est attribuée aux industriels : 56 % mais 14 % incriminent les pouvoirs publics. Ces pénuries entraînent selon les personnes sondées de l'anxiété/angoisse dans 21 % des cas et pour 41 % des patients concernés directement.

Néanmoins, il est probable que l'actualité récente et sa couverture médiatique ait pu modifier la perception et la tolérance des Français à ce sujet. Comme témoin de cette attention on peut noter que des sénateurs ont réclamé en décembre 2022 une commission d'enquête parlementaire sur les pénuries de médicaments²³⁹, on note aussi des prises de position très critiques de l'Académie nationale de Pharmacie « *Rupture d'approvisionnement d'amoxicilline en Pédiatrie, un nouvel exemple des lacunes dans l'organisation française* »²⁴⁰.

Ainsi, il apparaît dans la perspective d'une SNS indispensable de souligner la nécessité d'une gestion des risques et des pénuries plus lisibles par la population peut-être en structurant plus encore le dispositif autour de deux étapes :

- Prévention et préparation (avec l'aide de SPF à l'instar du CDC qui aux États-Unis gère ces deux dimensions).
- Gestion et Résolution (DGS et l'agence en charge du produit par exemple l'ANSM pour les médicaments).

Il est également souhaitable de s'appuyer sur les sociétés savantes (infectiologie pour les antibiotiques, anesthésie réanimation pour les curarisants...), le CCNE et l'Académie de médecine pourraient également être consultés et renforcer l'implication des structures de démocratie sanitaire²⁴¹ comme la CNS.

Ces liens seraient facilités par l'identification dans chaque structure d'un « référent pénuries ». En effet, lors de l'analyse de gestion de crise, il est parfois pointé le défaut préalable d'identification de la personne en charge du dossier dans une institution.

2. Parce qu'inadapté à l'état de santé de la France et aux menaces

A. Une organisation prévue pour les soins aigus et techniques

Le modèle de santé français s'est construit depuis plus de deux siècles, principalement sur une approche médicalisée de la santé, s'appuyant sur une définition de la santé vue comme un « risque de maladie », induisant une approche essentiellement curative de la santé portée par le système de soins. L'approche curative de la santé a permis d'améliorer l'espérance de vie de façon très significative depuis la seconde moitié du 19^{ème} siècle et surtout au 20^{ème} siècle même si des disparités régionales et sociales importantes existent. L'avis n° 140 du CCNE note que le système de santé français est confronté au paradoxe d'un système très performant sur le plan technique alors qu'il accumule un retard sur le plan de

répondants (du 29 novembre au 1^{er} décembre 2018)

²³⁹ Proposition de résolution de donner au Sénat les moyens d'enquêter sur un phénomène constaté depuis des années : l'aggravation des pénuries de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique française. <http://www.senat.fr/leg/exposes-des-motifs/ppr22-198-expose.html>

²⁴⁰ Rupture d'approvisionnement d'amoxicilline en pédiatrie https://www.acadpharm.org/dos_public/COMMUNIQUE_AMOXICILLINE_2022.12.06_VF.PDF

²⁴¹ Eisinger F. Accès aux soins, que pourrait apporter la démocratie sanitaire ? Après-demain. 2017;N° 42, NF(2):36-8.

la prévention, avec un déficit de prise en compte des déterminants de santé depuis les addictions jusqu'au changement climatique, des questions sociales et des droits fondamentaux des personnes concernées dans les politiques de santé. Par ailleurs, les politiques sociales sont gérées par les collectivités alors que les politiques de santé le sont par l'État soit directement soit par ses services déconcentrés. Alors que les déterminants sociaux ont une influence majeure sur la santé, le lien entre le système de soins et le système social est à établir de façon durable et efficace. Ce phénomène a été renforcé par la nécessité de concevoir des plateaux techniques performants nécessitant de nouvelles infrastructures et éloignant progressivement les centres hospitaliers des centres ville pour les positionner en bordure des bassins de population. Si cette évolution était appropriée pour des soins aigus et techniques, elle ne permet pas de prendre en charge de façon optimale des patients porteurs de maladies chroniques et des séquences de soins ou de traitements itératives. Leur prise en charge doit en effet reposer sur des structures de proximité et adaptées composées des acteurs des soins primaires.

Ce décalage est particulièrement important pour l'accompagnement des populations en situation de vulnérabilité dont l'accès au système de soins ou de santé est pénalisé tant géographiquement, que culturellement, socialement voire numériquement quand il s'agit de mettre en œuvre des solutions numériques de surveillance ou de téléconsultations.

La Cour des comptes dans son rapport sur la politique de prévention en France est sévère. En effet, la Cour constate que « *les préoccupations de prévention sont en France insuffisamment présentes et structurées* »²⁴². Comme le HCSP dans son rapport sur le développement de la prévention chez les offreurs de soins²⁴³, la Cour constate aussi la faiblesse ou l'absence de référentiels en prévention ne permettant pas de déployer et de systématiser les actes de prévention tout au long de la vie.

B. Un système de soins et plus largement de santé de plus en plus désadapté

Ce constat est présent depuis quelques années et s'est accentué durant la pandémie, avec une augmentation du recours aux soins particulièrement importante, mettant le système de soins et de santé sous tension.

Ce phénomène est particulièrement visible au sein des services d'urgence. Créés au milieu des années 1960, ils n'ont cessé de connaître une augmentation de leur fréquentation avec une hausse estimée à 3,5 % par an²⁴⁴. En 2019, la Drees dénombre 697 structures d'urgence ayant pris en compte 22 millions de passages (contre 10 millions en 1996)²⁴⁵. Fin mai 2022, 130 services d'urgence étaient en difficulté. Et pour cause, une enquête sur le système de santé en 2019 a révélé que quatre Français sur dix ont eu recours aux urgences pour des raisons inadéquates (42 % ont eu recours alors que leur situation de santé de l'exigeait pas vraiment)²⁴⁶.

Cette crise des urgences est en fait un révélateur d'une crise plus globale avec la nécessité

²⁴² La politique de prévention en santé. Cour des Comptes 2021.
<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/57947>

²⁴³ La place des offreurs de soins dans la prévention. HCSP 2018.
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=691>

²⁴⁴ [Crise des urgences médicales : un malaise persistant | vie-publique.fr](https://www.vie-publique.fr)

²⁴⁵ [Les établissements de santé - édition 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://www.solidarites-sante.gouv.fr)

²⁴⁶ [Dépenses de santé : concentration sur les maladies chroniques et poids important de la santé mentale | ameli.fr | Pharmacien](https://www.ameli.fr)

de repenser à la fois l'amont mais aussi l'aval des urgences. La faiblesse de la médecine de ville est également à prendre en compte, faisant glisser la pratique de soins de 1^{er} recours vers ces services.

Par ailleurs, le dernier bilan fourni par l'Assurance Maladie note deux phénomènes en aggravation qui caractérisent le système de santé français :

- Le poids croissant des maladies chroniques, de la polypathologie et de la perte d'autonomie dans l'état de santé et les dépenses d'assurance maladie, définissant des populations qui ont été à fort risque de formes graves de Covid-19 et révélant la fragilité de la population française ;
- Les inégalités sociales de santé ou encore la question de l'accès aux soins qui ont constitué un défi dans la gestion de la pandémie comme auparavant pour notre système de santé : c'est dans les rangs des populations les plus défavorisées qu'on retrouve souvent les patients les plus en écart aux soins, que l'on s'intéresse à la qualité du suivi du diabète ou à la couverture vaccinale contre la Covid-19.

Ainsi 36 % de la population française est pris en charge pour une pathologie chronique, le poids des maladies cardio-vasculaires aiguës a diminué de 2 % alors que celui du diabète a augmenté de 4,5 %, des cancers actifs de 4,9 % et celui des traitements psychotropes de 6,2 %. Parallèlement le poids des hospitalisations ponctuelles a diminué de 10,6 %. C'est ainsi un changement très rapide des besoins en soins de la population française qui est observé sur les 10 dernières années, changement qui nécessiterait une adaptation radicale du système de santé. Les indicateurs mis en place ne permettant pas de voir ce changement puisque seuls quelques-uns évoluent favorablement (cf. supra).

Paradoxalement, alors que ce virage vers des soins techniques a été engagé détachant le système de soins de la réponse à une partie croissante des attentes de la population, la rapidité des innovations scientifiques et techniques et les progrès spectaculaires des thérapeutiques contrastent avec la lenteur de la transformation globale de notre système et de sa capacité à intégrer ces innovations²⁴⁷.

C. Des soins primaires peu organisés

La Cour des comptes a récemment analysé les capacités du système de santé français à développer la prévention et la prise en charge des maladies chroniques²⁴⁸. Le constat porte sur l'organisation des soins primaires et une médecine de ville sollicitée sur symptômes et trop centrée sur les soins curatifs.

Les soins primaires sont le premier niveau de soins de santé qui sont dispensés aux patients. Ils sont généralement fournis par des professionnels de santé tels que des médecins généralistes, des infirmières, des assistants médicaux et des pharmaciens et sont considérés comme étant essentiels pour maintenir la santé globale de la population, car ils sont souvent le premier point de contact entre les patients et le système de santé. Les services de soins primaires comprennent la prévention, le dépistage, le traitement et la gestion des maladies chroniques et aiguës, ainsi que la promotion de la santé et la gestion

²⁴⁷ Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé. HCAAM (2018). <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/avis-et-rapport-2018-contributi.html>

²⁴⁸ La politique de prévention en santé. Communication au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale. Cour des comptes. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-12/20211201-politique-prevention-en-sante.pdf>

de la santé mentale. Leur organisation est donc essentielle pour assurer leur efficacité.

Les soins primaires visent à répondre aux besoins de santé de l'ensemble de la population, en particulier des groupes vulnérables tels que les personnes âgées, les enfants, les personnes atteintes de maladies chroniques et les populations défavorisées. Ils visent également à améliorer l'accès aux soins de santé, à réduire les coûts des soins de santé et à améliorer la qualité des soins de santé en général. L'IRDES avait observé que si la France relevait historiquement plutôt du modèle professionnel non hiérarchisé, elle empruntait de plus en plus certaines caractéristiques des modèles en place dans d'autres pays²⁴⁹.

La Cour note ainsi que « *L'exercice de la médecine générale, qui repose majoritairement sur un exercice isolé et le paiement à l'acte, n'est pas favorable à la prévention. Dans de nombreux pays, au contraire de la France, le médecin généraliste, souvent salarié, est adossé à un petit plateau technique : il peut ainsi au cours de la consultation réaliser une vaccination, car il dispose d'un stock pharmaceutique, il peut réaliser un prélèvement sanguin sur un patient après l'avoir convaincu de se faire dépister. Il dispose d'une assistante médicale qui recueille les constantes physiologiques, qui vérifie le statut vaccinal et procède aux rappels éventuels (vaccination, dépistage). En France, les ruptures de la prise en charge (prendre un rendez-vous au laboratoire, chez un spécialiste ou dans un cabinet de radiologie en sortant de chez le médecin) sont autant d'occasions pour le patient de renoncer à consulter ou à se faire vacciner ou dépister et à aller au terme de la démarche de prévention* ».

Les mesures prises depuis quelques années cherchent à corriger ces constats : la création et le soutien des maisons de santé pluridisciplinaire, l'organisation des soins primaires autour des communautés professionnelles territoriales de santé.

Le HCAAM propose de renforcer l'organisation des soins primaires pour permettre de mieux répondre aux besoins de la population²⁵⁰. Pour résoudre cette crise, le HCAAM propose une évolution du système des soins primaires et de recours vers une responsabilité populationnelle. Dans ce cadre, l'activité de l'ensemble des offreurs de soins devrait s'inscrire dans une mission de service public. Des soins ambulatoires (à la fois soins primaires et soins spécialisés de proximité) renforcés et structurés éviteraient les recours inappropriés à l'hôpital et amélioreraient la coordination entre soins de ville et établissements sanitaires et médico-sociaux, éléments indispensables pour remédier aux difficultés de ces établissements.

D. Une faible articulation soins primaires / soins de recours / soins de suite

Ce diagnostic d'un dysfonctionnement profond du système de santé et de soins ne porte pas seulement sur les soins primaires. En effet, les établissements de recours ont vu progressivement leur activité embolisée par des soins relevant de structures de soins primaires. Ce diagnostic a amené le HCAAM à faire plusieurs propositions de réorganisation de ce secteur du système de soins²⁵¹, l'une en 2017 (« *Organiser la médecine spécialisée et*

²⁴⁹ Irdes, Questions d'économie de la santé n° 141, « Trois modèles d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », avril 2009

²⁵⁰ Avis et Rapport du Hcaam - Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html>

²⁵¹ Avis du HCAAM sur l'organisation de la médecine spécialisée et le second recours. <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/avis-du-hcaam-sur-lorganisation.html>

le second recours : un chantier prioritaire », l'autre en 2020 (« Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé »). En effet, la médecine spécialisée et le second recours ne sont pas clairement positionnés dans l'architecture du système de soins. Le nombre de médecins spécialistes, traduisant une spécialisation croissante, aboutit à une offre de plus en plus fragmentée et à des risques de difficulté d'accès aux soins spécialisés liés à mauvaise répartition géographique de l'offre de médecine. Il propose d'organiser la médecine spécialisée ambulatoire sur les territoires en fonction des besoins des patients de manière à garantir le bon recours au bon niveau pour les personnes qui le nécessitent. Si les établissements et services sociaux et médico-sociaux participent au maillage de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et constituent un partenaire majeur des offreurs de soins, l'articulation entre ces différents secteurs reste limitée ne permettant pas au système de répondre aux besoins de la population.

Ce diagnostic a été porté aussi par le HCSP dans son rapport sur le virage ambulatoire²⁵². Si des dispositifs sont mis en place pour structurer la coordination des professionnels à l'intérieur de chaque secteur de soins (les GHT pour les établissements de santé, les structures d'exercice coordonnées en ville qui peuvent être de nature publique ou privée), la coordination entre la ville et l'hôpital est notamment rendue difficile par l'absence d'instance de concertation entre les différents professionnels. La médecine de ville et l'hôpital n'ont encore que rarement des échanges directs et ne partagent que trop peu le co-pilotage de projets sur les territoires. Le dispositif réglementaire ne prévoit pas de coordination entre GHT et CPTS. Les territoires sont définis de façon différente selon les dispositifs (GHT, CPTS, DAC et CLIC) ont tous des territoires géographiques différents. Le passage pour les différents acteurs d'une culture du soin à une culture de santé » est encore problématique notamment dans les domaines de gestion de projets et de santé publique.

E. Une faible implication des collectivités territoriales

En France, la santé est une compétence partagée théoriquement entre l'État et les collectivités territoriales liées par la clause de compétence générale. Les collectivités territoriales sont des acteurs majeurs en matière de politiques sociales (action sociale, revenu minimum d'insertion, aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile, formation professionnelle...) et médico-sociales (protection générale de la santé publique et de l'environnement, devoir d'alerte sanitaire...) ²⁵³. Ainsi, les compétences sociales et médico-sociales s'exercent tant au niveau communal, que départemental et régional.

Les collectivités territoriales, notamment les communes et les départements, ont un rôle important à jouer dans les politiques de santé, notamment en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé. C'est ce qu'a démontré cette crise durant laquelle certaines collectivités ont tenu à s'impliquer pour la santé des populations de leur territoire²⁵⁴.

Cependant l'organisation du système de santé reste largement centralisée. La loi n° 2009-

²⁵² Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. HCSP 2021.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078#:~:text=Le%20HCSP%20envisage%20les%20modalit%C3%A9s,d%C3%AAtre%20une%20opportunit%C3%A9%20pour>

²⁵³ Compétences sociales et médico-sociales au niveau communal, départemental et régional

<https://www.collectivites-locales.gouv.fr/competences/action-sociale-et-sante>

²⁵⁴ Les collectivités territoriales : un intervenant de santé publique à part entière. Rapport d'information de MM. Jean-Michel ARNAUD et Roger KAROUTCHI, fait au nom de la MCI Effets des mesures en matière de confinement. <http://www.senat.fr/rap/r20-712/r20-712.html>

n° 712 (2020-2021)

879 du 21 juillet 2009²⁵⁵ portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires n'autorise plus les collectivités territoriales à créer des établissements publics de santé (article L. 6141-1 du Code de la santé publique). En matière de santé, la commune n'exerce pas de compétence obligatoire, en dehors des mesures spécifiques que peuvent être amenés à prendre les maires dans le cadre de leur pouvoir de police. En revanche, une commune ou un groupement de communes peut exercer les compétences en matière de santé attribuées au département, à la suite de la signature d'une convention précisant les conditions de cette délégation de compétences. Les services communaux d'hygiène et de santé qui, à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983²⁵⁶, exerçaient déjà des attributions en matière de vaccination et de désinfection ainsi qu'en matière de contrôle des règles d'hygiène continuent de les exercer. De même, après conventionnement avec l'État, la commune peut mettre en œuvre des programmes de santé spécifiques relatifs à la lutte contre les maladies transmissibles, et la lutte contre l'alcoolisme. Le cadre réglementaire n'est donc pas adapté à l'implication forte des collectivités territoriales dans les problématiques de santé alors qu'elles ont la compétence sur un nombre important de secteurs qui sont par ailleurs de puissants déterminants de la santé.

L'organisation territoriale d'une santé publique efficace, proche du terrain et mobilisable en période de crise est un enjeu majeur. Les acteurs locaux, dont les collectivités territoriales, doivent pouvoir s'impliquer dans la création d'un système de santé publique territorial simplifié. Cette crise a révélé la faiblesse du système de santé publique territorial alors que certaines collectivités ont mis en place des dispositifs de promotion de la santé à destination des populations vulnérabilisées par leurs conditions socio-économiques et/ou leur âge et/ou leurs conditions de santé. Des dispositifs « d'aller-vers » regroupant associations, travailleurs sociaux, médiateurs en santé et les habitants « ambassadeurs de santé » en lien avec les collectivités territoriales, ont vu le jour traduisant le manque de tels dispositifs en situation normale et la capacité des collectivités à réagir au plus près des populations²⁵⁷.

S'il est vrai que la question de la santé n'est pas toujours une priorité pour les collectivités territoriales, qui sont souvent plus préoccupées par des questions d'aménagement du territoire, d'éducation ou de développement économique²⁵⁸, le rôle que pourraient jouer les collectivités territoriales dans la santé de la population questionné depuis longtemps²⁵⁹ reste peu précis laissant se développer des initiatives sur le terrain mais ne définissant pas une implication généralisée sur tout le territoire²⁶⁰ et ne répondant pas aux attentes des populations et des collectivités²⁶¹.

²⁵⁵ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>

²⁵⁶ Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000320195>

²⁵⁷ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

²⁵⁸ Rapport d'information (...) relatif à la place des collectivités territoriales comme acteurs de la politique de santé publique <https://www.vie-publique.fr/rapport/280700-place-des-collectivites-territoriales-comme-acteurs-de-sante-publique>

²⁵⁹ Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre. <https://www.senat.fr/rap/r10-600/r10-6000.html>

²⁶⁰ La santé, une mission nouvelle pour les collectivités territoriales <https://www.courrierdesmaires.fr/article/la-sante-une-mission-nouvelle-pour-les-collectivites-territoriales.237>

²⁶¹ Les collectivités territoriales à l'épreuve des déserts médicaux <https://www.senat.fr/rap/r21-063/r21-063-syn.pdf>

La crise traversée par le système de santé, accentuée au cours de la crise sanitaire mais résultant également de causes préexistantes, concerne bien l'ensemble du système, traduisant un risque avant tout systémique. Elle concerne, dans un premier temps, les acteurs, avec la problématique majeure de qualité de vie au travail pour l'ensemble des professionnels contribuant à la santé, se traduisant par une souffrance éthique aux conséquences sur la qualité des soins mais aussi sur l'attractivité du métier. Elle interroge également sur la soutenabilité du système de santé, à la fois au niveau financier mais aussi au vu de la perte de confiance de la population en son système. Comme indiqué par le CCNE, sa rénovation doit se faire à partir d'enjeux éthiques. Les causes de cette crise sont donc multiples. Elles consistent en une organisation des soins non adaptée à l'état de santé de la population et aux nouvelles formes de consommation de soins. Cette organisation reste encore trop tournée vers le curatif au dépend de la prévention, et les soins primaires y sont désorganisés et faiblement articulés avec les soins de recours et de suite, malgré leur rôle de porte d'entrée dans le système de soins. Y est ajoutée la faible implication des collectivités territoriales, devant faire face à un système de santé encore centralisé et, en conséquence, ne pouvant pas exercer leurs fonctions de prévention et de promotion de la santé.

Le HCSP, à la suite du diagnostic concernant l'état de santé de la France, propose un diagnostic concernant le système de santé dans son ensemble, système de soins, système de santé publique et système médico-social. Ce diagnostic est celui d'une crise systémique qui nécessite une réponse systémique, c'est-à-dire concernant simultanément les différentes composantes du système de santé. Le système de santé apparaît désadapté par rapport aux enjeux que le HCSP note par ailleurs.

VII. Une SNS proposant quatre objectifs à moyen et long termes

1. Reconstruire le système de santé pour répondre aux enjeux

Plusieurs rapports ont appelé à reconstruire le système de santé pour lui permettre de mieux répondre aux enjeux qui sont maintenant plus clairs et très différents de ceux ayant amené à construire le système actuel. On peut citer ceux du HCAAM²⁶², de la Cnam²⁶³, le rapport sur la refondation de la santé publique²⁶⁴ ou celui sur la prise en compte du grand âge²⁶⁵. Tous font l'analyse que les décisions prises pour répondre ponctuellement à tel ou tel problème, loin d'améliorer le système peuvent le déstabiliser ou rencontrer une résistance importante des acteurs.

Les récents épisodes confortent le HCSP dans ce diagnostic par ailleurs porté à plusieurs

²⁶² Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-du-hcaam-sur-la-regulati.html>

²⁶³ Rapport Charges et Produits pour 2023 <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2022-07-13-cp-rapport-charges-et-produits-pour-2023>

²⁶⁴ Dessiner la santé publique de demain <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/dessiner-la-sante-publique-de-demain>

²⁶⁵ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

reprises par des responsables politiques^{266,267,268,269} évoquant la « tension en termes d'accès aux soins et on la voit chaque jour quand on est confronté aux difficultés de trouver un médecin traitant ou d'obtenir un rendez-vous dans des délais raisonnables », la « tension en termes de conditions d'exercice des professionnels de santé dont beaucoup ont le sentiment de perdre le sens même de leur métier, de leur vocation en raison des contraintes administratives et financières qu'ils subissent », la « tension financière enfin liée aux défis du vieillissement, du développement des pathologies chroniques, aux coûts des innovations thérapeutiques qui mettent à l'épreuve notre capacité à préserver dans la durée notre modèle de santé solidaire auquel nos concitoyens sont fondamentalement attachés ».

Ce constat d'une crise systémique qui ne peut être abordé que sous l'angle des revendications sectorielles nécessite de définir quel doit être notre système de santé dans les années qui viennent, en prenant en compte les principaux enjeux en matière de santé de la population.

A. Cinq contraintes fortes à prendre en compte pour repenser un système de santé au service de la population

Le HCSP identifie cinq contraintes majeures qui doivent permettre de redéfinir des objectifs et des solutions pour un futur système de santé. Ces cinq enjeux sont des déterminants des principaux problèmes de santé tels qu'ils ont pu être exposés dans le diagnostic portant sur l'état de santé de la France proposé précédemment dans ce rapport par le HCSP (cf. [IV État de santé de la France](#)).

a) Changement climatique et modifications environnementales

Le changement climatique et les modifications environnementales vont entraîner des évolutions importantes des pathologies ([cf. L'environnement, une menace à court terme pour la santé malgré les PNSE](#)). Le rapport sur les impacts sanitaires de la stratégie d'adaptation au changement climatique rendu par le HCSP en 2015²⁷⁰ permettait d'envisager les conséquences du changement climatique sur les déterminants de la santé et sur les pathologies elles-mêmes. Le changement climatique va avoir des impacts directs sur notre santé avec une augmentation de la morbi-mortalité faute d'une adaptation rapide à ces changements. L'OMS considère ainsi que le changement climatique est la plus grande menace de santé pour l'humanité²⁷¹. Cette menace concerne particulièrement les

²⁶⁶ L'hôpital, «au bout d'un système» <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/2017/12/12/97001-20171212FILWWW00021-l-hopital-au-bout-d-un-systeme-buzyn.php>

²⁶⁷ Agnès Buzyn : «Sur l'hôpital, nous sommes arrivés au bout d'un système» https://www.liberation.fr/france/2017/12/11/agnes-buzyn-sur-l-hopital-nous-sommes-arrives-au-bout-d-un-systeme_1615985/

²⁶⁸ «Notre système de santé est à bout de souffle», alerte le nouveau ministre François Braun <https://www.europe1.fr/politique/notre-systeme-de-sante-est-a-bout-de-souffle-alerte-le-nouveau-ministre-francois-braun-4121469>

²⁶⁹ Discours sur la transformation du système de santé "Prendre soin de chacun" du Président de la République, Emmanuel Macron <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron>

²⁷⁰ Impacts sanitaires de la stratégie d'adaptation au changement climatique. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=523>

²⁷¹ Changement climatique et santé <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health#:~:text=Le%20changement%20climatique%20a%20d%C3%A9j%C3%A0,perturbation%20des>

populations vulnérables, sujets précaires ou personnes âgées, particulièrement sensibles aux phénomènes climatiques extrêmes, dont les vagues de chaleur sont parmi les effets les plus marquants, mais aussi aux modifications régulières du fait de leur moindre capacité physique ou économique aux adaptations ou aux maladies émergentes comme l'a rappelé la crise sanitaire récente.

Un point particulier concerne la santé mentale que le HCSP a identifié comme un des problèmes de santé les plus importants dans ce rapport (cf. infra). La nouvelle note d'orientation de l'OMS²⁷² propose une feuille de route aux pouvoirs publics pour faire face aux conséquences des changements climatiques sur la santé mentale.

Afin de préparer la réponse à ces bouleversements et d'atténuer les effets du changement climatique, la réflexion doit intégrer deux paramètres : le long terme et la complexité. Il est essentiel désormais d'interpréter les interactions climat-énergie-économie-biodiversité-santé dans le cadre d'une écologie globale de la santé afin de mieux anticiper les marges d'adaptation en situation de contraintes croissantes. Le changement climatique est un des axes principaux de Santé publique France²⁷³ et le HCSP a été amené à faire des recommandations dans ce domaine^{274,275,276}.

Un système de santé reconstruit doit prendre en compte ces évolutions à moyen et long termes en intégrant les leçons tirées de la récente pandémie Covid-19.

b) Évolution démographique

Les récentes données de l'Insee²⁷⁷ ([Cf. Bilan démographique](#)) montrent que le vieillissement de la population française pourrait être plus rapide que prévue. Ce vieillissement a déjà modifié sur les dernières décennies le paysage sanitaire français sans réelle adaptation de son système de santé. Ainsi, les problèmes liés au grand âge ne sont-ils toujours pas abordés dans leur ensemble comme le préconisait le rapport Libault²⁷⁸ à la suite d'une très importante concertation nationale qui prévoyait la création d'un « service public territorialisé

%20syst%C3%A8mes%20alimentaires%20%20'

²⁷² La santé mentale est une priorité pour agir face aux changements climatiques. (2022)
<https://www.who.int/fr/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>

²⁷³ Changement climatique : un enjeu prioritaire de santé publique. Santé Publique France (2022).
<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/changement-climatique-un-enjeu-prioritaire-de-sante-publique>

²⁷⁴ Gestion des situations d'exposition aux épisodes de canicule extrême lors des manifestations et activités culturelles organisées. HCSP (2021).
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1234>

²⁷⁵ Recommandations visant à améliorer la préparation et la gestion des vagues de chaleur et des canicules extrêmes. HCSP (2022).
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1263>

²⁷⁶ Gestion des situations d'exposition aux épisodes de canicule extrême dans les habitats précaires collectifs illégaux. HCSP (2021). <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1235>

²⁷⁷ Statistiques et études <https://www.insee.fr/fr/statistiques?theme=0>

²⁷⁸ Rapport de la concertation Grand âge et autonomie. (2019).
<https://sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>.

de l'autonomie »²⁷⁹ ou plus récemment la Fédération Hospitalière de France^{280,281}.

La stagnation de la population française et la diminution de la population active devrait amener à renforcer l'immigration, phénomène observé récemment en Allemagne ou certains pays d'Europe du Nord. Ce phénomène prévisible doit être intégré dans la réflexion sur l'évolution du système de santé pour prendre en compte de nouveaux risques et les problèmes d'accès au système de santé comme cela s'est posé récemment²⁸². La vulnérabilité des populations migrantes, liées à la promiscuité majorant le risque d'exposition aux agents infectieux en général et aux conséquences psychologiques des conflits, des séparations familiales et de l'exil, la prévalence importante dans le pays d'origine de certaines maladies contagieuses comme la tuberculose (situations de multi résistance), le VIH, VHC, la faible couverture vaccinale (responsable de cas de poliomyélite) et de risque de propagation de plusieurs maladies infectieuses dans cette population (Covid-19, rougeole...) posent des problèmes spécifiques auquel le système de santé doit se préparer²⁸³.

c) *Soutenabilité et pérennité, les conditions de l'adhésion de la population*

La soutenabilité financière du système de santé est un enjeu important dans de nombreux pays, et les coûts de la santé en augmentation constante en raison de l'augmentation des coûts des médicaments, des technologies médicales et des traitements ([Cf. La Soutenabilité du système de santé remise en cause](#)).

La plupart des leviers permettant d'assurer la soutenabilité du système comme l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication, les mesures liées aux financements de la santé ou au contrôle des dépenses liées aux médicaments ou aux offreurs de soins ont été activés depuis plusieurs années sans réelle amélioration structurelle du système de santé. *A contrario*, la promotion de la santé et de la prévention, pouvant réduire les coûts liés aux maladies évitables même à court terme ont été peu activées alors que leur retour sur investissement est meilleur que la plupart des autres mesures.

Il en va de même du renforcement des soins primaires par une meilleure gestion des maladies chroniques permettrait d'éviter les coûts élevés des soins hospitaliers.

Ainsi, plutôt que des approches sectorielles ou conjoncturelles, il est important de mettre en place une approche globale et durable pour garantir la soutenabilité financière du système de santé, en veillant à ce que l'ensemble de la population ait accès à des soins de santé abordables et de qualité.

Promouvoir la démocratie en santé est l'autre enjeu d'un système répondant aux enjeux de santé de la population. Les sociétés démocratiques modernes attachent une importance croissante au rôle des citoyens en tant qu'acteurs (parties prenantes) et donc directement

²⁷⁹ Vers un service public territorial de l'autonomie (2022).

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_libault_spta_vdef.pdf

²⁸⁰ Réforme du Grand-âge : vers une société de la longévité. FHF (2022). <https://www.fhf.fr/la-fhf/la-fhf-en-action/la-fhf-en-action-reforme-du-grand-age-vers-une-societe-de-la-longevite>

²⁸¹ Projet de loi pour une société de la longévité. https://www.fhf.fr/sites/default/files/2023-01/Projet_Loi_GA9.pdf

²⁸² Enjeux de santé publique et rendez-vous santé pour les personnes migrantes en provenance des zones de conflits en Ukraine. HCSP (2022). <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1169>

²⁸³ Visite médicale des étrangers primo-arrivants. HCSP (2015). <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=672>

impliqués dans les choix individuels et collectifs. Développer la participation et l'implication des citoyens dans les services de santé, nécessite de leur donner toutes les informations nécessaires pour leur permettre de participer au processus de prise de décision.

Cette approche a été développée en France dans le champ des soins avec une demande de la part des patients de l'attention portée à la personne dans son ensemble et pas seulement à sa pathologie. La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a formalisé cette approche, renforcée par la suite par les lois de santé publique créant des structures de démocratie sanitaire qui ont accompagné ce mouvement

d) La littératie en santé de la population, un défi à relever

La littératie en santé représente la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer afin de promouvoir, maintenir et améliorer sa santé dans divers milieux et tout au long de sa vie. Le récent rapport de l'OMS a rappelé les bases scientifiques entre littératie en santé et comportements en santé ainsi que les liens entre littératie et les autres déterminants de la santé²⁸⁴. ([Cf. La Littératie en santé : un enjeu reconnu pour les systèmes de santé](#))

Le rapport de la Conférence Nationale de Santé en 2017²⁸⁵ souligne les liens entre la littératie et la santé et note que les actions de renforcement de la littératie en santé sont associées à des résultats sanitaires améliorés. Le renforcement de la littératie en santé constitue ainsi un levier majeur en faveur de l'émancipation de la personne mais aussi d'une réforme du système de santé visant l'amélioration de la qualité de la prise en charge, de l'accompagnement et de la sécurité des usagers et des patients. La CNS recommande ainsi la mise en œuvre d'un programme d'action ambitieux articulé autour de trois axes : 1) la création d'un environnement favorable au développement de la littératie en santé, 2) la mobilisation des ressources et des dispositifs pertinents pour développer la littératie en santé des populations vulnérables, 3) le développement de l'évaluation et la recherche ainsi que la diffusion de pratiques exemplaires dans ce champ.

Le rapport Chauvin²⁸⁶ insiste sur la nécessité de mettre en place un plan d'amélioration de la littératie et des compétences en santé, déterminants majeurs des comportements en santé et donc des inégalités de santé. Si ces deux compétences s'acquièrent tout au long de la vie, une acquisition est d'autant plus efficace qu'elle est précoce. Un tel plan d'action doit concerner tous les Français et notamment les enfants dès le plus jeune âge. Il intéresse les différents milieux de vie, les lieux de formation, de travail, de sports, de prise en charge et d'accompagnement sanitaire, médico-social et social. Il doit être élaboré en lien avec l'ensemble des acteurs concernés. Tous les ministères doivent être mobilisés sur cet objectif permettant de doter la population française d'un niveau de littératie en santé et de compétences en santé équivalent à celui rencontré dans d'autres pays.

Une approche similaire a été retenue aux USA sous la forme des compétences en santé décrites par sept objectifs pédagogiques (National Health Education Standards (NHES)) et la

²⁸⁴ Health literacy development for the prevention and control of non communicable diseases, OMS 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055339>

²⁸⁵ La littératie en santé - usagers et professionnels : tous concernés ! Pour un plan d'action à la hauteur des inégalités sociales de santé. CNS (2017). https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_plen_060717_litteratie_en_sante_v_diffusee_env_pmc_2304_vuap_24_250418.pdf

²⁸⁶ Dessiner la santé Publique de demain. (2022). https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

littératie en santé fait partie intégrante du plan de santé américain « *Healthy 2030* »²⁸⁷ avec l'objectif fixé au système de santé d'éliminer les disparités en santé (« *Eliminate health disparities, achieve health equity, and attain health literacy to improve the health and well-being of all* »).

Le HCSP recommande donc que la littératie en santé dans la population et notamment parmi les plus jeunes soit un élément structurant d'un système de santé refondé.

e) *L'innovation technologique et numérique : risque et solution*

L'innovation technologique a un impact important sur le domaine de la santé et les avancées technologiques ont permis d'améliorer la qualité des soins de santé, de réduire les coûts, d'augmenter l'efficacité et d'améliorer les résultats pour les patients. La crise a notamment révélé que sous la pression, le système de santé pouvait intégrer des innovations qui ne trouvaient pas leur place auparavant.

C'est le cas de la télémédecine qui permet aux médecins de fournir des soins à distance, en utilisant des technologies de communication pour se connecter avec les patients. Ce qui était réservé à des sites expérimentaux dans des régions éloignées ou à des patients ayant des problèmes de mobilité est devenu une norme acceptée par les acteurs dont l'Assurance Maladie.

Le développement de l'intelligence artificielle (IA) devrait modifier différents aspects du système de santé dans son ensemble. Si l'IA est utilisée dans la santé pour améliorer les diagnostics, prévoir les résultats, concevoir des traitements personnalisés et automatiser certaines tâches cliniques, elle pourrait accompagner les professionnels de santé et les individus dans d'autres secteurs que le soin^{288,289,290}.

Les objets connectés ont suscité beaucoup d'espoir pour accompagner des modifications de comportements tels que la pratique de l'activité physique, la pratique d'une alimentation saine ou la qualité du sommeil. Ces données peuvent aider les médecins à suivre l'état de santé des patients à distance et à prendre des décisions plus éclairées. Leur utilité à l'échelle populationnelle reste à démontrer²⁹¹.

La robotique est maintenant largement utilisée notamment pour effectuer des interventions chirurgicales précises et minimiser les risques de complications. La robotique mobile peut également être utilisée pour la réadaptation ou pour aider les personnes âgées et les personnes handicapées à accomplir certaines tâches quotidiennes et à être maintenues à domicile.

L'accès aux bases de données et leur exploitation est un enjeu majeur. La France dispose

²⁸⁷ Health Literacy in Healthy People 2030. <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030>

²⁸⁸ Intelligence artificielle et santé. Des algorithmes au service de la médecine. INSERM 2022. <https://www.inserm.fr/dossier/intelligence-artificielle-et-sante/>

²⁸⁹ Chavanne, A.V., Paillère Martinot, M.L., Penttilä, J. et al. Anxiety onset in adolescents: a machine-learning prediction. *Mol Psychiatry* 28, 639–646 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01840-z>

²⁹⁰ Macalli, M., Navarro, M., Orri, M. et al. A machine learning approach for predicting suicidal thoughts and behaviours among college students. *Sci Rep* 11, 11363 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90728-z>

²⁹¹ Santé et objets connectés. (2019). https://www.cite-sciences.fr/fileadmin/fileadmin_CSI/fichiers/au-programme/lieux-ressources/cite-de-la-sante/_documents/Ressources/Brochures/Sante_objets_connectes.pdf

en en effet d'une des plus grandes bases en santé du monde : son système national de données médico-administratives, le SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie). Cette base fait maintenant partie du SNDS, qui stocke toutes les prescriptions de médicaments, la description des maladies et les actes hospitaliers (PMSI). Le SNDS est toutefois délicat à exploiter mais devrait permettre de mieux connaître et comprendre les comportements en santé, les résultats des séquences de soins et de développer des modèles décisionnels.

La e-santé, connaît ainsi un essor important avec de nombreuses applications pour lesquelles il faut à la fois mettre en place un environnement favorable à son développement et les conditions d'une régulation acceptée par la population. Face à ce constat, l'Assurance Maladie propose de créer un nouveau statut pour les « thérapies digitales » ainsi que de repérer et accompagner les innovations de rupture²⁹².

De son côté, le gouvernement a récemment créé l'Agence de l'innovation en Santé²⁹³ pour accompagner les initiatives dans le cadre du plan France 2030.

Ainsi, l'innovation technologique et numérique doit être complètement intégrée dans la réflexion portant sur la reconstruction d'un système de santé pour les années futures. Elle doit l'être sous ses différents aspects (cf. supra) mais aussi sous l'angle médico-économique pour ne pas être que le support du développement d'un marché dont l'accès renforcerait les inégalités sociales de santé.

B. Repenser tous les secteurs du système de santé

a) Refonder le système de santé publique (objectif à 5 ans)

Le rapport Chauvin²⁹⁴ a formulé 40 propositions pour redessiner la santé publique. Parmi ces mesures, certaines sont structurelles et devraient servir de base au futur système de santé. L'objectif est de construire un système de santé publique performant, agissant sur les déterminants de la santé, qu'ils soient socio-environnementaux ou comportementaux et permettant d'atteindre des objectifs ambitieux concernant la santé de la population, objectifs partagés avec les citoyens et leurs représentants.

Notamment, ce rapport sur la refondation de la santé publique propose de créer à 5 ans un système de santé publique territorial simplifié et disposant d'une force d'intervention sur le terrain et permettant de renforcer les dispositifs d'implication et de prise en compte des citoyens et des bénéficiaires. Il propose aussi de faire évoluer les conseils territoriaux de santé en parlement territoriaux de la démocratie en santé et de faire évoluer les ARS au niveau régional et territorial. Ce système de santé territorial aurait comme objectif de soutenir et pérenniser les dispositifs de promotion de la santé à destination des populations vulnérabilisées et de renforcer les dispositifs favorables à la santé des enfants et des adolescents.

Il propose enfin d'élaborer et de mettre à disposition des autorités territoriales et des citoyens, des tableaux de bord comprenant les principaux indicateurs de santé dans une logique de co-construction.

b) Adapter le système de soins (objectif à 10 ans)

²⁹² Rapport Charges et Produits pour 2023. CNAM 2022. <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2022-07-13-cp-rapport-charges-et-produits-pour-2023>

²⁹³ Lancement de l'Agence de l'innovation en santé. (2022) <https://www.gouvernement.fr/actualite/lancement-de-lagence-de-linnovation-en-sante>

²⁹⁴ Dessiner la santé Publique de demain. (2022). https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

Les récents rapports de HCAAM posent les bases de ce que devrait être un nouveau système de soins répondant mieux aux besoins de la population^{295, 296}. Ainsi, il est proposé de créer « *une nouvelle alliance entre population, offreurs de soins et régulateur, selon les principes de responsabilité populationnelle d'une part, et de subsidiarité visant à soutenir en priorité les solutions mises en place par les professionnels d'autre part. Dans ce cadre, l'activité des offreurs de soins s'inscrit dans une mission de service public, qui n'est plus portée exclusivement par l'hôpital. Des soins ambulatoires (à la fois soins primaires et soins spécialisés de proximité) renforcés et structurés doivent en effet permettre d'éviter les recours inappropriés à l'hôpital et d'améliorer la coordination entre soins de ville et établissements sanitaires et médico-sociaux, éléments indispensables pour remédier aux difficultés de ces établissements. Pour accomplir cette mission, les professionnels de santé bénéficient de l'accompagnement des caisses, services de l'Etat et collectivités territoriales* ».

La responsabilité populationnelle des soins de proximité doit également les conduire à mieux prendre en compte et accompagner les activités de la population qui ont un impact sur leur santé. Dans le modèle d'organisation optimale des services en santé mentale de l'OMS²⁹⁷, l'auto-soin et les soins communautaires informels représentent la quantité la plus importante de services et ne sont pas fournis par des professionnels de santé. Le HCAAM insiste aussi sur l'éducation à la santé et la formation aux premiers secours (en santé somatique et mentale) de la population jouent un rôle très important. Ces services, qui outillent l'auto-soin, doivent être assurés à tous les âges de la vie, dans les structures de soins comme dans les autres collectifs (école et université, travail, associations). Les soins communautaires informels désignent les services fournis en-dehors du système formel de santé, dont les services sociaux (dont le logement social) ou médicosociaux, l'emploi adapté... Les actions communautaires ainsi que celles des associations de malades ou de proches permettent de toucher des publics éloignés du système de soins et contribuent au lien social.

C'est donc une évolution très marquée de l'organisation des soins primaires qui est proposée par le HCAAM intégrant la responsabilité populationnelle des offreurs de soins de ce secteur et l'approche communautaire qui a par ailleurs montré son efficacité dans d'autres pays ou pour certaines pathologies.

Cette évolution suppose une évolution des métiers et notamment des métiers du soin et une redéfinition des rôles au sein du système de soin. Cette évolution est déjà engagée mais demande à être renforcée pour répondre aux besoins de la population et de leur évolution prévisible. Le HCAAM propose ainsi d'*augmenter les capacités d'encadrement des territoires sous-denses en professionnels de santé, en créant des « antennes » territoriales universitaires de formations en santé (autour des instituts paramédicaux, des établissements de santé hors CHU et des CPTS)* », et de « *créer un label universitaire pour les CPTS et renforcer l'universitarisation des établissements hors CHU. La formation est en effet indispensable pour engager le partage de compétences nécessaire à un fonctionnement harmonieux du système de soins et plus largement du système de*

²⁹⁵ Avis et Rapport du HCAAM- Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html>

²⁹⁶ Avis du HCAAM sur l'organisation de la médecine spécialisée et le second recours. <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/avis-du-hcaam-sur-lorganisation.html>

²⁹⁷ WHO, Improving Health Systems and Services for Mental Health, 2009.

santé »²⁹⁸. L'IGAS propose ainsi d' « *ajuster le cadre des protocoles de coopération et les différencier plus clairement de la « pratique avancée » ; de soutenir la formation et assurer la viabilité de l'exercice des Infirmiers en pratique avancée (IPA), notamment par des mesures adéquates de revalorisation et de financement ; de permettre l'extension de la pratique avancée, en direction des soins spécialisés ou des soins primaires ; d'assurer la cohérence d'ensemble des diverses modalités d'aménagement des partages de compétences et de créer les conditions d'une réflexion globale et ambitieuse sur les positionnements des différentes professions de santé, en résonance avec les parcours de soins des patients* ». Le développement des pratiques avancées chez les soignants est un élément clef de l'évolution du système de santé²⁹⁹, développement soutenu par des textes réglementaires récents^{300, 301}.

c) *Mieux articuler système de santé publique et système de soins (objectif à 10 ans)*

La question des inégalités territoriales de santé est au cœur de la problématique de la refondation de notre système de santé. Le choix de l'échelon territorial est déterminant, pour redonner à celles et ceux qui animent la santé au quotidien, la possibilité d'adapter les solutions aux réalités du terrain et aux besoins de santé des populations.

Cet échelon doit permettre une description épidémiologique des iniquités de santé rencontrées. D'une part, en objectivant les besoins de santé (prévention, soins, médico-sociales) à couvrir selon une approche de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. D'autre part, en caractérisant l'adaptation de l'offre de santé en réponse à ces besoins en santé. Cet échelon doit être suffisamment large pour inclure une offre collective de santé (quel que soit le statut juridique du contributeur) en prévention, en soin et médico-sociale, capables de répondre aux enjeux de santé du territoire. Le territoire doit bénéficier d'une structuration numérique d'organisation de santé à la fois par les systèmes d'information qui unissent la diversité des acteurs et par l'analyse des données de santé produites par ce collectif d'intervenants (incluant celles du *Health Data Hub* à ce niveau territorial).

De surcroît, cette approche territoriale et coordonnée de l'offre de santé réinterroge de fait les modalités de financements des intervenants en santé. Enfin, elle doit inclure tous les enjeux des politiques sectorielles ayant un impact sur la santé et ses déterminants (éducation, aménagement des territoires, politique de la ville, développement économique, etc.).

²⁹⁸ Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Rapport public IGAS 2021. <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article842>

²⁹⁹ Expertise sur la pratique infirmière avancée. Rapport public IGAS 2022. <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article872>

³⁰⁰ Arrêté du 30 décembre 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039749304>

³⁰¹ Avis relatif à l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie signée <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046572815>

Le HCSP, sur la base des analyses faites précédemment, propose de fixer comme objectif principal de la SNS de reconstruire le système de santé français dans les 10 années à venir. En effet, le constat d'une crise systémique et particulièrement d'une crise des acteurs, mais aussi celui d'un modèle de soins datant de près de 50 ans, et peu modifié par les réformes successives, ou celui d'un système de santé publique montrant un retard par rapport aux évolutions constatées dans d'autres pays doit être l'occasion de redéfinir les missions du système de santé dans son ensemble pour engager son adaptation aux besoins de la population.

2. Diminuer l'impact des maladies chroniques

A. Intensifier massivement l'éducation thérapeutique pour diminuer les séquences de soins en relation avec les maladies chroniques (objectif à 5 ans).

36 % de la population française a été prise en charge par le système de santé pour une séquence de soins en relation avec une maladie chronique durant l'année 2021 et ce pour un coût de supérieur à 100 M€. Or une partie importante des maladies chroniques est liée à des facteurs de risque évitables ou à des déterminants modifiables. La baisse du poids que représentent les maladies chroniques sur le système de soins est un enjeu majeur à court terme qui nécessite de mobiliser le système de soins et le système de santé.

Le développement de l'éducation thérapeutique engagé depuis plus de 20 ans n'a pas produit les effets attendus faute de soutien suffisant tant par les tutelles pour les soins de proximité que par les établissements pour soins de recours³⁰². Le HCSP estime que l'éducation thérapeutique du patient est un élément important dans la prise en charge des malades, particulièrement ceux atteints de maladies chroniques. Permettant au patient d'obtenir ou de consolider ses connaissances et ses compétences sur sa maladie, ses traitements et sa prise en charge, elle lui permet, s'il le souhaite, d'acquérir de l'autonomie pour comprendre les symptômes, et adapter son mode de vie en connaissance de cause des effets de (sur sa) la maladie. En 2013, l'Académie de médecine proposait de créer les conditions nécessaires pour que le système de soins puisse développer l'éducation thérapeutique³⁰³ rejoignant en cela l'avis précédent du HCSP³⁰⁴.

L'Assurance maladie dans son dernier rapport cite l'éducation thérapeutique comme un moyen d'améliorer la prise en charge des patients porteurs des trois pathologies chroniques

³⁰² Évaluation des programmes d'éducation thérapeutique des patients 2010-2014. Avis du HCSP (2015). <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=528>

³⁰³ Plutôt que de se demander : dans le système de santé actuel, peut-on faire de l'éducation thérapeutique des patients ? Il faut se dire « organisons le système de soins pour qu'on puisse y faire de l'ETP, dans la mesure où celle-ci apparaît comme une nécessité ». L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine, Rapport de l'Académie de médecine 10 décembre 2013. <https://www.academie-medecine.fr/leducation-therapeutique-du-patient-etp-une-piece-maitresse-pour-repondre-aux-nouveaux-besoins-de-la-medecine/>

³⁰⁴ L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Rapport du HCSP (2009). <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=91>

retenues, le diabète, l'insuffisance cardiaque et la santé mentale³⁰⁵.

Actuellement, les quelques données disponibles permettent de faire un constat mitigé après 20 ans de développement de l'ETP³⁰⁶. De façon générale, l'ETP ne concerne qu'un nombre restreint de personnes (notamment par rapport à la population concernée par une ou plusieurs maladies chroniques) :

- Les sujets atteints de maladies chroniques et qui sont passés par l'hôpital.
- Les personnes qui fréquentent des structures d'exercice coordonné ; aujourd'hui cela ne représente que 20 % de la patientèle (malgré les plus de 2000 MSP)³⁰⁷.
- Le cadre réglementaire de l'ETP favorise une approche par programme et maladie qui tend à réduire la personne à son identité de malade et à favoriser des activités éducatives centrées sur les compétences d'autosoin au détriment de compétences psychosociales transversales.
- Le partenariat-patient (implication de patients-experts) est peu mobilisé en l'absence de directive nationale.
- Les offres d'ETP sont inégalement réparties sur le territoire et peu connues des usagers et des professionnels.
- Les sujets qui sont socialement les plus vulnérables ou géographiquement les plus isolés sont rarement impliqués dans des programmes ou démarches d'ETP.
- Les financements sont encore marginaux et non sécurisés.

Ainsi, au contraire de ce qui serait nécessaire pour limiter l'impact des maladies chroniques sur le système de santé, le développement de l'ETP n'a pas atteint ses objectifs tant en milieu hospitalier que dans le secteur des soins primaires. La Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la santé (FNES) a fait des propositions pour inscrire l'ETP dans la prise en charge des patients porteurs de maladies chronique³⁰⁸.

La diminution de la charge représentée par les séquences de soins des patients porteurs de maladies chroniques passe par un développement massif de l'Éducation thérapeutique des patients, intervention ayant montré son efficacité dans plusieurs pays. Ce développement nécessite de lever les nombreux freins existant dans le système de soins actuel³⁰⁹.

³⁰⁵ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Assurance Maladie 2022. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_5.pdf

³⁰⁶ ARS Nouvelle Aquitaine : Politique régionale 2019/2022 en Nouvelle-Aquitaine pour la promotion de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) ; <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/36321/download?inline>

³⁰⁷ AVECSanté : <https://www.avecsante.fr/>

³⁰⁸ Vers la fin programmée de l'éducation thérapeutique du patient ? FNES (2022). <https://www.fnes.fr/actualites-generales/vers-la-fin-programmee-de-leducation-therapeutique-du-patient>

³⁰⁹ Balcou-Debussche M. De l'éducation thérapeutique du patient à la littératie en santé. [https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=rhw-DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=L%E2%80%99%C3%A9ducation+th%C3%A9rapeutique+du+patient+\(ETP\)+FNES&ots=G9XB0ZV2CD&sig=ZDHFvN6oV0tqndcuvTKZSul3kRM#v=onepage&q=L%E2%80%99%C3%A9ducation%20th%C3%A9rapeutique%20du%20patient%20\(ETP\)%20FNES&f=false](https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=rhw-DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=L%E2%80%99%C3%A9ducation+th%C3%A9rapeutique+du+patient+(ETP)+FNES&ots=G9XB0ZV2CD&sig=ZDHFvN6oV0tqndcuvTKZSul3kRM#v=onepage&q=L%E2%80%99%C3%A9ducation%20th%C3%A9rapeutique%20du%20patient%20(ETP)%20FNES&f=false)

B. Développer le diagnostic et la prise en charge précoces pour diminuer l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques (objectif à 10 ans)

Le rythme de progression des maladies chroniques est un défi auquel doit faire face le système de santé et qui met en cause sa soutenabilité. Le développement d'une prévention médicalisée ou non est un levier important pour diminuer la prévalence et l'incidence des maladies chroniques. Le développement des dépistages ayant démontré leur utilité, la vaccination systématique contre certaines pathologies, comme la vaccination contre l'HPV ou le virus de l'hépatite, permettraient de limiter à moyen terme la prévalence des maladies chroniques grâce à une prise en charge précoce limitant les conséquences de certaines pathologies et leur chronicisation.

Cette évolution suppose de mobiliser les acteurs du système de soins sur une pratique de la prévention. Le HCSP avait ainsi proposé de développer la prévention chez les offreurs de soins et notamment les pratiques cliniques préventives³¹⁰.

La définition de la « cible » des actions de prévention a donné lieu durant les 30 dernières années à un débat entre les tenants d'une approche ciblée sur les personnes à haut risque et reposant sur des prescriptions individuelles et les tenants d'une approche populationnelle, dont Geoffrey Rose³¹¹, en raison de sa plus grande efficacité supposée. L'approche la plus largement retenue actuellement est une approche combinée, mêlant actions à visée populationnelle et actions individuelles à destination des personnes à risque. Une traduction de cette approche mixte se retrouve dans « l'universalisme proportionné » prôné par Sir Michael Marmott dans son rapport établi pour l'OMS en 2008 (*Closing the Gap in a Generation*³¹²).

Le HCSP a donc considéré que le développement de la prévention chez les offreurs de soins devait passer par cette double approche individuelle et populationnelle visant à détecter les facteurs de risque de maladies chroniques ou les maladies chroniques elles-mêmes le plus précocement possible de façon à diminuer la prévalence des patients porteurs de maladies chroniques et nécessitant des séquences de soins.

C. Augmenter la prévention pour augmenter l'espérance de vie en bonne santé (objectif à 15 ans)

L'allongement de l'espérance de vie en bonne santé est un objectif que n'a pas atteint le système de santé français durant les 50 dernières années. Alors que l'espérance de vie globale a considérablement augmenté moins un Français sur deux arrive à l'âge de 65 ans en bonne santé selon définition internationale.

L'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé doit être l'objectif du système de santé français durant les années à venir. Grâce à une politique de prévention affirmée, à l'action sur les déterminants de la santé et à une réorganisation du système de santé publique, il est possible de fixer à 10 ans une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé permettant ainsi à la France de rattraper son retard sur d'autres pays notamment

³¹⁰ La place des offreurs de soins dans la prévention

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=691>

³¹¹ Geoffrey Rose, Sick individuals and sick populations, *International Journal of Epidemiology*, Volume 30, Issue 3, June 2001, Pages 427–432, <https://doi.org/10.1093/ije/30.3>.

³¹² http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

européens³¹³.

Cet objectif ne peut être atteint que par une politique de prévention systémique (cf. infra) et la mise en œuvre effective du principe de la santé dans toutes les politiques (*Health in all policies* cf. supra et infra). Cet objectif suppose en effet une baisse de l'incidence des maladies chroniques et principalement de trois d'entre elles directement accessibles à des déterminant comportementaux et surtout socio-économiques parfaitement établis et des déterminants commerciaux utilisés par certains *lobbies*³¹⁴ (le diabète, les cancers et les maladies cardio-vasculaires).

Le HCSP recommande donc que l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé à la naissance soit l'objectif principal d'une SNS établie pour une période longue de 10 ans. Une telle stratégie passe par une diminution de la charge de soins liée aux maladies chroniques par la mise en œuvre de programmes ambitieux d'ETP, une diminution de la prévalence des maladies chroniques par le développement des pratiques cliniques préventives au sein du système de soins notamment et une diminution de l'incidence des maladies chroniques par une action concertée et massive sur les déterminants socio-économiques et commerciaux de la santé.

3. Renforcer les actions envers les plus fragiles : déconstruire la fabrique des inégalités de santé

A. Réduire les inégalités en lien avec les maladies chroniques

La réduction des inégalités sociales de santé (ISS) fait partie des objectifs de santé publique prioritaires dans notre pays, objectifs réaffirmés à plusieurs reprises depuis la SNS de 2013 puis dans la loi de modernisation du système de santé, de 2016 ou dans la SNS 2018-2022 publiée en décembre 2017. Dans celle-ci, le second axe est « lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins » indiquant ainsi une priorité de la politique publique de santé. Au niveau régional, les ARS, créées par la loi de 2009, ont affiché elles aussi cette priorité dans les plans régionaux de santé de chaque région.

Le constat fait par le HCSP durant cette crise est la faible prise en compte de cet objectif dans les mesures mises en place pendant la première partie de la pandémie Covid-19. Par ailleurs, l'impact sanitaire a été très marqué dans les quartiers ou pour les populations défavorisées. Ainsi, une surmortalité a été observée dans les territoires les plus pauvres comme en Seine-Saint-Denis (+ 118,4 %) ou les autres départements denses de la métropole du Grand Paris (+101,5 % dans les Hauts-de-Seine, +94,1 % dans le Val-de-Marne et +92,6 % à Paris). Le constat est le même dans d'autres territoires ou départements d'outre-mer.

Malgré l'affichage de la lutte contre les inégalités de santé dans les différentes politiques publiques depuis 10 ans, la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a montré la

³¹³ Dessiner la santé Publique de demain. (2022). https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

³¹⁴ Quels sont les déterminants commerciaux des politiques de lutte contre le cancer ? OMS 2022. <https://www.who.int/europe/fr/news-room/events/item/2022/04/27/default-calendar/what-are-the-commercial-determinants-of-cancer-control-policy--launch-of-eurohealth-special-edition-and-webinar-discussion>

fragilité des populations les plus démunies. Par ailleurs, de nombreux indicateurs ne montrent pas d'amélioration dans ce domaine³¹⁵.

Les dernières données de la Drees³¹⁶ confirment à la fois la progression des inégalités de santé et la particulière exposition aux maladies chroniques et à leurs conséquences des populations les plus défavorisées. Une attention particulière doit donc être portée à la prise en charge des maladies chroniques dans ces populations. Cela passe par une formation spécifique de l'ensemble du système de soins à cette problématique et la mise en place auprès de l'ensemble des acteurs de soins primaires d'outils permettant de développer l'approche populationnelle et le principe de l'universalisme proportionné garant de la réduction des inégalités de santé.

B. Réduire les inégalités de mortalité prématurée (objectif à 10 ans) et de mortalité (objectif à 15 ans)

La Drees confirme aussi la réduction de la mortalité et de la mortalité prématurée en moyenne. La réduction de la mortalité est observée depuis plusieurs décennies se poursuit quelle que soit la cause du décès avec des taux de mortalité standardisés sur l'âge passant de 1 470 à 1 080 décès pour 100 000 habitants entre 2000 et 2017 chez les hommes et de 840 à 649 décès chez les femmes³¹⁷.

On constate également depuis plus de 15 ans une diminution de la mortalité prématurée (décès survenant avant 65 ans), baisse moins rapide que la baisse de la mortalité totale. Le taux de mortalité prématurée standardisé sur l'âge reste toutefois deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (257 vs 127 pour 100 000 habitants).

Les cancers et maladies cardiovasculaires sont les deux principales causes masculines de décès prématurés en Europe. En France, les cancers constituent bien la première cause de décès des hommes avant 65 ans, avec notamment les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon. Le taux standardisé de décès prématurés des hommes en particulier par tumeur est élevé, proche de 100 pour 100 000 habitants en 2015 (alors qu'il est de 63,0 pour 100 000 habitants chez les femmes) loin derrière la plupart des pays européens³¹⁸.

Par ailleurs, la différence d'espérance de vie à la naissance est de 13 ans entre les 5 % les plus aisés de sa classe d'âge, observés sur la période 2012-2016 et les 5 % les plus modestes. Un écart important est aussi observé selon la catégorie socioprofessionnelle ou selon le niveau de diplôme. Ainsi, à partir de 35 ans, les hommes cadres vivent en moyenne 6 ans de plus que les ouvriers dans les conditions de mortalité de 2009-2013, cet écart est de 3 ans chez les femmes. Entre les diplômés du supérieur et les non-diplômés de plus de 35 ans, l'écart est de 7,5 ans pour les hommes.

La France est ainsi l'un des pays de l'OCDE dans lequel la différence de mortalité est la plus

³¹⁵ Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution Gwenn Menvielle, Thierry Lang.
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=1174>

³¹⁶ L'état de santé de la population en France > Les dossiers de la DREES n° 102 > septembre 2022
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/DD102_MAJ.pdf

³¹⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf>

³¹⁸ La France dans l'Union européenne, édition 2019 - Insee Références.
https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/3902339/FRUE19_c_D2_sante.pdf

marquée en fonction des indicateurs socio-économiques³¹⁹.

Le HCSP recommande donc que la réduction de la mortalité prématurée évitable soit un objectif à 10 ans de la future SNS. Une baisse de la mortalité prématurée évitable se fera par une action sur les déterminants de la santé des populations adultes les plus fragiles particulièrement exposées aux facteurs de risque expliquant l'essentiel de la mortalité prématurée en France. Un critère intermédiaire sera la réduction des affections de longue durée chez les personnes de moins de 65 ans. Le HCSP recommande que la réduction des inégalités d'espérance de vie à la naissance, d'espérance de vie sans incapacité, de taux d'affection de longue durée soient des objectifs forts et affirmés d'une politique de santé définie par la future SNS.

C. Mettre en place une véritable politique du « dernier kilomètre reposant sur l'universalisme proportionné et de véritables dispositifs d'« aller-vers » .

L'atteinte de ces objectifs passe par la mise en œuvre systématique du principe de l'universalisme proportionné tel qu'il a été défini par M. Marmott à plusieurs reprises^{320,321,322}. Ce principe doit être la base de l'action en santé publique et doit infuser la prise en charge des patients porteurs de maladies chroniques pour diminuer l'impact de celles-ci sur le système de soins et sur le renforcement des inégalités de santé.

La France a signé la Déclaration politique de Rio en 2011 demandant aux États membres une action sur les déterminants sociaux de la santé et ce à la suite d'autres engagements dont notamment la Déclaration d'Alma Ata de 1978, la Charte d'Ottawa de 1986 et le rapport final de 2008 de la Commission des déterminants sociaux de la santé.

Cet appel à l'action a donné lieu à une résolution ("Réduire les inégalités en matière de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé") signée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2012. La France, comme d'autres pays, a engagé depuis une modification de son système de santé mettant en œuvre les principes de la déclaration de Rio.

La mise en œuvre passe par le développement de dispositifs d'« aller-vers » déployés en particulier durant la crise sanitaire, à l'image des équipes mobiles médico-sociales³²³, et dont il est primordial de pérenniser le fonctionnement et d'élargir le champ d'action. L'aller-vers est un fondement du travail social et a à voir avec la réduction des inégalités. Cela consiste à déployer de manière proactive, hors les murs, des dispositifs spécifiques à destination des personnes les plus éloignées du système de soin, en allant sur leur lieu de vie ou de prise en charge, sans attendre que ces personnes, fragiles, démunies, isolées, exclues ou vulnérables expriment une demande ou renonce au soins et la prévention, plus généralement à leurs droits. Il peut s'agir d'équipes mobiles ou d'autres dispositifs d'accompagnement, d'actions

³¹⁹ Panorama de la santé 2021 OCDE <https://www.oecd.org/fr/sante/panorama-de-la-sante/>

³²⁰ Closing the gap in a generation.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf

³²¹ Marmot Review report – 'Fair Society, Healthy Lives'. (2010). <https://www.local.gov.uk/marmot-review-report-fair-society-healthy-lives>

³²² Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. (2020).
<https://www.health.org.uk/publications/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review>

³²³ Décret no 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

de proximité.

L'objet est mixte : les engager à une autonomisation et à une reconquête de leurs droits, de leur santé et à une réorientation vers les dispositifs de droit commun (il ne s'agit pas d'échafauder un dispositif parallèle ou un schéma à deux vitesses). Ces dispositifs doivent être co-construits sur la base de la concertation et avec la participation des personnes concernées. La médiation et l'accompagnement sont essentiels, de même que la mobilisation des milieux associatifs.

Ces dispositifs d'aller vers peuvent être considérés comme des solutions du dernier kilomètre (*last mile strategy*) ciblant les personnes les plus éloignées du système de soin alors que le système de santé est orienté depuis longtemps vers un fonctionnement de type réponse à une demande.

La stratégie du dernier kilomètre peut également être appliquée aux services sociaux et de santé, tels que la livraison de soins de santé, l'aide aux personnes âgées ou en situation de handicap, le portage de repas aux personnes, etc.

L'éloignement des populations peut être considéré sous quatre dimensions qui nécessitent des dispositifs particuliers :

- Le dernier kilomètre géographique traduisant l'éloignement de certaines populations des services de santé, mais souvent aussi publics, parfois du fait d'une insuffisance de l'offre, d'un isolement ou d'une incapacité à se déplacer.
- Le dernier kilomètre social traduisant l'éloignement de certaines populations des services sociaux ou médico-sociaux avec en fine parfois une méconnaissance des démarches à entreprendre ou des difficultés à identifier les acteurs concernés.
- Le dernier kilomètre culturel, traduisant l'éloignement d'une partie de la population du système de santé soit en raison d'un niveau de littératie insuffisant soit pour en raison de problèmes de compréhension de la langue (personnes allophones).
- Le dernier kilomètre numérique qui se renforce par l'utilisation de solutions numériques opérantes pour une partie importante de la population mais qui du fait d'une fracture numérique exclut de fait une partie d'entre elle, comme cela a pu être le cas durant la crise sanitaire Covid-19 pour les prises de rendez-vous de vaccination.

Cette stratégie du dernier kilomètre en santé existe depuis longtemps pour certains services sociaux et des expérimentations sont en cours avec de nouveaux acteurs (ex. des facteurs de La Poste). Elle nécessite une collaboration étroite entre les collectivités territoriales et les acteurs du monde associatif pour assurer une coordination et une distribution efficace des services sociaux et de santé dans les zones et auprès des populations qui en ont le plus besoin.

Dans ce contexte, la stratégie du dernier kilomètre peut impliquer l'utilisation de technologies de type e-santé ou l'utilisation de véhicules adaptés pour accéder aux zones difficiles d'accès ou pour les personnes à mobilité réduite. Elle implique surtout la mobilisation de l'ensemble des professionnels du soin et plus généralement du système de santé. La mobilisation des pharmaciens sur la problématique de la vaccination a démontré qu'il pouvait être des acteurs « du dernier kilomètre » efficaces et acceptés par la population.

Cette stratégie qui demande à être formalisée doit être un objectif SNS dont l'ambition serait de réduire les inégalités de santé.

D. Systématiser la réduction des ISTS dans chaque stratégie ou plan de santé

Le HCSP a fait depuis son installation des inégalités sociales de santé une priorité. De nombreux rapports sont disponibles sur son site (www.hspf.fr/).

Dans un récent numéro d'ADSP (ADSP N° 113³²⁴), le HCSP dresse un bilan complet des politiques mises en place pour réduire les inégalités de santé en France, posant la question de l'absence de prise en compte de cette problématique dans les politiques de santé. Il note ainsi que « *faute d'un modèle intégratif, les efforts et politiques visant à réduire les inégalités sociales de santé dans le secteur de la santé, notamment la forte mobilisation dans les associations et collectivités territoriales, entrent en résonance ou en conflit avec des politiques publiques nationales qui, partant d'une autre logique, peuvent impacter défavorablement les inégalités sociales de santé* »³²⁵.

Une de ses recommandations est la prise en compte systématique des inégalités de santé dans l'élaboration des stratégies et plans de santé qu'ils concernent une pathologie ou des déterminants de la santé.

La prise en compte systématique des personnes les plus fragiles doit devenir l'objectif systématique d'une SNS. Alors que les politiques de santé ont privilégié depuis plusieurs dizaines d'années une approche de réponse à la demande, cette prise en compte systématique doit permettre d'évoluer vers un système orienté vers la réponse aux besoins de santé et donc à mobiliser des dispositifs d'aller-vers les populations ayant les besoins de santé les plus importants. Ériger ce principe en objectif est un moyen de faire prendre conscience à l'ensemble du système de santé de cette question mais aussi de mettre en place les dispositifs d'arbitrage nécessaires.

4. Mettre en œuvre une politique systémique de prévention agissant sur les principaux déterminants de la santé selon une approche populationnelle

Les politiques de prévention ont été pour l'essentiel des politiques s'adressant soit à des pathologies (prévention des cancers des différents plans cancer, plan maladies chroniques) soit à des facteurs de risques identifiés (plan tabac, plan nutrition santé) soit à des déterminants de la santé comme le plan santé environnement. Un effort de cohérence a été réalisé avec le plan national de santé publique ou plan « priorité Prévention »³²⁶ en 2018 dont l'évaluation a montré l'intérêt comme outil d'intégration de politiques de prévention pour introduire la notion de prévention tout au long de la vie³²⁷. Cependant, dans son évaluation le HCSP note que le positionnement du plan « Priorité prévention » devrait être clarifié et formalisé par rapport aux autres plans, mesures et actions en santé. Il faudrait par

³²⁴ ADSP N° 113 (mars 2021). <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=1174>

³²⁵ La santé dans toutes les politiques : où en est-on en France ? Gwenn Menvielle, Thierry Lang in ADSP n° 113. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1131821.pdf>

³²⁶ Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/>

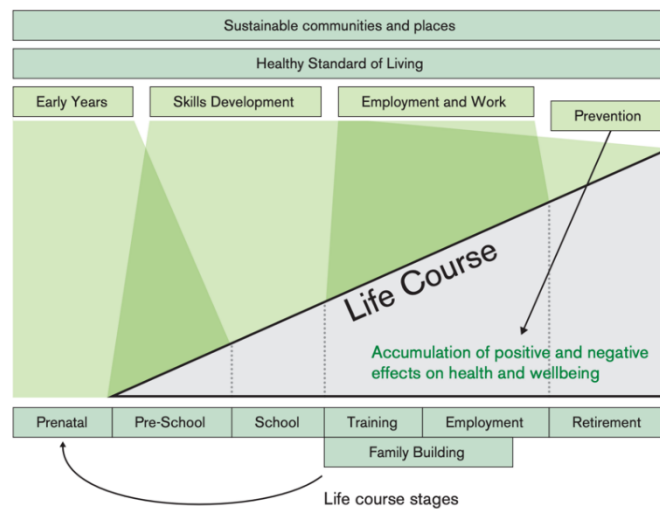
³²⁷ Évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique. HCSP 2019. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=708>

ailleurs intégrer la prévention dans la gestion de crises sanitaires. Un tel plan intégrateur nécessite une gouvernance interministérielle par le Premier ministre comme une culture commune de la prévention et de la promotion de la santé pour privilégier une approche concertée³²⁸.

La Cour des comptes partage ce diagnostic. Après un constat sévère en 2011³²⁹ dans lequel la Cour notait que la loi de 2004 avait fixé de trop nombreux objectifs de santé publique, dont la plupart ne concernaient pas la politique de prévention, et dont l'absence de hiérarchisation et le statut ambigu, voire contradictoire, notamment entre les objectifs et les indicateurs, non contraignants, complexifiait la mise en œuvre de la politique de prévention. La Cour note dans son dernier rapport qu'il existe une stratégie de prévention interministérielle plus lisible mais que l'effort de planification et de programmation reste incomplet³³⁰.

Dans son rapport préparatoire à la SNS 2018-2023, le HCSP avait déjà appelé à développer une politique de prévention ambitieuse selon 2 principes :

- Premier principe : Une stratégie de prévention et de promotion de la santé selon une approche « vie entière ».



Stratégie de prévention « vie entière » M. Marmott³³¹

Il s'agit de construire une offre de prévention adaptée aux besoins des différents âges de la vie. La figure ci-dessus montre que des facteurs positifs et négatifs, qu'il est possible d'influencer par de la prévention, s'accumulent tout au long de la vie et ont un effet sur la santé et le bien-être.

³²⁸ Avis et rapport sur l'évaluation in itinere du Plan national de santé publique. HCSP 2020 <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=930>

³²⁹ Cour des comptes, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, « La prévention sanitaire », octobre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr.

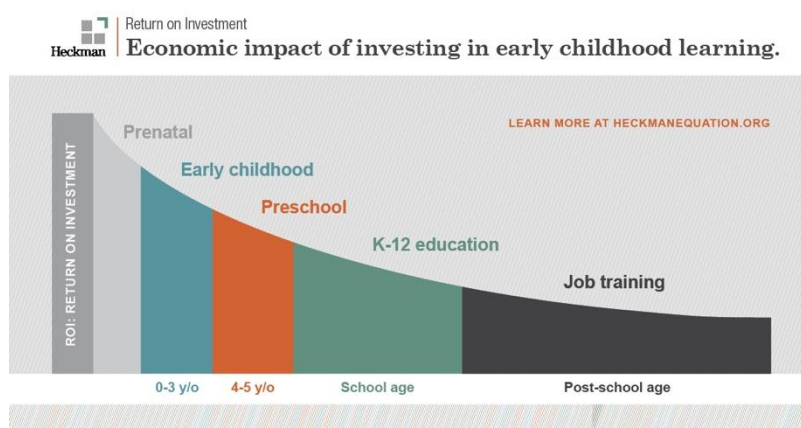
³³⁰ Rapport : La politique de prévention en santé. Cour des comptes 2021. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-12/20211201-politique-prevention-en-sante.pdf>

³³¹ Marmot M. Fair Society, Healthy Lives: strategic review of health inequalities in England post2010. London; 2010.

- Le deuxième principe est que toute stratégie de prévention et de promotion de la santé doit être conçue pour ne pas accroître ou pour réduire les inégalités de santé. Marmot a proposé le concept d'universalisme proportionné. D'après ce cadre, la prévention est destinée à tous, mais avec des intensités et des spécificités adaptées aux besoins de différentes catégories de population.

Le HCSP constate que ces principes ont été retenus notamment dans le plan Priorité Prévention privilégiant une approche populationnelle et intégrée de la prévention.

Par ailleurs, le HCSP avait fait des recommandations en termes de priorisation des actions de prévention en rappelant l'importance et l'efficacité des interventions précoces en se fondant sur les travaux du prix Nobel Heckman³³², montrant que de meilleurs retours sur investissement sont obtenus par des approches précoces³³³.



Impact économique de l'investissement en fonction de l'âge. Équation d'Heckman³³⁴

Un certain nombre d'aptitudes-clés installées ou non installées dans l'enfance ont des conséquences dans de nombreux domaines sanitaires, sociaux, économiques^{335,336}.

Le HCSP considère que si la prévention est bien devenue une priorité affichée des politiques de santé, appuyée par quelques décisions récentes, il est nécessaire de faire converger et d'assurer la cohérence de l'ensemble des politiques de prévention déployées au niveau

³³² Heckman JJ, Masterov DV. The Productivity Argument for Investing in Young Children. TW Schultz Award Lecture at the Allied Social Sciences Association annual meeting; January 5-7, 2007; Chicago2007

³³³The Heckman Curve. <https://heckmanequation.org/resource/the-heckman-curve/>

³³⁴ The Heckman Equation. <https://heckmanequation.org/the-heckman-equation/>. L' équation d'Heckman repose sur le principe suivant : + Invest (Invest in educational and developmental resources for disadvantaged families to provide equal access to successful early human development), + Develop (Nurture early development of cognitive and social skills in children from birth to age five), + Sustain (Sustain early development with effective education through to adulthood), = Gain (Gain a more capable, productive and valuable workforce that pays dividends to America for generations to come)

³³⁵ Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2011;108(7):2693-8.

³³⁶ Caspi A, Houts RM, Belsky DW, Harrington H, Hogan S, Ramrakha S, et al. Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden. *Nature Human Behavior*. 2016.

national, régional et local pour élaborer une politique systémique de prévention agissant sur l'ensemble des déterminants avec l'objectif affiché de vivre en bonne santé le plus longtemps possible.

Pour cela, il est nécessaire d'appréhender la santé et de sortir d'une approche sanitaire ou médicalisée. Il est nécessaire d'agir simultanément sur l'ensemble des déterminants de santé, qu'ils soient socio-économiques, environnementaux, comportementaux et économiques grâce à des actions universelles associées à des actions ciblées afin « d'aller vers » les populations qui en ont le plus besoin.

Le HCSP propose donc, sur la base des évaluations déjà réalisées et des actions engagées, de réaffirmer les principes d'action pour établir une feuille de route de développement d'une prévention systémique avec une perspective de 10 ans et des indicateurs adaptés. En effet, dans le 3^{ème} volet de l'évaluation du plan « priorité prévention » qu'il a réalisée, le HCSP note que les indicateurs disponibles via l'évaluation de la SNS sont globaux, que le PNSP ne semble pas s'accompagner d'un cadre structuré d'évaluation médico-économique et qu'il comprend des actions dont l'efficacité n'a pas été démontrée. Le suivi des financements est complexe du fait des différentes sources mobilisées et des méthodologies hétérogènes de comptabilisation des dépenses associées aux mesures du plan³³⁷.

A. Concevoir la prévention tout au long de la vie (objectif à 5ans)

Cet aspect a été développé durant la SNS avec le plan priorité prévention qui a repris le principe préconisé dans le rapport préparatoire du HCSP de développer un projet prévention tout au long de la vie. Si ce plan applique ce principe, il n'est toutefois pour l'instant que le résultat de l'intégration de programmes existants. Il est donc nécessaire de le compléter par des programmes réactualisés, interministériels et portant sur les déterminants majeurs de la santé.

a) Enfants / adolescents : 1 000 premiers jours

Un article publié dans *The Lancet* en 2016 a mis l'accent sur le développement de la petite enfance à un moment où il a été universellement approuvé dans les ODD de 2030. Une série d'articles a apporté de nouvelles preuves scientifiques pour les interventions, en s'appuyant sur les conclusions et les recommandations de la précédente série Lancet sur le développement de l'enfant (2007, 2011), et propose des modes de mise en œuvre du développement de la petite enfance à grande échelle³³⁸. Ces conclusions ont été reprises par l'OMS puis en France.

Les trois premières années de la vie jouent un rôle important pour le développement de l'enfant et pour la santé de l'adulte qu'il deviendra. Ainsi, le concept lancé par l'Unicef des « 1000 premiers jours » - qui va de la conception aux deux premières années de l'enfant - permet d'envisager une approche globale de la santé de la mère et de l'enfant pour promouvoir des environnements favorables au développement harmonieux du fœtus et du

³³⁷ Évaluation ex-post du Plan national de santé publique. HCSP 2022.
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1194>

³³⁸ Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, McCoy DC, Fink G, Shawar YR, Shiffman J, Devercelli AE, Wodon QT, Vargas-Barón E, Grantham-McGregor S; Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017 Jan 7;389(10064):77-90. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31389-7. Epub 2016 Oct 4. PMID: 27717614; PMCID: PMC5884058.

nouveau-né³³⁹. Santé publique France et le ministère des Solidarités et de la Santé ont donc lancé une campagne d'information à destination du grand public et notamment des futurs et jeunes parents. Cette campagne avait pour objectif de sensibiliser sur cette période et de promouvoir le site 1000-premiers-jours.fr, premier site et application de promotion de la santé concernant cette période de vie^{340 341}.

Ce programme doit rester une pièce essentielle d'une politique systématique de prévention.

b) Adultes

La décision a été prise de mettre en place trois visites de prévention à des âges clefs de la vie d'adulte et le HCSP a été saisi en fin d'année 2022 pour en définir les contours. Ce point avait déjà abordé en 2009 avec une saisine du HCSP qui avait fait des recommandations pour inscrire la prévention dans la pratique des soins primaires³⁴². Le HCSP insistait sur l'importance de référentiels à mettre en place des examens périodiques de prévention comme il en existe dans la plupart des pays. En France, ils étaient considérés dispersés³⁴³ en 2009 et inexistantes en 2018 hormis les incitations à la prescription de certains dépistages émanant de l'Assurance maladie³⁴⁴. Le HCSP, comme d'autres acteurs de la santé publique, insistait aussi sur la pertinence de cette approche prévue dès la création de l'Assurance Maladie³⁴⁵ et sur la mise en place des aspects organisationnels comme l'articulation entre les médecins et les autres professionnels de santé ou les modalités de suivi en aval par l'Assurance maladie^{346,347}.

Près de 20 ans plus tard, le HCSP constate que les conditions techniques (mise à disposition de référentiels) et organisationnelles (répartition entre professionnels de soins et suivi par l'Assurance Maladie) pour mettre en œuvre cette mesure ont pris du retard.

³³⁹ 1000 jours pour assurer l'avenir de nos enfants. UNICEF 2017.

<https://www.unicef.org/drcongo/communiqu%C3%A9s-de-presse/1000-jours-pour-assurer-lavenir-de-nos-enfants>

³⁴⁰ Lancement de la première campagne sur les 1 000 premiers jours de vie : « Devenir parent, c'est aussi se poser des questions » <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/lancement-de-la-premiere-campagne-sur-les-1-000-premiers-jours-de-vie-devenir-parent-c-est-aussi-se-poser-des-questions>

³⁴¹ Les 1000 premiers jours. <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/les-1000-premiers-jours>

³⁴² Consultation de prévention et médecine générale : constats sur les pratiques actuelles et propositions de développement. Haut Conseil de la santé publique, mars 2009. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=70>

³⁴³ Baudier F, Berthelot N., Clément M-C, Jeanmaire T, Michaud C. Consultations et examens périodiques de prévention. Recommandations pour inscrire la prévention au cœur de la pratique du généraliste. ADSP n° 68 septembre 2009.

³⁴⁴ La place des offreurs de soins dans la prévention ? HCSP 2018. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=691>

³⁴⁵ Baudier F. Le parcours de santé : quelle place pour la prévention individualisée ? Concours médical. 9 novembre 2005, 127-34, 1931-34.

³⁴⁶ SFSP. La consultation de prévention en médecine générale — Actes du séminaire du 4 décembre 2006 à Paris, collection Santé et Société, numéro 13. <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=2>

³⁴⁷ PROPOSITIONS Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé. SPSP 2014. https://www.sfsp.fr/images/propsfsp_stragsns0614.pdf

c) Seniors

La prévention de la perte d'autonomie est le troisième volet populationnel d'une politique de prévention systémique. L'enjeu est majeur et sa mise en œuvre doit impliquer de nombreuses politiques comme celles du logement, des transports ou culturelles. Un plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie a été lancé en 2015³⁴⁸ et complété par la feuille de route Grand âge et autonomie en 2018³⁴⁹. Il vise à développer une « prévention globale » entendue comme la gestion active et responsabilisée du « capital autonomie » de chaque personne ou groupe de personnes ; et à confier l'initiative d'exécution aux acteurs de terrain réalisant les actions en leur donnant un cadre et des objectifs.

Il s'inscrit dans les objectifs de la SNS et du Plan « Priorité Prévention puisqu'il vise à :

- Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie,
- Prévenir les pertes d'autonomie évitables,
- Éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité,
- Réduire les inégalités sociales (et territoriales) de santé,
- Former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie,
- Développer la recherche et les stratégies d'évaluation.

Le HCSP a été associé à son évaluation³⁵⁰.

Sa mise en œuvre relevant des ARS et des conférences des financeurs ne permet pas à ce stade de disposer d'éléments d'évaluation et donc de juger de sa pertinence et de son efficacité. Toutefois des éléments sont donnés par des ateliers organisés dans le cadre du plan³⁵¹. Il est ainsi recommandé de mettre en place un « *droit universel à la prévention, qui ne s'attache pas à quelques segments de la population. Ce droit devrait se concrétiser par territoire par une offre maillée et garantissant l'accès aux professionnels de santé. Ce droit universel s'inscrirait dans une approche globale, dans le parcours de vie de la personne liant de manière indissociable une dimension sociale et sanitaire* ».

Le HCSP considère qu'il s'agit de la troisième pièce essentielle de l'approche populationnelle d'un plan systémique de prévention. Il conviendrait toutefois de mettre en place les éléments organisationnels et techniques permettant son évaluation. Il est nécessaire de réactualiser une politique ambitieuse de prévention de la perte d'autonomie qui doit être intégrée aux approches développées aux autres âges de la vie en considérant les actions de prévention comme un continuum d'actions cohérentes.

B. Définir des lieux cibles comme favorables à la santé (objectif à 10 ans)

Si la prévention concernant les pratiques cliniques préventives, elle doit aussi intégrer la création d'environnement favorables à la santé. Différents mouvements ont été initiés dans des pays étrangers comme celui des écoles promotrices de santé, celui des villes santé OMS

³⁴⁸ Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie. 2015.
<https://www.ars.sante.fr/le-plan-national-daction-de-prevention-de-la-perte-dautonomie>

³⁴⁹ Générations solidaires. <https://solidarites.gouv.fr/generations-solidaires>

³⁵⁰ Avis sur l'évaluabilité du projet de Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie. HCSP 2015. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=511>

³⁵¹ Prévention de la perte d'autonomie et bien vivre son avancée en âge. 2019.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_5_prevention_et_bien_vivre_son_avancee_en_age.pdf

ou des hôpitaux promoteurs de santé.

a) École /collège /lycée / université : des environnements favorables à la santé

Le mouvement des écoles promotrices de santé est né dans les années 1980, sous l'impulsion de l'OMS. L'OMS a publié en 1986 un rapport intitulé "La promotion de la santé à l'école"^{352,353}, qui a jeté les bases du mouvement en proposant des stratégies pour promouvoir la santé des enfants et des jeunes à l'école. Le rapport a souligné que les écoles ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé, car elles constituent un lieu de vie et d'apprentissage pour les enfants et les jeunes, et qu'elles peuvent donc influencer leur développement physique, mental et social. Elles sont aussi un lieu essentiel au développement de la littératie en santé³⁵⁴.

Les établissements scolaires engagés dans ce mouvement mettent en œuvre des pratiques visant à promouvoir la santé et le bien-être des élèves, des enseignants et du personnel. Elles développent une approche globale de la santé et prennent en compte l'environnement physique, social et éducatif de l'école dans le développement de la santé et du bien-être des élèves³⁵⁵.

Les écoles promotrices de santé mettent en place des programmes éducatifs sur la santé, des activités physiques et sportives, une alimentation saine³⁵⁶, la prévention des maladies et des comportements à risque, ainsi que des services de soutien à la santé mentale et émotionnelle.

L'objectif des écoles promotrices de santé est de créer un environnement favorable à la santé, dans lequel les élèves peuvent se développer de manière optimale, apprendre efficacement et atteindre leur plein potentiel. En encourageant des modes de vie sains et en offrant un soutien à la santé mentale et émotionnelle, les écoles promotrices de santé peuvent améliorer la réussite scolaire des élèves, ainsi que leur qualité de vie à long terme.

Le mouvement des écoles promotrices de santé a été mis en place dans de nombreux pays sous l'égide de l'OMS mais aussi l'UNICEF ou l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). En France, le mouvement n'a pas été généralisé et seules quelques expériences fondées sur le volontariat existent malgré les arguments scientifiques en faveur d'une telle politique à l'échelle d'un pays. Un référentiel a été développé qui permettrait son développement à large échelle³⁵⁷.

³⁵² Tang, Kwok-Cho & Nutbeam, Don & Aldinger, Carmen & St. Leger, Lawrence & Bundy, Donald & Hoffmann, Anna & Yankah, Ekua & McCall, Doug & Buijs, Goof & Arnaout, Said & Morales, Sofialeticia & Robinson, Faye & Torranin, Charuaypon & Drake, Lesley & Abolfotouh, Mostafa & Vince, Cheryl & Meresman, Sergio & Odete, Cossa & Joukhadar, Abdul-Halim & Heckert, Karen. (2008). Schools for Health, Education and Development: A Call for Action. Health promotion international. 24. 68-77. 10.1093. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan037>

³⁵³ Promoting Health through schools. OMS 1997. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41987/WHO_TRS_870.pdf?sequence=1

³⁵⁴ St Leger, L. C. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. Health Promotion International, 2001;16(2):197-205.

³⁵⁵ Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, Sowden A. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. Health Technol Assess. 1999;3(22):1-209.

³⁵⁶ HEALTHY Study Group; Foster GD, Linder B, Baranowski T, Cooper DM, Goldberg L, Harrell JS, Kaufman F, Marcus MD, Treviño RP, Hirst K. A school-based intervention for diabetes risk reduction. N Engl J Med. 2010 Jul 29;363(5):443-53. doi: 10.1056/NEJMoa1001933. Epub 2010 Jun 27. PMID: 20581420; PMCID: PMC2924187.

³⁵⁷ L'École promotrice de santé (Edusanté)

Le HCSP considère que le développement de ce mouvement à large échelle dans le cadre d'une politique interministérielle permettrait d'engager un vaste mouvement en impliquant les élèves dès le plus jeune âge dans des politiques favorables à la santé, relayées par des actions jusque dans les universités. Il doit constituer un volet important d'une politique systémique de prévention.

b) Des collectivités territoriales qui doivent être impliquées

Les collectivités territoriales ont un rôle majeur à jouer dans le développement d'une santé publique au plus près des populations³⁵⁸ et doivent donc être impliquées dans le développement d'une politique systémique de prévention³⁵⁹. Celles-ci doivent être envisagées comme des relais de la politique nationale mais également comme des acteurs ayant une capacité et une compétence d'initiative propres (notamment dans les actions d'aller vers et la structuration des soins).

Lancée en 1986 par l'OMS pour encourager les villes à intégrer la santé dans toutes les politiques et décisions municipales, le programme des villes-santé de l'OMS incite les villes à développer une approche globale de la santé en mettant en œuvre des actions visant à promouvoir la santé et le bien-être de leurs habitants, en mettant l'accent sur la prévention des maladies, la promotion de modes de vie sains, la création d'environnements favorables à la santé, et la mise en place de systèmes de soins de santé accessibles et de qualité^{360,361}.

Développée dans certaines régions³⁶², cette approche est peu mise en œuvre en France malgré une organisation nationale³⁶³ créée en 1990.

Il est également utile de souligner que la territorialisation et le renforcement du portage de la prévention par les collectivités ne doivent pas être dissociés d'un nécessaire retour sur investissement quant aux interventions qui seront déployées et qu'il est nécessaire que celles-ci soient donc évaluées comme probantes. Il demeure donc que les collectivités doivent être accompagnées pour traduire, dans les politiques locales dont elles ont la responsabilité, les objectifs de promotion de la santé et qu'il peut être utile de prévoir un dispositif national, avec une stratégie commune et moyens dédiés, le cas échéant décliné au niveau régional, qui permette le partage et l'évaluation des initiatives locales et le cas échéant le déploiement et le suivi d'interventions d'intérêt à l'échelle nationale.

L'implication des collectivités territoriales dans les problématiques de santé et plus particulièrement dans la création d'environnements favorables à la santé ne peut reposer que sur la simple volonté des responsables de ces collectivités. Le HCSP considère donc qu'il est nécessaire de créer un mouvement d'ampleur de ces collectivités en faveur de la

https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/84/2/VM_EcolePromotriceSante_1240842.pdf

³⁵⁸ Dessiner la santé Publique de demain. (2022). https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

³⁵⁹ Healthy cities : good health is good politics : toolkit for local governments to support healthy urban development. OMS. 2015. <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/11865>

³⁶⁰. Villes et communautés favorables à la santé. OMS (2014). <https://www.who.int/fr/health-topics/healthy-settings/cities>

³⁶¹ Healthy cities effective approach to a rapidly changing world. OMS 2020. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1276888/retrieve>

³⁶² 170th session of the executive committee. Pan American Health Organisation (2022) https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-inf-9-e-urban-health_0.pdf

³⁶³ French healthy-cities 2020 – 2030 strategy. (2020). https://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/2020-05-29-Strategie-2020-2030_English.pdf

santé de leurs populations sur la base de référentiels existants comme celui des villes santé de l'OMS qui ont démonté leur efficacité.

c) Entreprises et lieux de travail : des lieux qui doivent devenir favorables à la santé

Les entreprises et les administrations sont des lieux propices pour créer des environnements favorables à la santé compte tenu de la part importante de la population active qui les fréquente durant sa vie d'adulte. Or il existe peu de programmes ou de référentiels visant à créer des environnements favorables à la santé sur les lieux de travail ou au développement de la prévention.

La médecine du travail est essentiellement mobilisée sur des approches individuelles alors que les employeurs développent surtout des approches de réduction des risques en lien avec l'activité. Liés aux conditions générales de travail, les risques professionnels font en effet peser sur les salariés la menace d'une altération de leur santé qui peut se traduire par une maladie ou un accident. L'employeur doit donc prendre les mesures appropriées et les mettre en œuvre conformément aux principes généraux de prévention énumérés par le Code du travail³⁶⁴.

Le développement récent du concept de qualité de vie au travail a fait évoluer cette question mais est encore limité. La qualité de vie au travail (QVT) ne signifie pas seulement améliorer les conditions de travail ou mieux concilier les temps de vie professionnelle et personnelle des salariés. Son ambition est plus large et consiste à penser le contenu du travail pour donner à chacun la possibilité d'agir afin d'améliorer son travail et de faire progresser la qualité de service, l'employabilité et la performance de l'entreprise^{365,366}. La Haute Autorité de Santé a décliné cette démarche pour les établissements de santé³⁶⁷.

En revanche, il n'existe pas de référentiel ou d'incitation pour développer des environnements favorables à la santé en dehors de la prise en compte des risques professionnels ou de la Qualité de vie au travail.

Le HCSP considère qu'une politique systémique de prévention doit mobiliser le champ du travail sous 2 aspects : celui de la qualité de vie au travail et de la prévention des risques liés à l'activité professionnelle et celui de considérer que les entreprises doivent créer des environnements favorables à la santé, qu'il s'agisse des environnements physiques, des environnements sociaux particulièrement en lien avec la santé mentale ou de l'éducation à la santé notamment en lien avec les addictions ou les comportements (alcool, tabac, drogues, etc.).

³⁶⁴ Prévention des risques pour la santé au travail. Ministère du Travail du plein Emploi et de l'Insertion. <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/>

³⁶⁵ Qualité de vie au travail (QVT) : pourquoi la mettre en place ? <https://www.pole-emploi.fr/employeur/des-conseils-pour-gerer-vos-ress/qualite-de-vie-au-travail-qvt-p.html>

³⁶⁶ Qualité de vie au travail, de quoi parle-t-on ? <https://reflexqvt.anact.fr/fr/page/QVT-de-quoi-parle-t-on>

³⁶⁷ La qualité de vie au travail. Comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ? HAS-ANACT (2015). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf

d) Les établissements de soins : une mobilisation nécessaire pour la population et pour les personnels.

Les établissements de santé et plus généralement tous les offreurs de soins devraient être mobilisés dans une politique systémique de développement de la prévention et de la promotion de la santé. En effet, les offreurs de soins et particulièrement ceux exerçant en mode d'exercice groupé peuvent développer des actions tant en direction des patients ou des populations avec lesquels ils sont en contact qu'en direction des personnels de soins.

Le HCSP, sollicité en 2018 par la DGS et la DGOS avait fait des recommandations dans ce sens en identifiant huit missions qui pourraient leur être confiées dans le cadre de l'évolution vers une responsabilité populationnelle³⁶⁸ et ce après un premier avis sur le rôle que pouvaient jouer les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) dans une politique de santé publique³⁶⁹.

La responsabilité populationnelle des établissements de soins et plus largement des offreurs de soins est maintenant largement admise que ce soit par les acteurs comme la Fédération Hospitalière de France depuis 2017³⁷⁰, les décideurs³⁷¹ ou l'Assurance Maladie³⁷². Elle doit constituer un des socles du développement d'une politique systémique de prévention soit par le développement de pratiques cliniques préventives reposant sur des référentiels établis soit sur le développement de programmes de type « *Make Every Contact Count* » établi par *Public Health England* et permettant de développer une approche populationnelle. Différentes expérimentations sont en cours, soit sur l'approche populationnelle³⁷³ soit sur l'adaptation de programme de responsabilité populationnelle.

Par ailleurs, le réseau RESPADD propose de développer au sein des établissements de soins des environnements favorables à la santé³⁷⁴. La France s'est intéressée très tôt au mouvement des hôpitaux promoteurs de santé, qui a été lancé par l'OMS en 1990. Après une phase d'expérimentation européenne menée de 1993 à 1997, un réseau a été créé en France, réseau membre du Membre du "Health Promoting Hospitals and Health Services Network". Malgré la volonté des pouvoirs publics et du législateur de développer la promotion de la santé à l'hôpital, les actions peinent encore à se mettre en place et, quand elles émergent, restent peu visibles, valorisées et reconnues et le HCSP constatait en 2018 que la promotion de la santé à l'hôpital restait très marginale y compris sur des aspects comme la lutte contre le tabac.

³⁶⁸ La place des offreurs de soins dans la prévention. HCSP (2018).

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=691>

³⁶⁹ Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique. HCSP (2017).

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=611>

³⁷⁰ La FHF en action | Responsabilité populationnelle : tous acteurs de notre santé ! FHF (2022).

<https://www.fhf.fr/la-fhf-en-action-responsabilite-populationnelle-tous-acteurs-de-notre-sante>.

³⁷¹ LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000038824774>

³⁷² Rapport Charges et produits - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023 (juillet 2022)

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-rapport-propositions-pour-2023-charges-produits>

³⁷³ Newsletter Responsabilité Populationnelle #2. FHF 2023.

https://www.fhf.fr/sites/default/files/2023-01/2022_12_newsletter_RP2_v4.pdf

³⁷⁴ Réseau de prévention des addictions <https://www.respadd.org/>

Le HCSP considère que l'implication des établissements de soins dans la promotion de la santé par la création au sein de ces établissements d'environnements favorables à la santé est un enjeu important du développement d'une politique systémique de prévention. Compte tenu du nombre important d'établissements (600), le réseau pourrait être un opérateur important d'une politique qui contribuerait par ailleurs à une augmentation de la Qualité de Vie au Travail souvent interrogée dans les établissements de soins.

C. Mobilisant tous les secteurs (objectif à 5 ans)

La santé dans toutes les politiques est un principe d'action fort formalisé dans la déclaration d'Helsinki en 2013³⁷⁵ qui a été rappelé à plusieurs reprises par le HCSP³⁷⁶. Il est probablement le levier le plus puissant pour modifier des environnements dans un sens favorable à la santé³⁷⁷ et pour réduire les inégalités de santé en agissant sur les déterminants socio-économiques. Son importance dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé a été rappelée dans la déclaration d'Adélaïde en 2019³⁷⁸.

En France, son application est encore limitée³⁷⁹ et sa mise en œuvre pose problème y compris dans les évaluations des impacts en santé qui la sous-tendent alors que sa pratique se diffuse dans le monde³⁸⁰.

Le HCSP a souhaité rappeler que dans le cadre d'une SNS, ce principe devait être central et devait être opérationnalisé rapidement. C'est pourquoi ce point fait l'objet de la proposition d'action 3 plus loin dans ce rapport.

Le HCSP rappelle aussi que les politiques ayant le plus d'impact sur la santé d'une population ne sont pas des politiques sanitaires. À ce titre des politiques nutritionnelles (PNNS), environnementales (PNSE), sportives (Stratégie Sport Santé), des mobilités (développement des mobilités douces) mais aussi sociales (Plan de lutte contre la pauvreté) peuvent avoir un effet majeur sur la santé d'une population dès lors qu'elles sont conçues et portées comme interministérielles et déclinées territorialement au plus près des populations.

³⁷⁵ Helsinki Statement Framework for Country Action
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf

³⁷⁶ Health in all policies: training manual. OMS (2015).
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241507981>

³⁷⁷ Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities. OMS.
<https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>

³⁷⁸ Adelaide Statement II on Health in All Policies. OMS (2019).
<https://www.who.int/publications/i/item/adelaide-statement-ii-on-health-in-all-policies>

³⁷⁹ La santé dans toutes les politiques : où en est-on en France ? Gwenn Menvielle, Thierry Lang in ADSP n° 113. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1131821.pdf>

³⁸⁰ L'évaluation d'impact sur la santé : plus de deux décennies de pratique internationale. Thierno Diallo in ADSP n° 113. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1131821.pdf>

Sur la base du diagnostic qu'il a porté sur l'état de santé de la France et sur le système de santé dans son ensemble en décrivant une crise systémique, le HCSP propose 4 objectifs stratégiques pour la future SNS qui conduirait les politiques de santé sur les 10 prochaines années.

Reconstruire le système de santé pour répondre aux enjeux identifiés par le HCSP est une priorité qui s'impose devant l'ampleur de la crise. Le HCSP propose de construire un système de santé, système de santé publique, système de soins et système médico-social en prenant en compte 5 contraintes fortes qui vont transformer le paysage sanitaire français : le changement climatique et son impact majeur à terme sur la santé ; l'évolution démographique qui pèsera sur l'organisation sociale du système avec un vieillissement plus rapide que prévu de la population ; la soutenabilité d'un système qui a évolué d'un système assurantiel fondé sur le travail à un système proche de l'état providence financé par l'impôt ; l'importance de la littératie en santé qui apparaît comme un déterminant intermédiaire majeur entre les déterminants individuels de la santé et les déterminants socio-économiques ; l'innovation technologique et numérique qui oblige à une adaptation rapide des structures et des pratiques .

Diminuer l'impact des maladies chroniques nécessite une approche globale tant par une intensification et une systématisation de l'éducation thérapeutique pour diminuer le recours au système de soins des patients en cours de traitement ; le diagnostic et la prise en charge précoce de toutes pathologies chroniques de façon à diminuer leur prévalence ; un développement massif de la prévention et de la promotion de la santé qui permettrait, en agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé, de réduire l'incidence des pathologies chroniques évitables et donc d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé à la naissance. Renforcer les actions envers les plus fragiles et déconstruire la fabrique des inégalités de santé doit être un objectif et une ambition portée par la future Stratégie Nationale de Santé devant la croissance des inégalités constatées à différents niveaux. Cette ambition doit être mise en œuvre en appliquant des principes dont l'efficacité est reconnue dont les politiques d'aller-vers par une politique populationnelle de prévention, elle suppose aussi d'agir sur les environnements qui doivent devenir favorables à la santé.

Enfin, objectif issu des 2 précédents, développer une politique systémique de prévention et de promotion de la santé devient un impératif. Reposant sur une approche populationnelle et sur une approche par milieux de vie, elle est la condition pour agir sur l'ensemble des déterminants de la santé et donc être efficace à court moyen et long termes.

Au total, face aux enjeux considérables posés à la fois par l'état de santé de la population française, seule une approche systémique sur le long terme permettra d'adapter un système de santé qui parait de plus en plus désadapté car reposant sur une analyse datée de ces enjeux et des solutions.

VIII. Douze propositions d'action pour une SNS

Considérant les 4 objectifs stratégiques pour une SNS mise en œuvre sur les 10 prochaines années, le HCSP propose 12 actions énoncées sous la forme d'objectifs opérationnels permettant d'atteindre les objectifs stratégiques proposés ci-dessus ([Cf. VI. Une SNS proposant quatre objectifs à moyen et long termes](#))

1. Établir une SNS sur une période de 10 ans, proposant des recommandations stratégiques

A. Inscrire les objectifs dans le temps long

L'élaboration d'une SNS sur une période de dix ans est impérative pour permettre l'atteinte d'objectifs à moyen et long termes.

Par ailleurs, l'émergence de nouveaux risques, comme le changement climatique ou d'autres risques aigus, pourrait faire passer au second plan d'autres risques dont le poids sur la santé des Français est plus important lorsqu'il est apprécié sur le long terme. C'est l'un des enseignements de la crise sanitaire Covid-19 dont on commence à mesurer les effets de certaines mesures prises pour la contenir.

Le diagnostic sous-tendant la SNS doit être partagé pour que les objectifs soient reconnus non seulement par tous les acteurs du système de santé mais plus largement par les responsables des autres politiques sectorielles et par les citoyens.

Ces constats amènent donc à proposer que le travail de priorisation soit établi sur des critères objectifs comme le « *Burden of disease* » (fardeau des maladies) ou l'importance des facteurs de risque.

B. Affirmer ses principes d'action

La SNS 2018-2022 avait affirmé deux principes d'action dans son préambule et cité « *One Health* » (une seule santé) comme une vision de la santé globale.

La future SNS, et ce d'autant qu'elle s'inscrirait dans un temps long, doit affirmer les principes sous-tendant ses objectifs. Ces principes ont été rappelés dans le rapport concernant l'évolution de la Santé publique³⁸¹.

a) L'universalisme proportionné

Le concept d'universalisme proportionné a été défini en 2010 par Sir Michael Marmot dans son rapport établi à la demande du ministère de la santé britannique "Une société juste, des vies en santé : rapport critique et stratégique sur les inégalités de santé" ["Fair Society, Healthy Lives : A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010"]. Ce principe d'action permet de combiner des approches universelles et des approches ciblées pour réduire l'influence du gradient social en matière de santé. Ainsi les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité fonction du gradient social. Une action plus intense sera probablement nécessaire pour les personnes les plus défavorisées sur le plan social et économique, alors que concentrer uniquement une action sur les plus défavorisés ne réduirait pas le gradient de santé.

b) La santé dans toutes les politiques (cf. [Health in all policies pour lutter contre les inégalités de santé.](#))

Ce principe d'action a été proposé par l'UE en 2006 sous la présidence finlandaise³⁸² puis repris par l'OMS sous le terme HIAP, « *Health in All Policies* » dans la déclaration de Rio sur les déterminants de la santé et en 2014 lors de la 67^{ième} assemblée mondiale de la santé (Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable

³⁸¹ Dessiner la santé publique de demain https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

³⁸² Santé publique, Commission européenne http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/2005_1_18_frep_a4_en.pdf 80

pour améliorer la santé et l'équité en santé. WHA 67.12)³⁸³. Cette approche pour être efficace doit être déclinée à tous les échelons, nationaux, régionaux et locaux³⁸⁴. Une approche par déterminants oblige à considérer les facteurs facilitant ou au contraire limitant le développement de ces déterminants. Si l'approche par pathologies ou par problèmes de santé justifie la mise en place de mesures la plupart du temps limitées au système de soins, voire au système de santé, le développement d'une approche préventive nécessite la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs de secteurs différents.

c) *L'empowerment citoyen en santé*

Le processus d'« empowerment » citoyen est défini comme « un processus permettant aux personnes, aux organisations et aux communautés d'acquérir des compétences sur leur propre vie, afin de changer leur environnement social et politique pour améliorer l'équité et la qualité de vie »³⁸⁵. La santé de la population est la résultante de facteurs sociaux, environnementaux, économiques et génétiques appelés déterminants. La santé comme « résultat » peut être vue comme un processus dans lequel l'individu et la communauté sont acteurs. Les individus peuvent accroître le contrôle sur leur santé et l'améliorer par le renforcement de leurs aptitudes et compétences. Cela nécessite de promouvoir la santé en partant de la demande et de la satisfaction des besoins, et non plus seulement de l'offre. Développer la participation et l'implication des citoyens dans les services de santé nécessite de les impliquer et leur donner toutes les informations nécessaires pour leur permettre de participer au processus de prise de décision. Le mouvement ayant permis cette prise de conscience et une réflexion conduisant à l'action a été développé par James Charlton aux États-Unis pour les personnes en situation de handicap et nommé « *Nothing about us without us* »³⁸⁶ (rien qui nous concerne sans nous). D'autres mouvements promouvant l'implication des citoyens sur de grands enjeux de santé publique ont ensuite repris de principe d'action³⁸⁷.

C. Renforcer son caractère opposable et démocratique

a) *Des objectifs discutés et votés*

Il est nécessaire de mener une réflexion sur les moyens de permettre l'appropriation de la nouvelle SNS par l'ensemble des acteurs. Un débat parlementaire ou une loi de programmation permettrait de pallier ainsi les défauts actuels d'un PLFSS (qui détermine ce qui est alloué au système de soins) déconnecté d'objectifs de long terme tels qu'ils pourraient être définis dans la SNS. Ces objectifs établis sur une période suffisamment longue et validés par un processus démocratique permettraient d'inscrire durablement les modifications du système de santé (système de santé publique, système de soins et système médico-social) dans une perspective ayant fait l'objet d'une validation.

Il est en effet important de disposer d'une vision claire et partagée des objectifs de la SNS

³⁸³ Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R12-fr.pdf

³⁸⁴ https://ec.europa.eu/health/health_policies/policy_en

³⁸⁵ Wallerstein NB, Duran B. Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities. *Health Promotion Practice*. 2006;7(3):312-323. doi:10.1177/1524839906289376

³⁸⁶ Charlton, James, *Nothing About Us Without Us*, University of California Press, 1998 (ISBN 0-520-224817)

³⁸⁷ Delbanco T, Berwick DM, Boufford JI, et al. Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. *Health Expect*. 2001;4(3):144-150. doi:10.1046/j.1369-6513.2001.00145.x

et de son rôle par rapport à l'ensemble des plans et projets de santé nationaux et régionaux. Enfin, ces objectifs doivent être hiérarchisés de façon à indiquer les priorités nationales en termes de santé à court, moyen et long termes. En revanche, la hiérarchisation des mesures ou actions doit relever des stratégies et plans sectoriels.

b) La nécessité d'une mise en œuvre pluriannuelle

Le PLFSS, outil actuel de financement du système de santé est annuel alors qu'il permet de valider des financements sur des dispositifs modifiant plus ou moins durablement le système de santé. La cohérence entre les priorités de la SNS et les moyens de sa mise en œuvre dans le cadre de la LFSS est donc une nécessité qui demande une évaluation et un suivi propres (cf. infra).

La définition et la validation d'objectifs s'inscrivant dans le temps long et prenant en compte le poids des pathologies et/ou des déterminants de la santé sur l'état de santé de la population française à terme obligent à fixer des financements pour des actions ayant pour objet de les modifier durablement. Compte tenu de leur complexité et du nombre d'acteurs concernés, ces actions ou mesures ne peuvent se concevoir que sur une périodicité pluriannuelle, comme pour les autres grandes politiques publiques (agriculture, défense ...). La santé est en effet une des seules politiques pour laquelle ni les objectifs ni les financements ne soutiennent une vision sur le long terme.

D. Mobiliser et réorienter les structures existantes

Un portage de la SNS au plus haut niveau imposant son caractère interministériel du fait des liens avec les politiques de nombreux autres ministères est indispensable compte-tenu de la nécessité de développer des approches intersectorielles.

En parallèle, une équipe transversale au ministère de la Santé et de la Prévention dédiée à la conception, la mise en œuvre et au suivi de la SNS est nécessaire pour assurer sa mise en œuvre et rendre compte à un comité de suivi (cf. infra).

Le CIS, qui réunit l'ensemble des ministres, a été mis en place par la loi de 2016. Le CIS est d'ailleurs consulté sur la SNS. Il conviendrait de faire évoluer ce dispositif afin que soit examiné en amont, pour chaque nouvelle politique publique, son impact sur la santé. Le CIS existe, même si sa place et sa déclinaison régionale sont encore à approfondir. Les comités d'administration régionale (CAR) fonctionnent également, et ce autour des préfets qui représentent le Premier ministre en région. Les axes de prévention et de santé dans toutes les politiques publiques peuvent tout à fait être inclus dans ce dispositif. Enfin, le DGS pourrait être le délégué interministériel pour la santé et travailler directement avec les directeurs généraux de politiques publiques.

Ainsi, les structures nécessaires à la mise en œuvre d'une SNS s'inscrivant dans le temps long et orientant le système de santé français vers des objectifs partagés au niveau national, déclinés au niveau régional et mis en œuvre au niveau territorial sont déjà en place. Il conviendrait de les mobiliser davantage.

E. Mettre en place une gouvernance et un suivi spécifiques

Le travail de priorisation et de programmation mené dans le cadre de l'élaboration de la SNS n'a d'intérêt que si le suivi de sa mise en œuvre est organisé en continu, avec des ajustements réguliers, par une équipe dédiée. Cette démarche ne pourra se limiter à une évaluation des résultats au terme de la SNS. Un groupe *ad hoc*, constitué de membres au sein du HCSP pourrait être affecté à ce suivi en lien avec les ARS et les projets régionaux de santé (PRS).

Ce suivi doit permettre :

- De porter une attention particulière à la structuration des stratégies, plans et programmes et leur cohérence d'objectifs avec ceux de la SNS.
- D'utiliser davantage les évaluations à mi-parcours pour la préparation des plans ou programmes suivants, mais aussi les réorientations nécessaires pour prendre en compte les évolutions sociales, épidémiologiques ou technologiques.
- D'associer systématiquement les parties prenantes à l'évaluation.

De ce point de vue, des méthodologies d'évaluation dite au fil de l'eau (*in itinere*) permettent de fixer des objectifs sur le long terme tout en adaptant si besoin les mesures aux évolutions.

Pour cela, il est nécessaire de compléter les indicateurs de santé qui avaient été retenus pour l'évaluation de la SNS 2018-2022 par des indicateurs intermédiaires permettant de mieux apprécier les résultats des mesures mises en œuvre. Idéalement, ces indicateurs devraient être des indicateurs de résultats des plans ou stratégies sectoriels déclinant la SNS³⁸⁸. Ainsi, une évaluation performante et utile de la SNS passe par le développement et la consolidation des systèmes d'information interopérables et des capacités d'exploitation adaptées. À ce titre, les tableaux de bord proposés aux collectivités territoriales dans certains pays comme l'Angleterre sont des modèles qui pourraient être adaptés en France.

Des études qualitatives, permettant de se rapprocher des études mixtes propres à la recherche interventionnelle, doivent compléter la mise en place des tableaux de bord ou le suivi d'indicateurs de résultats ou d'impact.

F. Communiquer et porter les objectifs généraux de la SNS

Les évaluations réalisées par la Drees montrent la faible connaissance qu'ont les acteurs de la santé de la SNS et de ses objectifs. De même, durant la crise sanitaire Covid-19, ni les principes sous-tendant la SNS, ni ses objectifs n'ont été invoqués pour justifier des décisions.

Une communication forte et régulière autour de la SNS à toutes les phases du projet, permettrait :

- De garantir le caractère interministériel de la SNS et de permettre au Parlement d'exercer sa fonction de contrôle au regard des actions déployées par le Gouvernement dans ce domaine.
- De donner de la visibilité aux parties prenantes sur ce qu'est la SNS.
- D'informer régulièrement sur les actions de suivi et les réflexions en cours.
- De développer sur le long terme une meilleure acceptabilité par la population des décisions prises.

2. Engager l'évolution du système de santé à court, moyen et long termes : un impératif

L'analyse des problèmes de santé telle qu'elle a été réalisée par le HCSP à l'occasion de la rédaction de ce rapport, amène à poser la question de l'adaptation du système de santé aux problèmes posés par l'état de santé de la France, aux contraintes propres pesant sur le système et aux évolutions récentes telles qu'elles ont été identifiées.

Ainsi, le HCSP propose que cette évolution de l'ensemble du système de santé (système de

³⁸⁸ Courrier du HCSP à la Drees concernant le rapport d'évaluation de la SNS de la DREES
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1274>

santé publique, système de soins et système médico-social) vers un système cible soit engagée rapidement comme premier objectif stratégique de la future SNS ([Cf. Reconstruire le système de santé pour répondre aux enjeux](#)), sur les axes suivants.

A. Mettre en place une réflexion sur le futur système de santé (objectif opérationnel à 1 an)

Les évolutions organisationnelles, financières, technologiques ont conduit à des adaptations sans que soit proposée et partagée une vision d'ensemble du système de santé dans ses différentes composantes. Ainsi, le système a-t-il évolué d'un système de type assurantiel vers un système dans lequel la solidarité (*via* l'impôt) assure une part importante du financement, tout en maintenant trois secteurs différents financés essentiellement par un financeur unique.

Sur le plan organisationnel, des lois successives ont modifié les objectifs du système de santé et particulièrement du système de soins, mettant les établissements de santé en concurrence, puis organisant leur coopération au niveau territorial, modifiant la pratique médicale pour les soins primaires et essayant de développer la coopération « ville-hôpital ».

L'essentiel de ces évolutions a été abordé de façon sectorielle sans vision d'ensemble d'un système cible tant sur le plan des objectifs que de l'organisation ou du financement.

Ainsi, le HCSP propose que le premier objectif stratégique de la SNS soit de faire évoluer fortement le système de santé pour répondre aux différentes contraintes (Cf. VI.A.). Plusieurs rapports sont disponibles pour différents secteurs et les résultats des différents CNR (Conseil national de la refondation) santé devraient éclairer sur les attendus des Français.

Pour cela, le HCSP propose de mettre en place un groupe de travail qui propose ces évolutions structurelles après avoir analysé les principaux modèles de santé développés notamment dans les pays européens.

Ce groupe de travail proposerait ainsi un système cible atteignable à 10 ans.

B. Engager et renforcer la transformation des métiers de la santé et du soin (objectif opérationnel à 2ans)

Sur des constats établis précédemment (Cf. [Une crise majeure des acteurs du soin et de la santé](#)), le HCSP propose les pistes opérationnelles suivantes :

a) Repenser l'organisation des métiers pour assurer le « parcours de santé » du citoyen/patient tout au long de la vie

Deux actions fondamentales de communication devraient être entreprises comme les deux fils rouges de la réorganisation des acteurs et des métiers :

- D'une part, le développement d'une littérature spécifique et croisée, auprès des professionnels et du grand public, notamment sur la place de la santé dans ses composantes promotionnelle et préventive.
- D'autre part, le développement des conditions propices de partenariats entre les différents acteurs de la santé (professionnels, établissements et institutions (ARS, hôpital, EHPAD, etc.) et les territoires (département, commune *via* les élus).

b) Rendre l'organisation des métiers de la santé et du soin plus agile et plus opérante en allant vers un partage plus pertinent des rôles et des responsabilités

La refonte du système doit considérer pleinement la désaffectation actuelle des professionnels formés, et reconnaître le sentiment important d'insécurité professionnelle, qui naît e de la

pénibilité, de la souffrance physique et de la souffrance psychologique et éthique. Cette souffrance des acteurs renforce la nécessité d'évoluer vers un modèle de *leadership* partagé des soins, plus collaboratif et plus collégial dans les prises de décision et de responsabilités. Ce modèle doit s'accompagner d'une meilleure considération des conditions d'exercice et de la qualité de vie au travail pour continuer d'attirer et de fidéliser les professionnels.

Une stratégie globale de QVCT doit être définie par les pouvoirs publics. Une feuille de route nationale QVCT doit être négociée et co-construite. L'application effective des textes législatifs (loi RIST 2021) aussi bien que la mise en œuvre des recommandations successives des textes réglementaires, ou des multiples rapports des groupes de travail de l'ONQVT ou des mesures QVT issues de la mission LAFORCADE sur l'attractivité des métiers du grand âge³⁸⁹, permettrait de développer une réelle stratégie d'amélioration de la QVCT.

c) Développer les modalités d'un meilleur partage des savoirs et des compétences des métiers de la santé

L'acculturation intégrée doit être un préalable à la transformation en profondeur de l'organisation des métiers et des compétences des professionnels de santé et du soin. En effet, il ressort des auditions qui ont servi à la rédaction de ce rapport, une méconnaissance entre les professionnels issus des différentes disciplines de santé. Connaître l'autre pour mieux l'inclure dans sa pratique doit être un *leitmotiv*.

C'est aussi développer un système qui intègre à la fois les composantes sanitaires, sociales et environnementales indispensables pour la santé.

d) Développer les conditions de la transdisciplinarité et la vision d'équipe en santé

La santé publique, comme le suggère le rapport de la mission Chauvin³⁹⁰, est un champ partagé de la santé. Il est donc pertinent que la santé publique puisse servir de creuset au développement d'un bien commun entre l'ensemble des métiers de la santé.

Il est aussi nécessaire de renforcer des modèles d'apprentissage utilisant la simulation mettant en action en même temps, des étudiants (formation initiale) et des professionnels (formation professionnelle continue) issus de différentes disciplines (médicale, soins infirmiers, maïeutique, administratifs ...) et impliquant des patients (notamment dans la rédaction des scénarios).

La mise en place du service sanitaire des étudiants en santé mis en place en 2018, représente de ce point de vue une innovation susceptible de favoriser la transdisciplinarité et la prévention médicalisée ou non³⁹¹.

e) Faciliter l'interopérabilité entre les exercices professionnels en réorientant l'usage du numérique en santé au service des professionnels et de la coopération

Le partage d'un même système de communication par les différents professionnels de santé permettrait d'apporter un véritable service d'aide à la pratique en proposant un « guichet unique » de l'information quelle que soit la pathologie concernée. Le numérique en santé pourrait ainsi devenir un outil d'acculturation intégrée, en prolongement naturel de la formation (par ex., plateforme commune).

³⁸⁹ Plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_des_metiers_du_grand_age_et_de_l_autonomie.pdf

³⁹⁰ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

³⁹¹ Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé - Rapport final <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1244>.

C. Développer une politique de santé propre à l'enfant (objectif opérationnel à 2 ans)

La santé de l'enfant doit être une priorité de la SNS (Cf. [La santé de l'enfant fragilisée et berceau des inégalités sociales de santé](#)).

Les enfants comprennent les enjeux de santé dès le plus jeune âge. De ce fait, l'éducation à la santé doit débuter dès le plus jeune âge et notamment à l'école maternelle. Cet investissement paraît clé pour changer les comportements des prochaines générations.

La prise en compte des besoins fondamentaux et de l'intérêt supérieur de l'enfant dès sa conception et jusqu'à la fin de l'adolescence ³⁹² doit être une priorité nationale tant en termes de prévention, de soin et de protection que d'investissement d'un pays pour son futur^{393, 394}.

Le cadre conceptuel "Instrument de mesure du développement de la petite enfance, IDPE"³⁹⁵) met en évidence les principaux facteurs influençant la santé et le bien-être des enfants. Ce cadre place le bien-être des enfants au centre de quatre sphères d'influence interdépendantes : l'environnement familial et le logement ; les communautés résidentielles et relationnelles ; les programmes et services pour le développement de l'enfant ; et les environnements régionaux, nationaux et mondiaux. Ces facteurs influencent directement et indirectement la santé de l'enfant et interagissent les uns avec les autres de manière complexe tout au long de la vie.

Le HCSP propose donc de mettre en place un plan d'action spécifique permettant de replacer la santé de l'enfant dans ses différentes composantes comme une priorité en définissant des objectifs opérationnels spécifiques aux différents âges de l'enfance et de l'adolescence. Ce plan d'action s'intègre dans la démarche en cours des « Assises de la Pédiatrie et de la santé de l'enfant ».

D. Développer une politique de santé adaptée au vieillissement rapide de la population

Le vieillissement rapide de la population française rend nécessaire une politique de santé spécifique de cette population touchant à la fois au système de santé publique, au système de soins et au système médico-social (Cf. [En France comme dans l'Union européenne une personne sur cinq a 65 ans ou plus](#)). En effet, il est impératif de se donner les moyens d'améliorer l'espérance de vie sans handicap et d'éviter la survenue des maladies liées à l'âge de favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible en maintenant une intégration dans la société. La mise en œuvre d'un tel plan ou stratégie sera nécessairement

³⁹² Helen Clark, Awa Marie Coll-Seck, Anshu Banerjee, Stefan Peterson, Sarah L Dalglish, Shanthi Ameratunga, Dina Balabanova, Maharaj Kishan Bhan, Zulfiqar A Bhutta, John Borrazzo, Mariam Claeson, Tanya Doherty, Fadi El-Jardali, Asha S George, Angela Gichaga, Lu Gram, David B Hipgrave, Aku Kwamie, Qingyue Meng, Raúl Mercer, Sunita Narain, Jesca Nsungwa-Sabiiti, Adesola O Olumide, David Osrin, Timothy Powell-Jackson, Kumanan Rasanathan, Imran Rasul, Papaarangi Reid, Jennifer Requejo, Sarah S Rohde, Nigel Rollins, Magali Romedenne, Harshpal Singh Sachdev, Rana Saleh, Yusra R Shawar, Jeremy Shiffman, Jonathon Simon, Peter D Sly, Karin Stenberg, Mark Tomlinson, Rajani R Ved, Anthony Costello, A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission, The Lancet, Volume 395, Issue 10224, 2020, Pages 605-658, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1).

³⁹³ Rapport de la commission des 1000 premiers jours

³⁹⁴ Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance MP.Martin-Blachais, 2017

³⁹⁵ Instrument de mesure du développement de la petite enfance©. https://statistique.quebec.ca/eqdem/enquete_2017/documentation/guide-imdpe-eqdem2017.pdf

interministérielle.

La population des plus de 65 ans représente 21 % de la population française et l'espérance de vie sans incapacités reste très en dessous de l'espérance de vie ce qui entraîne une altération majeure de la qualité de vie des seniors au cours de leur dernière décennie et entraîne une adaptation coûteuse en termes d'organisation médicale et sociale (CNAM, Drees ...). Les actions de prévention dans cette population ne peuvent être contournées. Les facteurs comportementaux et psychologiques, mais aussi les relations sociales, le contexte socio-économique et environnemental sont des déterminants de santé majeurs pour un vieillissement en bonne santé. Le repérage des situations à risque d'incapacités et de décompensations (OMS 2019), mais aussi d'isolement social, de précarité, de difficultés d'accès aux soins ou aux aides doit être instauré en priorité pour les populations âgées les plus vulnérables afin de réduire les disparités en matière de santé et de prévention liées au vieillissement. Il est essentiel de développer des actions, dans des groupes d'âge et de situations spécifiques : élaborer des stratégies pour ralentir les effets du vieillissement, pour prévenir ou atténuer l'impact des maladies chroniques et des situations liées à l'âge (par exemple les chutes) et promouvoir l'adhésion des seniors à ces actions et ce tout au long de leur avancée en âge car la participation des sujets est majeure : connaissance de sa propre trajectoire, auto-repérage, mise en place des actions .. Les stratégies disposant d'un très fort niveau de preuve doivent être priorisées, plus particulièrement l'exercice et l'activité physique sur le maintien des capacités physiques, la prévention de la perte de mobilité et des chutes. Il faut aussi agir dans le champ de la prévention des accidents médicamenteux.

Une stratégie « grand âge » a été évoquée depuis plusieurs années et à nouveau récemment par des acteurs du soin³⁹⁶. Elle apparaît d'autant plus nécessaire que les prévisions démographiques confirment l'accélération du vieillissement de la population française à moyen terme.

E. Adapter les pratiques aux évolutions sociétales

a) Stéréotypes de genre

- Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique

Les différences de santé entre femmes et hommes résultent d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, socioculturels et économiques. Si des spécificités anatomiques et physiologiques participent de ces différences, elles ne sont pas exclusives. Les représentations sociales liées au genre féminin et masculin influencent l'expression des symptômes, le recours aux soins des malades, mais aussi l'interprétation des signes cliniques et la prise en charge des pathologies par les professionnels de santé. À cela, s'ajoutent les conditions de vie, sociales et économiques, qui exposent différemment les femmes et les hommes à des risques de santé. Questionner les inégalités de santé au prisme du genre permet d'analyser plus précisément les pathologies, de formuler de nouvelles hypothèses de recherche et de construire des stratégies de prévention et de traitement.

- Les stéréotypes sur les maladies dites féminines ou masculines

Les représentations sociales liées au genre influencent les pratiques médicales et l'attitude des patients. Un exemple typique est celui de l'infarctus du myocarde qui est encore sous-diagnostiqué chez les femmes, car considéré à tort comme une maladie d'homme stressé par le travail. Les femmes en minimisent les symptômes et appellent le Samu plus

³⁹⁶ Projet de loi pour une société de la longévité. https://www.fhf.fr/sites/default/files/2023-01/Projet_Loi_GA9.pdf

tardivement que les hommes.

Un autre exemple est celui des troubles dépressifs qui touchent deux fois plus souvent les femmes que les hommes. La raison principale n'est pas due aux hormones féminines comme il a été longtemps prétendu. La cause majeure est liée au contexte socio-économique (précarité, charge mentale, violences) qui expose davantage les femmes que les hommes aux risques de dépression.

Les représentations stéréotypées des maladies concernent aussi les hommes. Ainsi, l'ostéoporose, n'est pas l'apanage des femmes ménopausées. Un tiers des fractures ostéoporotiques concerne les hommes. Or pour eux le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose sont quasi inexistantes.

Les stéréotypes entravent aussi le dépistage de l'autisme, de l'endométriose, du cancer du sein et la vaccination contre le cancer du col de l'utérus dû au papillomavirus.

- Le poids des conditions de vie, sociales, économiques et environnementales : une menace pour la santé des femmes

Dans la vie au travail, les facteurs de risques et de pénibilité sont sous-estimés chez les femmes. Les troubles musculosquelettiques et les risques psychosociaux touchent plus gravement les femmes, en particulier les employées et les ouvrières. Les cancers d'origine professionnelle sont moins souvent reconnus chez les femmes que chez les hommes. Une étude récente de l'Inserm montre que le travail de nuit augmente de 26 % les risques de cancer du sein.

La précarité et le poids des charges domestiques et familiales représentent d'autres menaces pour la santé des femmes. La pauvreté, qui touche majoritairement les femmes, s'accompagne de risques sanitaires accrus : logement dégradé, mauvaise alimentation, sédentarité, pénibilité au travail... autant de facteurs qui favorisent l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les troubles dépressifs, etc.

Les femmes sont aussi les premières victimes de violences, ce qui se répercute sur leur santé mentale et physique. Les médecins, qui sont souvent leurs premiers interlocuteurs, ne bénéficient pas d'une formation au repérage des violences, à la hauteur des besoins.

Enfin, les risques sanitaires des agents toxiques présents dans l'environnement pour les femmes enceintes vont croissants. L'exposition pré- et postnatale à divers polluants chimiques et atmosphériques constituent des risques avérés pour la croissance des fœtus et le développement des enfants.

- Des pistes pour mieux soigner les femmes et les hommes : former les soignants, informer le public et les patients, soutenir les associations, alerter les décideurs en santé publique

Depuis plus de vingt ans, aux États-Unis, au Canada et en Europe du Nord, la thématique "Genre et Santé" figure dans les plans stratégiques des institutions de recherche et dans les politiques de santé publique. La France est en retard dans ce domaine. Il est urgent d'instaurer des programmes de formation des étudiants et des soignants, et de mener des campagnes d'informations et de prévention auprès du public. Une autre priorité est de soutenir les recherches sur le sexe et le genre dans la santé, associant les disciplines cliniques et biomédicales avec les recherches en sciences sociales et en santé publique.

Des initiatives récentes de la part d'institutions publiques et de la société civile sont encourageantes. En 2013, le comité d'éthique de l'Inserm a créé un groupe de travail sur la thématique "Genre et recherche en santé"³⁹⁷. Le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes

³⁹⁷ Inserm, comité d'Éthique, Rapports du Groupe de travail "Genre et recherche en santé"

et les hommes (HCE) a publié deux rapports sur les inégalités de genre dans la santé en 2017 et 2020^{398 399}. La Haute Autorité de santé (HAS) s'est emparée du sujet en 2020⁴⁰⁰.

b) *Fin de vie*

Une part considérable des financements versés par l'Assurance maladie intervient dans le dernier mois de la vie des patients. Cela est dû, en grande partie, à l'incapacité collective de faire comprendre aux malades et aux familles que le moment est venu d'abandonner des objectifs curatifs pour envisager une autre phase. Cette impossibilité amène à administrer des traitements inefficaces et potentiellement responsables d'effets indésirables. Il s'agit d'une véritable question de société. Il est nécessaire de prendre en compte les réflexions en cours sur la fin de vie (convention citoyenne de décembre 2022 à mars 2023, etc.) pour faire évoluer le système de santé sur la question de la fin de vie à la fois sur les pratiques médicales mais aussi sur la réponse apportée aux demandes des patients et plus largement de la société.

L'anticipation palliative désigne toute action ou organisation permettant de prévoir, faciliter, initier, des soins intégrant la perspective de la fin de vie. Il s'agit notamment d'aborder la possibilité de non-guérison, l'anticipation de la dernière partie de la vie et de discuter des attentes et préférences des patients. L'anticipation palliative débute en amont des soins palliatifs tels que mis en œuvre par les acteurs spécialisés des soins palliatifs. Elle permet d'une part que ceux-ci s'ils sont nécessaires soient rendus possibles précocement, conformément aux recommandations internationales, et d'autre part que le parcours de soin de la fin de la vie puisse tenir compte des préférences d'un patient informé en mobilisant au mieux les ressources existantes.

L'anticipation palliative est associée au respect des droits fondamentaux (droit à l'information et au fait de décider pour soi) mais aussi à des bénéfices cliniques majeurs pour les patients et leurs proches. Sont attendus ainsi de nombreux bénéfices individuels (qualité de vie, état psychologique du patient et de ses proches ; mais aussi moins de soins agressifs en fin de vie, moins de venues itératives aux urgences, davantage de décès à domicile ...). Ces derniers bénéfices ont également un impact positif attendu au niveau collectif (qualité des soins et motivation des soignants, mais aussi lutte contre la saturation des urgences, limitation des soins à faible valeur ajoutée voire futiles ...). L'anticipation palliative renvoie globalement au concept d'*Advance Care Planning*, ce terme étant cependant souvent utilisé dans l'acception restreinte de l'acte d'anticipation individuel.

Une stratégie décennale de développement de l'anticipation palliative permettrait d'accompagner les évolutions législatives concernant la fin de vie discutées début 2023. Elle associerait des actions de formation de l'ensemble des professionnels du soin, une meilleure organisation des parcours autour de structures spécialisées, une meilleure information/éducation des patients et des incitations financières à développer cette

<https://www.inserm.fr/recherche-inserm/ethique/comite-ethique-inserm-cei/groupes-reflexion-thematique-comite-ethique>

³⁹⁸ 2017 : Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité

https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_la_sante_et_l_acces_aux_soins_une_urgence_pour_les_femmes_en_situation_de_prekarite_2017_05_29_vf-2.pdf

³⁹⁹ 2020 : Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique

https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sexe_genre_soigner-v9.pdf

⁴⁰⁰ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020

approche. Certaines mesures sont déjà développées dans le cadre du plan national de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie 2021-2024⁴⁰¹.

3. Opérationnaliser le concept de « Santé dans toutes les politiques » (*Health in all policies*)

Définir la santé comme paramètre d'évaluation des politiques publiques dans l'approche intersectorielle prévue par la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques est un préalable essentiel pour la réalisation de nombreuses politiques de santé publique. Et inversement, la crise Covid-19 a rappelé que la santé économique est intimement liée à la santé populationnelle. Cependant, cette démarche apparaît encore faible en France (Cf. [Mobilisant tous les secteurs](#)).

La démarche des évaluations d'impact sur la santé (EIS)⁴⁰² permet d'identifier, à l'aide d'informations scientifiques et contextuelles, les effets potentiels d'un projet ou d'une politique sur la santé d'une population et sur la distribution de ces effets selon différents groupes sociaux.

- Définir le cadre d'une politique de santé réellement interministérielle (Objectif opérationnel à 2 ans).
- Développer les évaluations systématiques d'impact en santé (Objectif opérationnel à 5 ans).

A. Définir la santé comme paramètre d'évaluation des politiques publiques (objectif opérationnel à 2 ans)

Inscrire la démarche de santé dans toutes les politiques comme l'une des ambitions principales de la SNS en se donnant les moyens d'en faciliter la mise en œuvre que ce soit à l'échelon national et/ou régional - local (les collectivités). Cela nécessite de concevoir dans le cadre de la stratégie des mécanismes institutionnels intersectoriels dédiés à cette mise en œuvre (exemple : nécessité d'évaluer l'impact sur la santé (dont les inégalités de santé) des réformes et projets sectoriels et des procédures de planification territoriale, mobilisation des conférences régionales de santé et autonomie, mention explicite de la santé dans les études d'impact des projets de loi, etc.).

B. Systématiser la démarche des EIS pour identifier les effets potentiels d'un projet ou d'une politique sur la santé (objectif opérationnel à 5 ans)

Organiser la création et mettre à disposition les ressources (dispositifs, moyens, guides) favorisant à tous les échelons le développement d'EIS de toutes les politiques non sanitaires (logement, emploi, cohésion sociale, redistribution des ressources, accueil enfance, parentalité, aménagement du territoire, éducation, sécurité, agriculture, économie, etc.). Il s'agit de proposer au sein de la SNS une organisation cible soutenant les démarches d'EIS (formation, dispositifs d'accompagnement, recommandations et méthodologie, etc.).

⁴⁰¹ [Le plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024 - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](#)

⁴⁰² [Évaluation d'impacts sur la santé \(EIS\) sur les documents de planification territoriale \(hcsp.fr\)](#)

C. Définir le cadre d'une politique de santé réellement interministérielle (objectif opérationnel à 2 ans)

Le CIS doit être un lieu incontournable de discussion autour de l'impact sur la santé et les inégalités de santé des réformes conduites par les autres ministères, en renforçant si besoin sa fréquence de réunions, ses ressources et la visibilité de ses actions. Dans ce comité, deux types d'impact doivent être abordés : en amont des mesures (EIS), en aval des mesures (effets non désirés). Le CIS doit être le garant de la prise en compte de la santé dans les mesures non sanitaires, appuyé par des organisations réalisant les études d'impact.

Au niveau territorial, il est nécessaire de structurer des partenariats formalisés État/collectivités territoriales autour d'enjeux de santé publique et d'inégalités de santé permettant de les aborder de manière structurelle (par exemple, urbanisme favorable à la santé).

D. Faire de la lutte contre la précarité et de l'atténuation de ses effets sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes, une priorité de la SNS, avec une mise en œuvre à un niveau interministériel.

Les déterminants sociaux de la santé sont étroitement liés, à tel point qu'il est difficile d'isoler, de manière empirique, les effets propres à chacun sur la santé. Le rapport « Panorama de la Santé » de 2017 de l'OCDE⁴⁰³ a notamment souligné le statut socio-économique comme principal responsable de l'ensemble des fardeaux et des inégalités que ce soit par une action directe ou indirecte (privations, exclusion, isolement, littératie, stress, compétition d'intérêts/besoins, etc.). Il constitue de fait une des principales causes pour la plupart des fardeaux de santé, selon l'approche du fardeau total de la maladie (*global burden of disease*). L'abord explicite de ce déterminant de santé dans le cadre de la SNS est donc prioritaire à travers des mesures corrigeant la dégradation des conditions et niveaux de vie et des mesures atténuant l'effet de la précarité sur la santé.

4. Développer les conditions effectives de la participation des citoyens aux évolutions du système de santé (objectif opérationnel à 2 ans).

Les sociétés démocratiques modernes attachent une importance croissante au rôle des citoyens en tant qu'acteurs (parties prenantes) et donc directement impliqués dans les choix individuels et collectifs. L'*empowerment* citoyen est un moyen permettant d'impliquer les citoyens dans les évolutions nécessaires du système de santé (Cf. [L'empowerment citoyen en santé](#))

Cette approche a été développée en France dans le champ des soins avec une demande de la part des patients d'une attention portée à la personne dans son ensemble et pas seulement sur sa pathologie. La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a formalisé cette approche, renforcée par la suite par les lois de santé publique créant des structures de démocratie sanitaire.

Inclure et faire participer les populations à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques notamment territoriales de santé publique telles que portées par la déclaration de Rio est un objectif clé pour élaborer des politiques de santé publique en adéquation avec les besoins

⁴⁰³ Health at a Glance 2017. OCDE 2017. <https://www.oecd.org/social/health-at-a-glance-19991312.htm>

de la population.

5. Mettre en œuvre une politique de prévention intégrant les différentes approches préventives

Le HCSP propose que le 4^{ième} axe stratégique de la future SNS soit la mise en place sur le long terme d'une politique systémique en faveur de la promotion de la santé et de la prévention. Il propose donc ci-dessous des pistes pour la mise en œuvre de cet objectif majeur pour la santé des Français, la pérennité de notre système de santé et la structuration du système de santé publique notamment dans les territoires (Cf. [Mettre en œuvre une politique systémique de prévention agissant sur les principaux déterminants de la santé selon une approche populationnelle](#)).

A. Adopter des approches transversales, socio-écologiques ou par milieu de vie

Une approche transversale consiste à agir pour que les environnements de vie des populations puissent devenir promoteurs de santé, de bien-être et de qualité de vie de manière inclusive.

L'approche doit être structurelle, plutôt que thématique. En effet la multiplication des abords thématiques peut conduire à une concurrence (chaque thème se voyant éventuellement qualifier par ses experts de « crise sanitaire majeure »), concurrence dans la recherche de notoriété, de financement, de partenariats, d'opportunités de mise en œuvre, et vis-à-vis des capacités d'attention des publics et du temps dont ils disposent.

La majorité des financements va aujourd'hui à cette approche thématique, alors qu'il importe de promouvoir ces démarches transversales et de renforcer les collaborations entre acteurs disposant de leviers pour agir sur la santé des populations. Le niveau adapté est territorial, mais demande à être soutenu par l'engagement national de l'État et de l'Assurance maladie.

Les approches par milieux de vie en promotion de la santé sont des moyens d'opérationnaliser les approches socio-écologiques, en proposant un ancrage au plus proche des populations : le milieu de travail, le lieu de vie (quartier, ville...), l'hôpital, l'école, la famille, etc. Elles reposent sur des approches participatives et inclusives et s'intéressent à toutes les dimensions des environnements de ces milieux (sociaux, politiques, physiques, informationnels). Ces approches, cantonnées à l'école dans la première SNS mériteraient d'être déployées dans d'autres milieux comme principe intégrateur des démarches de santé dans toutes les politiques (à l'image de la démarche en cours depuis plusieurs années à la Protection judiciaire de la jeunesse « PJJ promotrice de santé »⁴⁰⁴).

B. Concevoir un plan de développement de la littératie en santé

La démocratie en santé ne peut s'exercer sans « la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie »⁴⁰⁵, ce qui représente une définition de la littératie en santé. Une personne ayant un faible niveau de littératie est moins qu'une autre en mesure d'exercer son autonomie et d'accéder aux services dont elle a besoin et

⁴⁰⁴ MARCHAND BUTTIN Françoise, « Devenir pjj promotrice de santé. De rencontres en rencontres », *Les Cahiers Dynamiques*, 2016/4 (N° 70), p. 6-17. DOI : 10.3917/lcd.070.0006. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2016-4-page-6.htm>

⁴⁰⁵ Rootman I & Gordon-El-Bihbety D, 2008

auxquels elle a droit⁴⁰⁶. Elle est également en plus faible capacité d'exercer son rôle social au sein de sa communauté de vie et d'influer sur son organisation ou ses orientations.

Il ne s'agit pas de développer la littératie des individus pour leur permettre de naviguer « au mieux » dans un système inégalitaire, ou pour leur permettre de s'adapter « au mieux » à des conditions de vie délétères. La littératie peut et doit s'entendre avec une visée émancipatrice qui assume de contribuer à donner aux individus, aux populations, les initiatives et les capacités nécessaires au changement.

Par ailleurs, agir en littératie en santé ne signifie pas uniquement renforcer les compétences individuelles des personnes, mais développer des environnements favorables à l'exercice de ces compétences. Il s'agit de la littératie organisationnelle.

La Conférence nationale de santé (CNS) rappelle les bénéfices à développer la littératie en santé en population générale⁴⁰⁷, tout comme le rapport Chauvin concernant la refondation de la santé publique qui propose un plan quinquennal avec un déploiement des compétences en santé dès le plus jeune âge (dans les écoles primaires) ainsi que tout au long de la vie avec l'Éducation nationale, les entreprises et les collectivités territoriales (activités périscolaires des communes ...). La littératie concerne aussi les patients dans les services de santé avec un nécessaire renforcement d'une approche centrée sur leurs besoins⁴⁰⁸. Fin 2022, l'OMS en propose une approche pragmatique pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, avec des recommandations pratiques et des études de cas dont l'une se déroule à la Réunion⁴⁰⁹.

Dans la même optique, une culture commune de santé publique est le socle sur lequel peut être construite une politique favorable à la santé. Elle concerne toutes les parties prenantes du système de santé publique (décideurs, experts, bénéficiaires, population)⁴¹⁰.

C. Mettre en œuvre l'universalisme proportionné

Lors des interventions de santé publique, une approche strictement égalitaire s'avère inéquitable : elle creuse les inégalités, les plus favorisés s'appropriant mieux que les autres l'offre de santé (messages de prévention, offre de soins, dispositifs ...). Les actions de santé publique doivent répondre au principe d'un universalisme proportionné, l'intensité de l'action devant être plus importante pour ceux qui ont les besoins les plus grands pour réduire l'influence du gradient social en matière de santé⁴¹¹ (Cf. [Mettre en place une véritable politique du « dernier kilomètre reposant sur l'universalisme proportionné et de véritables dispositifs d'« aller-vers »](#)).

Malgré les rappels fréquents aux inégalités dans le cadre législatif ainsi que la diffusion du

⁴⁰⁶ Giroux MT cité dans Dupuis P., 2015

⁴⁰⁷ Rusch, Lefevre, Ferron, & Santé, 2017

⁴⁰⁸ Organisation mondiale de la santé. Bureau régional pour l'Europe, Sørensen, Kristine, Trezona, Anita, Levin-Zamir, Diane, Kosir, Urska. et al. (2019). Transformer les systèmes de santé et les sociétés en investissant dans les politiques et les stratégies d'éducation en santé. *Panorama de la santé publique*, 5 (2-3), 259 - 263. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional pour l'Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327060>.

⁴⁰⁹ [Développement de la littératie sanitaire pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles : Volume 1. Aperçu \(who.int\)](#)

⁴¹⁰ [Dessiner la santé publique de demain - Ministère de la Santé et de la Prévention \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

⁴¹¹ Une société juste, des vies en santé : rapport critique et stratégique sur les inégalités de santé" ["Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010"].

modèle des déterminants sociaux porté par l'OMS, la mise en œuvre de politiques visant spécifiquement la réduction des inégalités reste faible.

Ce principe d'universalisme proportionné ne s'applique pas uniquement sur un plan quantitatif (comme augmenter la dose d'exposition des publics en situation de précarité à des campagnes médiatiques de communication). Il se traduit aussi et surtout sur un plan qualitatif, avec des actions différenciées, adaptées, appropriées, sur les déterminants de la santé.

En France, certaines stratégies de mise en œuvre de l'Universalisme proportionné se sont trouvées de nouveau légitimées par la crise Covid-19. Il apparaît ainsi pertinent de :

- Renforcer l'efficacité du recours aux pairs. L'appropriation d'un message de prévention dépend, entre autres, des rapports sociaux existants entre émetteur(s) et destinataire(s). Le recours aux pairs réduit le risque de défiance envers la source et contribue à l'appropriation des messages. Ce type d'approche nécessite néanmoins de l'expertise pour maximiser son efficacité et en éviter les effets pervers^{412,413}.
- Déployer « l'aller-vers » dans les actions de prévention. L'aller-vers limite le risque de non-recours à la prévention. Sont particulièrement concernés les publics en situation de précarité ou à l'écart du système de santé (isolement social, géographique, culturel)⁴¹⁴.
- Utiliser des médiateurs en santé.

Il s'agit d'un « nouveau » métier dans la santé : les médiatrices et médiateurs facilitent l'accès des patients aux soins et de l'ensemble de la population à la prévention. Ils font le lien entre les personnes vulnérables et le système de santé⁴¹⁵. La question de leur reconnaissance et de leur statut est majeure.

- Renforcer les compétences psychosociales (CPS) des populations

Le développement des compétences psychosociales est aujourd'hui considéré comme un levier majeur et transversal de promotion de la santé - prévention. En 2022, la publication d'une instruction interministérielle⁴¹⁶ constitue un progrès important. Sa mise en œuvre est susceptible d'apporter des bénéfices de santé à l'échelle populationnelle, à long terme, et de contribuer à la réduction des inégalités de santé, bénéficiant à tous, mais plus fortement aux enfants plus exposés aux facteurs de vulnérabilité. Pour qu'elle se déploie effectivement, cela supposera un investissement et une coordination réels et importants, dans la durée,

⁴¹² Évaluation d'un programme de prévention par les pairs des consommations de substances psychoactives <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/evaluation-d-un-programme-de-prevention-par-les-pairs-des-consommations-de-substances-psychoactives>

⁴¹³ Prévention par les pairs <https://carrefouraddictions.ch/fegpa/pros-et-collectivites/prevention-par-les-pairs/>

⁴¹⁴ Stratégie de prévention contre la pauvreté https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_de_cadrage_aller_vers.pdf

⁴¹⁵ La Santé en action, Juin 2022, n° 460 La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2022-n-460-la-mediation-en-sante-un-nouveau-metier-pour-lever-les-obstacles-aux-parcours-de-soin-et-de-prevention>

⁴¹⁶ Instruction interministérielle N° DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/ 2022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037

multi-niveaux.

D. Renforcer l'expertise en prévention, promotion de la santé

a) Reconnaître et conforter l'expertise collective

À partir du moment où elle vise une efficacité durable, la promotion de la santé – prévention est toujours une intervention complexe et multidimensionnelle^{417 418} : action sur et mobilisation des milieux de vie, organisations, représentations sociales, comportements... Que l'on pense, par exemple, à la santé et à la qualité de vie au travail, à la lutte contre le VIH/sida, à la réduction de la consommation de tabac, au développement des compétences psychosociales, l'expertise pertinente se construit collectivement, associant savoirs académiques et expérientiels, qui se nourrissent mutuellement. Elle doit aussi prendre en compte la variété des contextes, des terrains, et faire évoluer ses recommandations avec celle des données et des contextes⁴¹⁹.

Il n'est pas encore acquis, en France, que cette conception dynamique et collective de l'expertise doive prévaloir.

b) Se doter de professionnels compétents en ingénierie de projets

Pour mettre en œuvre la SNS, le soutien à l'ingénierie de projets et l'expertise en prévention-promotion de la santé est indispensable. Il doit être assuré par des professionnels en capacité de rendre accessibles les données probantes (scientifiques, expérientielles et contextuelles) aux acteurs et décideurs (courtage de connaissances), en s'appuyant sur des centres de ressources documentaires spécialisés en santé publique, des outils de capitalisation⁴²⁰ et de transfert de connaissances⁴²¹. Ce sont notamment ces professionnels qui peuvent outiller « concrètement » les acteurs pour identifier les leviers stratégiques pour réduire les inégalités de santé (approches participatives, prise en compte des environnements ...) dans les institutions, agences, associations.

E. Promouvoir les métiers de la prévention et la promotion de la santé

Les métiers de la prévention et de la promotion de la santé doivent être reconnus comme des métiers de la santé comme le sont ceux du soin et ce dans une vision transversale de la gestion des risques (production de connaissances scientifiques et aussi et surtout au regard des questions opérationnelles).

Cette reconnaissance passe par la formation initiale et professionnelle (acculturation des professionnels de santé ensemble => dé-silotage des formations en santé concernant les thématiques de la prévention, des données...), mais aussi par la reconnaissance d'équipes

⁴¹⁷ Actualité et dossier en santé publique n° 103, Prévention et promotion de la santé. Une responsabilité collective, juin 2018.

⁴¹⁸ Pagani V., Kivits J., Minary L., Cambon L., Claudot F., Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. Santé publique, 2017, vol. 29, no 1 : p. 31-39. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-1-page-31.htm>

⁴¹⁹ Hamant C, Delescluse T, Ferron C. Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes. Note pédagogique. Aubervilliers : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé ; 2022. 37 p. (Collection Fnes)

⁴²⁰ La capitalisation des expériences en promotion de la santé <https://sfsp.fr/capitalisation>

⁴²¹ Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. ASTAIRE (Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des InteRventions en promotion de la santé).V2-2014.15 p.

de prévention de terrain agissant auprès des populations dans les territoires.

Ces équipes doivent être mieux intégrées aux équipes soignantes pour mettre en œuvre l'approche populationnelle. C'est un des enjeux de la mise en place des « Rendez-vous Prévention » aux trois âges de la vie (20-25, 40-45 et 60-65 ans) qui devrait être déclinée en articulation avec les dispositifs existants sur les territoires. La prévention médicalisée n'est pas seulement une prévention réalisée par les médecins, mais elle est aussi une prévention effectuée par les acteurs du soin et plus largement de la santé, métiers entre lesquels il faut organiser les délégations de tâches et les articulations nécessaires.

F. Mettre en cohérence les différentes stratégies et plans ayant pour cible l'action sur les déterminants de la santé

De nombreux plans ou stratégies sectoriels ont pour objectif d'agir sur un déterminant spécifique sans prendre en compte les effets induits potentiels sur d'autres déterminants ou sur les comportements des individus.

C'est pourquoi le HCSP propose de retenir comme axe d'action de la prochaine SNS le déploiement d'une politique systémique de prévention (objectif stratégique 4).

a) L'exemple du Plan « Priorité Prévention » ou plan national de santé publique

Un essai dans ce sens a été fait dans le cadre de la SNS 2018-2022 pour créer le plan national de santé publique (PNSP) qui avait pour objet d'intégrer les différentes stratégies et plans existants. Il faut noter aussi que ce plan était articulé en amont avec les ODD concernant la santé ce qu'avait noté le HCSP lors de l'évaluation de la cohérence du PNSP⁴²².

Les évaluations successives⁴²³ ont montré que le positionnement du plan « Priorité prévention » devrait être clarifié et formalisé par rapport aux autres plans, mesures et actions en santé. Par ailleurs la gouvernance interministérielle et le portage par le Premier ministre sont considérés comme déterminants pour assurer la mise en œuvre d'un plan intégrateur comme celui-là.

Enfin l'évaluation ex-post du PNSP⁴²⁴ a constitué le 3^e volet de l'évaluation menée par le HCSP. Elle a permis de constater que le PNSP ne semble pas s'accompagner d'un cadre structuré d'évaluation médico-économique et comprend des actions dont l'efficacité n'a pas été démontrée. Le suivi des financements est complexe du fait des différentes sources mobilisées et des méthodologies hétérogènes de comptabilisation des dépenses associées aux mesures du plan. Le HCSP a donc proposé plusieurs recommandations, dont celle de confier à une institution légitime la responsabilité du recensement des financements relatifs à la prévention et la conduite de travaux de modélisation de l'impact des politiques publiques de prévention. Il propose également de prévoir, dès la rédaction des plans et / ou programmes de santé publique, la structuration d'un cadre évaluatif et les ressources nécessaires à sa conduite.

Il insiste aussi sur la nécessité de développer une culture commune de prévention et de

⁴²² Évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique.

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=708>

⁴²³ Avis et rapport sur l'évaluation in itinere du Plan national de santé publique.

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=930>

⁴²⁴ Évaluation ex-post du Plan national de santé publique.

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1194>

promotion de la santé, proposition reprise dans le rapport sur la santé publique⁴²⁵.

b) Des plans à intégrer dans une stratégie globale

Plusieurs stratégies ont été engagées récemment pour lutter contre des déterminants spécifiques. On peut citer la réflexion engagée à la suite de la feuille de route de lutte contre l'obésité⁴²⁶, la stratégie sport-santé⁴²⁷, le programme national de lutte contre le tabac 2018-2022⁴²⁸ et les toxicomanies⁴²⁹, le plan national santé environnement 4 (PNSE4), mais aussi le plan de lutte contre la pauvreté, etc.

Ces plans et stratégies ont pour caractéristiques de proposer des actions spécifiques mais sans faire référence à un cadre logique commun qui permettrait d'assurer une cohérence à l'ensemble des actions entreprises (cohérence interne et externe) et une lisibilité et une compréhension pour les populations concernées.

c) Trois exemples : le plan de lutte contre l'obésité, la stratégie sport-santé et le plan national de lutte contre le tabac

➤ Le plan de lutte contre l'obésité

La feuille de route pour la prise en charge de l'obésité pour la période 2019-2022, a posé un cadre d'action global afin de mieux informer et orienter les personnes en situation d'obésité, de davantage coordonner les interventions des professionnels de santé autour du patient et d'assurer une prise en charge globale du patient sur tout le territoire.

Dans la continuité des priorités et mesures figurant dans cette feuille de route, une mission est chargée faire des propositions pour mieux prévenir et prendre en charge cette pathologie, autour de six chantiers prioritaires :

- La prévention et la lutte contre l'obésité infantile (repérage, pratique de l'activité physique, prise en charge précoce dans le cadre de parcours de soin coordonnés) ;
- La prévention et la prise en charge de l'obésité pour les adultes, notamment les patients précaires (accès aux traitements existants, efficacité des traitements, inscription dans des parcours de soin pour cette pathologie et les autres susceptibles de survenir) ;
- L'amélioration de la prise en charge de l'obésité à travers une offre de soins graduée et structurée aux services des soins de proximité ;
- Le développement de la recherche contre l'obésité ;
- La formation des professionnels afin de répondre à la hausse des besoins au sein de la population ;
- La prévention et la prise en charge de l'obésité dans les outre-mer.

La lettre de mission ne fait pas référence au PNSP, ni à la SNS.

➤ La stratégie nationale Sports Santé

La stratégie nationale Sports-santé 2019-2024 a pour objectif d'améliorer l'état de santé de

⁴²⁵ Dessiner la santé publique de demain. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

⁴²⁶ Lancement par M. François Braun et M. Jean-Christophe Combe d'une mission sur la prévention et la prise en charge de l'obésité <https://solidarites.gouv.fr/lancement-par-m-francois-braun-et-m-jean-christophe-combe-dune-mission-sur-la-prevention-et-la>

⁴²⁷ Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>

⁴²⁸ Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>

⁴²⁹ [Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 - 2022 \(drogues.gouv.fr\)](https://drogues.gouv.fr)

la population en favorisant l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie. Notamment, elle a comme ambition de lutter contre les maladies chroniques.

Cette stratégie a été inscrite explicitement dans le PNSP « Priorité Prévention » et s'articule autour de 4 axes :

- La promotion de la santé et du bien-être par l'activité physique et sportive
- Le développement et le recours à l'activité physique adaptée à visée thérapeutique
- La protection de la santé des sportifs et le renforcement de la sécurité des pratiquants
- Le renforcement et la diffusion des connaissances.

➤ Le plan national de lutte contre le tabac

Le plan national de lutte contre le tabac 2018-2022 a lui aussi été inclus dans le PNSP dont il constitue un élément important. Il fixe des objectifs ambitieux :

- D'ici 2020, abaisser à moins de 24 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75ans.
- D'ici 2022, abaisser à moins de 22 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans.
- D'ici 2022, abaisser à moins de 20 % la part des fumeurs quotidiens chez les adolescents de 17 ans.
- D'ici 2027, abaisser à moins de 16 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans, soit cinq millions de fumeurs en moins par rapport à 2017.
- D'ici 2032, que les enfants nés depuis 2014 deviennent la première génération d'adultes non-fumeurs (< 5% de fumeurs).

d) La nécessité de conduire une politique systémique et cohérente de prévention

L'analyse des trois stratégies ou plans exposés rapidement ci-dessus montre qu'une partie des actions est commune aux trois plans alors que certaines autres sont spécifiques. Ainsi, il est probable que le niveau de littératie joue un rôle important ainsi que les interactions avec les conditions socio-économiques qui, elles, sont abordées dans le plan de lutte contre la pauvreté défini en 2018 et qui comprend 35 mesures regroupées en cinq grandes thématiques (petite enfance et éducation, santé, accompagnement formation emploi, logement, droits sociaux), thématiques qui sont autant de déterminants de la santé^{430 431}.

Par ailleurs, les déterminants commerciaux de la santé jouent un rôle majeur dans le comportement des populations en modifiant la norme sociale. Pour l'obésité par exemple, la réticence des pays européens à mieux informer les populations avec un outil simple comme le Nutriscore alors que cette information est essentielle^{432 433 434} face à un risque dont la croissance vient d'être rappelée récemment⁴³⁵ et dont les conséquences en termes de santé

⁴³⁰ Stratégie contre la pauvreté. <https://www.gouvernement.fr/action/strategie-contre-la-pauvrete>

⁴³¹ Stratégie de lutte contre la pauvreté : un état de sa mise en œuvre. <https://www.vie-publique.fr/en-bref/285957-strategie-de-lutte-contre-la-pauvrete-un-etat-de-sa-mise-en-oeuvre>

⁴³² Révision des repères alimentaires pour les enfants de 0-36 mois et 3-17 ans <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=924>

⁴³³ Avis relatif aux objectifs quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022 <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=648>

⁴³⁴ Révision des repères alimentaires pour les femmes enceintes et allaitantes <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1165>

⁴³⁵ Fontbonne, A.; Currie, A.; Tounian, P.; Picot, M.-C.; Foulatier, O.; Nedelcu, M.; Nocca, D. Prevalence

des populations sont connues. Il faut remarquer que les déterminants commerciaux de la santé, les modes d'action pour mieux les contrôler et les réactions mises en place par les industriels sont les mêmes pour les risques les plus prégnants sur la santé de la population : tabac, alcool, nutrition. Seuls les stupéfiants, du fait du caractère illégal du marché et l'activité physique, du fait qu'il s'agit du développement d'une activité et non de la réduction d'un risque lié à une activité, échappent à ce constat.

Ainsi, les politiques de réduction des risques doivent être développées autour d'un corpus commun de mesures générales et complétées par des mesures spécifiques au risque ou à l'environnement dans lequel il se développe.

6. Anticiper les impacts sur la santé des modifications des environnements dont le changement climatique

Le changement climatique va modifier de façon importante les modes de vie dans les années qui viennent. Un des enjeux de la prochaine SNS est donc la modification du système de santé à l'aune du changement climatique et de la prise en compte des déterminants environnementaux.

Le HCSP a contribué à la réflexion de la prise en compte des déterminants environnementaux à travers de nombreux rapports établis à la demande des ministères en charge de la santé et de l'environnement^{436 437 438 439 440 441 442 443}. De la même façon, le HCSP a été impliqué dans l'évaluation des plans santé environnement. Il ressort de ces expertises que les risques environnementaux pour la santé sont mieux identifiés, mieux pris en charge mais qu'ils devraient peser de plus en plus dans la période de changement climatique actuel^{444 445 446}

of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité". *J. Clin. Med.* 2023, 12, 925. <https://doi.org/10.3390/jcm12030925>

⁴³⁶ Gestion des risques sanitaires liés aux pesticides et métabolites de pesticides dans les eaux destinées à la consommation humaine

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1174>

⁴³⁷ Évaluation globale des Plans nationaux santé – environnement (2004-2019)

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1223>

⁴³⁸ Évaluation globale des Plans nationaux santé – environnement (2004-2019)

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1223>

⁴³⁹ Algues vertes sur le littoral et sulfure d'hydrogène dans l'air

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1152>

⁴⁴⁰ Messages comportementaux en lien avec la qualité de l'air

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1120>

⁴⁴¹ Protection des populations par l'iode stable en cas d'accident nucléaire

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1082>

⁴⁴² Maîtrise du risque associé à la présence de plomb dans l'environnement extérieur

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=986>

⁴⁴³ Rapport relatif aux indicateurs composites en santé-environnement

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=993>

⁴⁴⁴ Gestion des situations d'exposition aux épisodes de canicule extrême recommandations générales

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1085>

⁴⁴⁵ Qualité de l'air intérieur : valeurs repères pour le trichloroéthylène

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=900>

⁴⁴⁶ Guide pour l'élaboration d'une liste de mesures de prévention individuelles et collectives visant à limiter l'exposition des populations riveraines des sites et sols pollués

A. Agir sur les déterminants de la santé environnementale

Pour prendre en compte ces déterminants environnementaux dans les évolutions du système de santé français engagées par la SNS, le HCSP propose plusieurs recommandations complémentaires à celles émises dans le chapitre « opérationnaliser le concept de « *Health in all policies* » :

- Inscrire l'environnement comme un des déterminants majeurs de la santé à prendre en compte dans l'élaboration de toutes les politiques publiques ;
- Renforcer les capacités et pratiques d'évaluation des impacts et des risques de l'environnement sur la santé humaine, afin d'évaluer les politiques et mesures de santé publique, et de comparer systématiquement les différents scénarios d'action. Ces approches seront d'autant plus utiles en situation de fortes incertitudes et de manque d'information, pour aider à mieux anticiper les crises et mieux mettre en évidence l'intérêt de la prévention ;
- Prendre en compte, dans une approche « *One Health* », la connaissance de l'ensemble des facteurs environnementaux (physiques, chimiques, biologiques), les

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=990>

⁴⁴⁷ Le Domiscore, caractérisation d'un habitat selon son impact sur la santé. Consultation publique sur le « Domiscore », outil de caractérisation d'un habitat selon ses effets sur la santé et le bien-être de ses habitants <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=852772>

⁴⁴⁸ Recommandations sanitaires associées aux index UV (complément)
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=887>

⁴⁴⁹ Avis relatif au projet d'instruction pesticides et métabolites dans les eaux destinées à la consommation humaine <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=991>

⁴⁵⁰ Avis relatif au projet de décret portant adaptation du code de la santé publique au règlement dit « CLP » - classification et étiquetage des produits chimiques
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1131>

⁴⁵¹ Recommandations sanitaires associées aux index UV
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=723>

⁴⁵² Grand débat national « Notre environnement, notre santé »
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=707>

⁴⁵³ Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=729>

⁴⁵⁴ Valeurs repères d'aide à la gestion de la qualité de l'air intérieur
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=724>

⁴⁵⁵ Appui du HCSP à l'élaboration de la deuxième Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=698>

⁴⁵⁶ Avis relatif à un projet d'indicateur global de la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=704>

⁴⁵⁷ -EMA. Innovation in medicines [Internet]. European Medicines Agency. 2021 [cited 2022 Nov 28]. Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/research-development/innovation-medicines>

⁴⁵⁸ Heads of Medicines Agencies: EU-Innovation Network (EU-IN) [Internet]. [cited 2022 Nov 28]. - Available from: <https://www.hma.eu/about-hma/working-groups/eu-innovation-network-eu-in.html>

⁴⁵⁹ Impacts sanitaires de l'usage éventuel d'eaux non conventionnelles en remplacement d'eau destinée à la consommation humaine
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1198>

facteurs psycho-sociaux, socio-économiques, professionnels, comportementaux..., (exposome), de leurs interactions et de leurs fluctuations au cours du temps et des territoires concernés, pour mieux gérer les risques sur la santé ;

- Orienter les travaux sur les questions de priorisation des actions et d'allocation des efforts, face à la multiplication actuelle des risques. Les actions de prévention en santé environnementale devraient systématiquement s'appuyer sur des analyses rationnelles et structurées de priorités, mises en débat puis affichées ;
- Renforcer la capacité d'agir par la sensibilisation et la formation des professionnels de santé et d'autres professionnels (urbanistes, économistes, ingénieurs, architectes...) à la notion d'exposome et aux conséquences des différents facteurs d'expositions et de les inciter à dialoguer et à échanger (cf. « Développer et soutenir sur 10 ans une recherche en santé publique et sur les systèmes de santé ») ;
- Promouvoir le développement de nouveaux métiers en relation avec la prévention en santé-environnement et la promotion d'un environnement favorable à la santé ;
- Développer la promotion de la santé intégrant les facteurs environnementaux auprès des collectivités et de la population en encourageant particulièrement les approches co-bénéfiques afin de faire converger des objectifs d'ordre sanitaires, environnementaux, sociaux et économiques.

B. Protéger les populations de l'exposition chronique aux produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux)

L'exposition au cours de toute une vie à divers médicaments ou dispositifs médicaux peut avoir à long terme des conséquences encore mal connues sur la santé. Cette exposition est notamment liée aux rejets directs ou aux produits de dégradation des produits de santé, médicaments mais aussi dispositifs médicaux, dans l'environnement par les organismes traités (humains ou animaux).

Cinq actions permettraient de mieux prendre ce risque en considération :

- Étudier l'impact des expositions aux produits de santé au cours de la vie au travers d'études plus systématiques de l'exposome (méthodes de haut-débit)⁴⁶⁰.
- Étudier l'impact sur l'environnement et la santé des populations des rejets et produits de dégradation des produits de santé dans les milieux naturels⁴⁶¹.
- Étudier les conséquences des crises environnementales sur les besoins en produits de santé.
- Diminuer les rejets et la pollution associés aux produits de santé (ex. réutilisation des dispositifs médicaux, éco-packaging, allongement des durées de conservation des médicaments pour éviter le gaspillage dû aux péremptions très courtes, etc.)
- Éviter le gaspillage de produits de santé non utilisés, permettre un engagement environnemental plus responsable par tous les acteurs.

C. Maitriser les doses en imagerie

L'imagerie médicale est en France, comme dans la plupart des pays occidentaux (source rapport UNSCEAR 2000, volume 1, p. 401), la première source des expositions artificielles

⁴⁶⁰ Pristner M, Warth B. Drug-Exposome Interactions: The Next Frontier in Precision Medicine. Trends in Pharmacological Sciences. 2020 Dec;41(12):994-1005.

⁴⁶¹ Wilkinson JL, Boxall ABA, Kolpin DW, Leung KMY, Lai RWS, Galbán-Malagón C, et al. Pharmaceutical pollution of the world's rivers. Proc Natl Acad Sci USA. 2022 Feb 22;119(8):e2113947119.

de la population aux rayonnements ionisants après l'irradiation naturelle. Cette exposition progresse en effet depuis une trentaine d'années.

L'enjeu est toutefois d'éviter les examens qui ne sont pas vraiment nécessaires ou sans réel bénéfice pour les patients, et dont le résultat est susceptible d'être obtenu par d'autres techniques disponibles non irradiantes.

L'étude sur la cohorte « Enfant Scanner »⁴⁶², portant sur 100 000 enfants exposés au scanner en France dans 23 services de radiologie pédiatrique sur la période 2000-2010, réalisée en partenariat avec la SFIPP a mis en évidence une augmentation significative du risque de tumeur cérébrale et du risque de leucémie en fonction de la dose reçue, respectivement au niveau de la tête et de la moelle osseuse.

Cette maîtrise des doses passe par une meilleure application des principes de justification et d'optimisation des actes.

Il conviendrait d'aller plus loin en généralisant la mise en place de l'outil DACS (*Dose Archiving and Communication System*) dans les services n'en étant pas encore pourvus. Ce dispositif permet l'enregistrement des doses ainsi que des analyses statistiques sur les données dosimétriques facilitant l'optimisation des doses délivrées pour chaque type d'acte médical mettant en œuvre des rayonnements ionisants.

Par ailleurs, il est essentiel que la population puisse avoir accès aux techniques d'imagerie n'exposant pas les personnes aux rayonnements ionisants lorsque celles-ci sont à privilégier en 1^{ère} intention, telles que l'IRM et l'échographie y compris dans un contexte d'urgence.

De même, les techniques les moins irradiantes doivent pouvoir être proposées.

Des compétences devront être mobilisées, au-delà de la sphère de la santé, afin d'établir une stratégie nationale de santé qui prend en ligne de compte l'empreinte carbone.

7. Favoriser l'agilité et l'approche territoriale

A. Valoriser les changements de l'offre de soins et l'articulation public/privé intervenus pendant la crise

La crise sanitaire Covid-19, a révélé les forces et faiblesse de notre système de santé et de son organisation territoriale. En effet, les acteurs du secteur sanitaire ont apporté des moyens conséquents de recours pour la prise en charge de l'urgence, de l'hospitalisation et des soins intensifs. L'adaptation continue de l'offre de soins aigus, la mobilisation du premier recours médical, des pharmacies, des laboratoires, a conduit à une organisation au-delà des établissements publics de soins et des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Cette adaptation a notamment permis d'associer les médecins généralistes, les établissements de santé privés, mais aussi l'offre médico-sociale pour la prise en charge d'aval, et de mieux orchestrer une synergie de proximité. L'ampleur de la crise a mobilisé très rapidement les établissements privés, commerciaux ou d'intérêt collectif, au niveau des territoires qui associent un ou plusieurs GHT. La coordination croissante des acteurs au fur et à mesure de l'impact des vagues épidémiques successives a permis de déprogrammer toujours moins les activités extra-Covid alors même que le besoin en unités de soins intensifs Covid-19 ne

⁴⁶² Cohorte Française « Enfant Scanner ». La cohorte « Enfant Scanner » conduite par l'IRSN en France est une composante majeure du projet européen EPI-CT. Informations détaillées disponibles sur le site de l'IRSN : La Cohorte Enfant Scanner (irsn.fr) . (Childhood cancer risks estimates following CT scans: an update of the French CT cohort study | SpringerLink

cessait de croître. La réponse à la Covid-19 a été guidée par une épidémiologie fine, déclinée à l'échelon du territoire grâce à la mise en place d'une surveillance territoriale précise, avec un renouvellement des données au quotidien, permettant de mobiliser et structurer la réponse des professionnels au plus près du besoin des usagers.

Ces fortes mobilisations des acteurs de santé pendant les premières vagues Covid-19 ont perduré également au cours des mois suivants pour la mise en place de la vaccination, créant une vraie compréhension et une vraie dynamique de la prévention, cette fois encore sous forme d'une réponse quantitative proportionnée aux besoins réels définis par des données territorialisées renouvelées au fur et à mesure du développement de la campagne de vaccination. La co-construction territoriale de cette réponse, qui a associé les préfets, les élus et les représentations d'usagers a permis aux relations ville-établissement et établissement sanitaire-établissement médico-social de se renforcer également, mais également d'engager une réponse de toutes les politiques publiques au service de la santé.

B. Maintenir les apports du numérique dans les territoires

La technologie numérique a été largement en 1^{ère} ligne de ces actions, tout au long de la crise. Elle a même connu un puissant effet d'accélérateur à son déploiement et son utilisation, en soutien à une situation sanitaire inédite. Les outils numériques ont été essentiels dans leur capacité à mettre en relation, à renseigner et donc à guider les décisions :

- Les différents acteurs de soins réunis autour de visioconférences parfois quotidiennes ;
- La disponibilité de nombreux indicateurs épidémiologiques, de circulation du virus, de montée en puissance des besoins de place en hospitalisation conventionnelle ou en soins critiques, d'actions de vaccination, actualisés au jour le jour ;
- La possibilité offerte d'anticiper les besoins de santé et de préparer la réponse d'une offre de soins adaptée à ces besoins ;
- La gestion des médicaments sensibles, de matériels spécifiques (respirateurs), de ressources humaines spécialisées en soins critiques, soins ambulatoires, gériatrie ou dans le médico-social.

La technologie numérique s'est aussi imposée quand il a fallu agir différemment en raison des consignes successives de confinement/couvre-feu qui pouvaient inciter les plus fragiles à renoncer aux soins en recourant à la télé-médecine, au télésoin, à la télé-expertise au service de toutes les pathologies aiguës ou chroniques.

C. Reconnaître le territoire comme le lieu de mobilisation des acteurs

À titre d'exemple, en Hauts-de-France, les territoires d'animation en santé (TAS) et numérique (TAN) se sont organisés pour des raisons de capacité à répondre aux besoins de la crise, au-delà de la mobilisation des acteurs dont ceux ayant des moyens conséquents. Ces territoires sont le regroupement de territoires de proximité qui servent dans le projet régional de santé (PRS) de périmètre de dialogue et de partage de la réponse aux besoins de santé entre les secteurs composant les parcours (prévention, premier recours, second recours, médico-social).

Ces territoires de proximité sont la référence pour une partie des territoires qui déterminent l'offre de santé dans l'annexe opposable du PRS et pour les territoires du champ médico-social (personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes en difficultés spécifiques).

En corollaire, il convient de développer une connaissance fine de l'épidémiologie des

territoires : l'importance des populations à risque (sexe, âges, facteurs de risques comportementaux et environnementaux, ...), les populations à risques avérés (repérage précoce, dépistage, ...), les personnes atteintes de maladies chroniques, etc.

Face à ces besoins mieux identifiés, le territoire sera à même d'organiser finement l'offre de santé selon les professionnels en présence, avec le cas échéant la question de la répartition des tâches et leur délégation. Enfin, le territoire peut aussi développer une approche médico-économique évaluant les dépenses évitées grâce à des programmes de prévention adaptée (données probantes, capitalisation d'expériences, recherche interventionnelle, ...) et une meilleure prise en charge des patients.

Dans ce cadre d'une organisation des professionnels de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupent les professionnels (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes (organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile ...). Les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. Le bénéfice attendu est aussi une plus grande fluidité des réponses aux besoins de santé pour les personnes. Leur création s'inscrit dans l'ensemble des mesures du plan de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » qui vise à décloisonner et réorganiser le système de soins. Elles représentent le maillon essentiel d'une réussite d'une coordination ville-hôpital.

D. Articuler les Projets Régionaux de Santé (PRS) et les autres projets territoriaux avec la SNS

Le PRS a pour objectif d'actualiser les territoires d'action de l'ARS et de mieux intégrer la dimension de parcours. Le PRS doit être organisé dans un cadre d'orientation stratégique sur 10 ans, aligné sur la SNS, le schéma régional de santé (SRS) sur cinq années ainsi que le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). La dynamique territoriale est un outil pour la réalisation d'actions mobilisant les acteurs des territoires.

E. Définir une gouvernance territoriale de la santé

La dimension régionale de l'ARS est, dans la mesure du possible, une garantie d'équité territoriale dans le déploiement de politiques publiques. Elle est en cela essentielle. Elle vient en complémentarité de la diversité des périmètres d'intervention représentant également un atout important dans ce déploiement. Cette diversité permet en particulier de répondre au plus près des besoins des personnes concernées. Celle-ci est une force sous couvert d'une agilité, d'une souplesse organisationnelle et de fonctionnement interne. La gouvernance permet l'articulation entre les niveaux national, régional et chacun des territoires. L'ensemble de l'écosystème est mobilisé.

L'approche territoriale n'a pas vocation à supplanter la dimension départementale qui est d'abord politique et administrative mais le département ne peut pas constituer un territoire de projet unique en santé compte tenu de la diversité des problématiques de santé dans un même département. Aussi, l'articulation autonomie/soins doit pouvoir se mettre en place en tenant compte des besoins de la population et de la réalité de l'offre de soins sur les territoires pour assurer la médicalisation des structures d'EHPAD en lien avec la ville, cordonner et assurer le recours avec l'offre hospitalière et développer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

F. Fournir des tableaux de bord territoriaux

Les collectivités territoriales doivent disposer de tableaux de bord territoriaux avec des indicateurs descriptifs comportant des données de mortalité/morbidité, de recours et d'offre de soins par territoire, démographiques, de participation aux dépistages organisés et autorisations et seuils d'activité. Ces tableaux de bord sont le moyen de mettre en œuvre des politiques favorables à la santé à l'échelon territorial et de mobiliser sur des objectifs partagés les différents acteurs des différents secteurs.

G. Permettre la formation et l'accès à l'expertise des acteurs locaux

L'implication des collectivités territoriales dans les problématiques de santé des populations est essentielle pour mettre en œuvre le principe de « santé dans toutes les politiques » au plus près de ces populations.

Cela suppose de mettre en place des structures de santé publique qui permettent à ces collectivités d'accéder à l'expertise voire d'initier des programmes de recherche interventionnelle. Il est en effet nécessaire de favoriser le transfert des résultats de la recherche en santé publique vers les décideurs et les opérateurs, et de permettre de nourrir la recherche par les questionnements des opérateurs et des décideurs.

Des structures de transfert de la recherche vers l'aide à la décision et des décideurs vers les chercheurs (type Cerresp : Centre d'expertise et de recherche régional en santé publique) ont été proposées (rapport Chauvin⁴⁶³) et sont en réflexion dans certaines régions. Elles nécessitent d'être formalisées et d'être soutenues.

Le niveau régional doit permettre de renforcer les liens entre eux et de disposer d'une masse critique adaptée aux besoins dans ces domaines. La création d'Instituts régionaux de santé publique (IRSP) répond à ces objectifs. Ces instituts doivent offrir une offre de formation adaptée aux besoins et à destination des différents publics concernés dont les décideurs locaux.

Les démarches évaluatives portant notamment sur des interventions en santé publique pourraient également être développées dans ce cadre, en synergie et complémentarité avec l'élaboration d'un répertoire des actions probantes en santé publique, réalisée par SpF.

Les exemples internationaux, même si la structuration du système de santé est différente de la nôtre, montrent l'intérêt d'aller plus loin, qu'il s'agisse du Canada ou des États-Unis.

8. Mettre en œuvre un plan outre-mer

Même si les standards ne peuvent être comparables et si quelques initiatives remarquables ont été menées ou sont en cours et que des succès ont été obtenus, l'ambition doit rester nécessairement élevée. Il ressort de ce constat et des différents travaux menés que les objectifs identifiés dans les parties précédentes et les objectifs spécifiques aux départements ultramarins identifiés dans la SNS 2018-2022 restent d'actualité, doivent être poursuivis et même complétés par d'autres, avec une intensité d'effort supplémentaire eu égard à l'acuité et la persistance des problématiques dans ces territoires (Cf. [Une situation préoccupante en Outre-Mer](#)).

⁴⁶³ Dessiner la santé publique de demain. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

A. Rattraper le retard sur les indicateurs et les déterminants (objectif opérationnel à 10 ans)

De manière urgente, un véritable « Plan Marshall » et des mesures à la hauteur doivent être menées pour éviter une catastrophe sanitaire. Les territoires d'outre-mer ont besoin que les orientations déjà évoquées se concrétisent, que des réponses en termes de dispositifs et de capacité de prise en charge, d'accessibilité financière et d'offres de soins ambulatoire, hospitalière et médico-sociale soient apportées et que les investissements soient engagés en conséquence.

Des enjeux de santé thématiques qui persistent mais avec des différences selon les territoires ultramarins.

Les principaux enjeux thématiques de santé publique varient selon les territoires concernés et doivent être abordés. Les priorités de santé publique vont dépendre de l'état démographique, de la géographie, des conditions de vie et du niveau de précarité de chaque territoire d'Outre-mer, renforçant le besoin d'une approche territoriale de la santé publique. Sans les détailler, ces enjeux thématiques concernent notamment :

- L'amélioration de l'état de santé de la femme, du couple et de l'enfant dont la lutte contre les violences faites aux femmes (en raison de la surmortalité infantile ou périnatale).
- La prise en charge des maladies chroniques (diabète, obésité, hypertension artérielle, cancers, suite d'accidents vasculaires cérébraux) et du handicap afin de réduire le fardeau lié aux maladies chroniques et en anticipant le vieillissement de la population (notamment aux Antilles) et de manière générale la prévention en santé et la garantie d'une couverture vaccinale protectrice pour la population (en mobilisant si besoin la réserve sanitaire de Santé publique France).
- Les stratégies de prévention, de lutte contre les maladies zoonotiques et de gestion des flambées épidémiques (Chikungunya, Dengue, Zika, paludisme, trypanosomiase, etc.)
- La réduction et la gestion des risques liés à l'exposition des populations aux risques naturels et plus généralement environnementaux (habitat insalubre, renforcement de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement pour tous [Guyane, Mayotte, Wallis-et-Futuna], exposition de la population au chlordécone [Martinique et Guadeloupe], et de l'exposition au plomb et au mercure [Guyane], à l'amiante [Nouvelle-Calédonie]).

Auxquelles on peut ajouter :

- La promotion et la protection de la santé mentale en articulation avec les spécificités culturelles de la population dans ces territoires (de l'information et la sensibilisation au repérage et à la prise en charge dans le cadre d'une offre de soins graduée et territorialisée).
- La lutte contre les addictions par un renforcement des actions de repérage et de dépistage (addictions, souffrance psychique, etc.) dans le cadre d'une stratégie intersectorielle et de la stratégie interministérielle de mobilisation contre les addictions.
- La prévention et la préservation de la santé des jeunes.

Dans ce cas particulier, il s'agit de renforcer les ressources matérielles et humaines de la santé scolaire, d'engager les écoles et établissements dans la démarche d'« école promotrice de la santé », et de consolider la dynamique impulsée en réponse aux besoins du territoire. L'accent est à mettre sur les capacités à dépister et à suivre les besoins jugés prioritaires dans chaque département (intoxications, infections, handicaps ...), à pratiquer les

vaccinations, à mener des actions de lutte contre les violences et les addictions et à promouvoir l'hygiène individuelle et collective. L'articulation entre les différents organismes en charge de la prévention (Protection Maternelle et Infantile (PMI), Aide Sociale à l'Enfance ; etc.) peut être renforcée si besoin par des conventions pluriannuelles.

B. Créer les conditions pour une politique de santé adaptée

a) Un nécessaire renforcement de la gouvernance.

Des modalités de gouvernance adaptées doivent être mises en place, incluant des évaluations régulières. Il est possible d'envisager des dérogations aux dispositifs de droit commun pour soutenir l'accès et la qualité des soins dans ces territoires.

Le livre-bleu Outre-mer proposait la création d'un centre de ressource national, sous le pilotage de la DGS. Lieu d'échange et de co-construction autour des pratiques, et des difficultés et besoins partagés, il pourrait réunir les territoires ultramarins et se construire en lien avec les agences nationales de santé et de manière intersectorielle avec les directions de l'administration centrale (DGESCO, DGRI, DGS, DGOM, DGOS, DSS...), dans le cadre de protocoles de coopération et en vue de l'élaboration d'une feuille de route partagée.

- L'élaboration et le pilotage d'une feuille de route partagée et l'appui aux ARS, notamment pour ce qui est du renforcement de l'offre (structuration des filières et parcours de soins, santé et vie), de la structuration et de la priorisation des transferts et évacuations sanitaires au sein des territoires d'outre-mer et entre ces territoires et l'hexagone et du renforcement de l'attractivité de ces territoires pour les professionnels de santé et les équipes de direction.
- Le déploiement de missions d'appui d'une part pour identifier plus finement les problématiques et particularités de ces territoires, d'en saisir l'impact sur la santé et d'autre part pour intervenir de façon continue et réactive, en soutien aux ARS sur les missions le nécessitant.
- Le renforcement de la veille sanitaire et du cadre de réponse aux situations exceptionnelles (plan ORSAN, formation des professionnels de santé ...)
- L'élaboration et le renforcement d'un programme d'amélioration de la littératie et de développement des compétences psycho-sociales, et la production d'outils et de services adaptés aux territoires ultramarins.
- La mise en place et le pilotage d'une plateforme trans-institutionnelle de repérage, d'expérimentation et de déploiement des interventions pertinentes pour l'outre-mer, permettant notamment de garantir l'équité d'accès de la prévention aux soins palliatifs, ceci avec une stratégie commune et des moyens dédiés.
- Le pilotage d'un fonds dédié aux financements des actions de prévention en santé dans les outre-mer afin de financer les interventions pertinentes dans ces territoires.

b) Le renforcement de la lutte contre les inégalités

Si cet objectif a été affirmé à plusieurs reprises, il s'agit de mettre en œuvre des mesures créant les conditions d'une réelle lutte contre les inégalités de santé. Pour cela il apparaît nécessaire de :

- Mobiliser sur cet objectif l'ensemble des parties-prenantes dans le cadre d'une approche intersectorielle (et en particulier les services de l'État, les collectivités territoriales, les établissements scolaires, les caisses de sécurité sociale, la CAF, et les différents offreurs de soins concernés) afin de renforcer la coordination des actions sanitaires et sociales pour les plus précaires.
- Construire un dispositif partenarial de repérage des fragilités, d'orientation, d'accompagnement et de prise en charge de la population en situation de grande

précarité, notamment des jeunes.

- Réduire les risques épidémiques au sein des populations en situation illégale ou de très forte précarité par un meilleur accès aux soins, à l'eau et à l'assainissement dans les zones d'habitat informel (installation de bornes monétiques d'accès à l'eau de boisson et de latrines raccordées au réseau d'assainissement collectif).
- Encourager ou déployer des mesures et des approches d'accompagnement ciblant des groupes de population vulnérables ou identifiés comme présentant des besoins spécifiques et notamment :
 - o Un programme d'amélioration de la littératie et de développement des compétences psychosociales, vers les populations concernées, en commençant par les enfants en situation de vulnérabilité, mis en œuvre dans les lieux d'enseignements, d'accompagnement sanitaire, médico-social et social.
 - o Des approches par milieux de vie qui, en étant participatives, inclusives et s'intéressant à toutes les dimensions environnementales de ces milieux permettent d'être opérationnel en proposant un ancrage au plus proche des populations.
 - o De stratégies d'aller-vers pour intervenir au plus près des lieux de vie des populations les plus précaires et de type MECC (*'Making Every Contact Count'* Faire en sorte que chaque contact compte) mobilisant le cas échéant des acteurs en dehors du champ de la santé, en matière de prévention notamment. Ainsi, et même s'ils ne sont pas les seuls concernés, les publics en situation de (grande) précarité ou à l'écart du système de santé (isolement social, géographique, culturel) sont particulièrement à cibler par des approches spécifiques.
 - o La formation et le recours à des médiateurs en santé publique, prévention ou promotion de la santé, le cas échéant en ayant recours aux pairs. Il s'agit d'intervenants qui facilitent l'information, l'accès et le recours des patients aux soins et de l'ensemble de la population à la prévention au bon endroit et en temps opportun. Leur intervention peut être ciblée sur les personnes et les territoires les plus précaires.
- Assurer impérativement l'accès pour tous aux droits de santé, ce qui reste un enjeu majeur, que ce soit en matière de prévention, en matière de soin et pour garantir la continuité des soins lorsqu'il y a hospitalisation. Ceci vaut notamment pour la Guyane et Mayotte et nécessite de passer par l'octroi de dérogations ou une modification des dispositions régissant l'accès de Tous aux droits de santé (aide médicale d'État [AME], protection universelle maladie [PUMa] et effectivité de la CMU-C, exonérations de ticket modérateur...) et l'accès aux différents programmes nationaux dont ceux de l'Assurance Maladie; la promotion des programmes de santé spécifiques à destination des populations présentes illégalement sur le territoire, incluant le diagnostic, les soins, la prévention et l'éducation à la santé apparaissent de fait également nécessaires.

Ces actions de santé publique ne s'opposent pas à la maîtrise de l'immigration car elles ont leur logique propre.

- Réaffirmer les principes de la laïcité dans l'exercice des missions d'action sociale, de santé et d'éducation au sein du territoire ce qui peut concourir à la réduction des inégalités de santé sur chacun des territoires concernés d'autant qu'ils sont riches de groupes sociaux, de cultures et traditions variés, y compris en matière de spiritualités et de religions. Cela vaut notamment, mais non exclusivement, pour les domaines de l'éducation sur l'égalité des genres ou sur le respect absolu du corps des autres et, plus généralement pour les actions visant au renforcement des

compétences psychosociales.

- Renforcer les coopérations en vue d'optimiser l'offre de soins, de sécurité sanitaire, de gestion des flux migratoires dans le cadre des 5 programmes Inter-régionaux actuels des DROM [Mayotte, Saint-Martin, Océan indien, Caraïbes, Amazonie] :
 - o Soit avec les autres territoires d'outre-mer et l'Hexagone. Il s'agit d'encourager la complémentarité entre les territoires et d'impulser une synergie d'actions sur des sujets de préoccupation communs, quel que soit le domaine d'intervention (prévention, soins, recherche).
 - o Soit avec les pays ou états limitrophes (Canada pour Saint-Pierre et Miquelon, Suriname et Brésil pour la Guyane) en vue notamment de faire émerger, renforcer ou stabiliser une communauté de santé transfrontalière (réponse concrète permettant d'assurer la gestion de la file active de patients). Ceci doit s'appuyer sur un dispositif institutionnel souple, mais renforcé par les accords européens et internationaux, fluidifiant les parcours de soins et les prises en charge sociale, garantissant un accès à des soins de qualité, non discriminant à l'égard des populations d'origine étrangère ou en situation de précarité mais assurant un équilibre des charges supportées par les différentes parties.

c) Le renforcement de l'attractivité de ces territoires pour les patients et les professionnels de santé

Il s'agit en premier lieu d'inciter à l'installation durable des professionnels de santé en adaptant l'offre de formation initiale et continue et en promouvant des cursus professionnels de santé et du travail social répondant aux besoins de prévention et de soins de chaque territoire (des spécialités médicales aux médiateurs en santé publique, prévention ou promotion de la santé), le cas échéant dans le cadre d'un enseignement universitaire consolidé (pénurie d'étudiants de 3ème cycle relativement au nombre de stages proposés et aux capacités de formation des CHU). L'expérimentation et le déploiement de nouvelles répartitions de tâches entre professionnels de santé avec des exercices de « pratique avancée en santé » est également une solution. Les professionnels exerçant dans ces territoires pourraient bénéficier d'une formation complémentaire qualifiante ou diplômante qui les rendrait aptes à répondre à la diversité des besoins les plus courants en matière de soins et de prévention. Il est également possible d'encourager le recours aux conventions de partenariat entre centres hospitaliers ultramarins et hexagonaux pour faciliter les échanges professionnels ou de recourir à des contrats d'installation ou de mobilité spécifiques à l'outre-mer pour les professions de santé. Le recours conventionnel aux médecins étrangers dans le bassin concerné peut également constituer une réponse pertinente à l'insuffisante densité du maillage sanitaire des territoires mais ceci doit être encadré (exemple du recrutement de médecins hors UE en Guyane et à Saint-Pierre et Miquelon).

Il peut s'agir également d'intervenir sur l'ensemble des politiques publiques ayant un impact sur la santé de la population par exemple par le développement de la couverture numérique, le déploiement de la télémédecine au bénéfice de tous, le renforcement du partage sécurisé des données, l'utilisation de la e-santé ou de différents services numériques ou encore le renforcement de l'accès à la recherche et à l'innovation (partenariats public-privé, pôles de compétitivité et dimension européenne). La télémédecine est un enjeu majeur pour transformer le système sanitaire et améliorer l'accès aux soins.

d) Le renforcement de l'offre de soin

Il s'agit essentiellement de :

- Développer l'accès à des équipes de soins de proximité (offre, équipe mobile

et transports) et structurer les filières et parcours de vie, de soins et de santé, en vue de faciliter l'accès de tous à la santé. Une part des ultramarins sont éloignés géographiquement de l'offre locale de soins. Les évacuations sanitaires ont également des effets sur leurs conditions de prise en charge.

- Adapter, notamment en Guyane et à Mayotte, les dispositifs d'accès aux soins de santé et soutenir la montée en capacité des centres hospitaliers et des structures de santé (centres hospitaliers, dispensaires, centres/maisons de santé, Centres Délocalisés de Prévention et de Soins ...), le cas échéant dans un cadre dérogatoire, pour répondre aux besoins en matière de soins et de prévention au sein du territoire. Ces dispositifs déconcentrés doivent disposer de moyens adaptés à l'évolution des besoins de la population afin d'assurer des services de qualité.
- Soutenir la structuration de l'offre de soins et définir un nouveau modèle de financement pour les établissements ultramarins. Certains d'entre eux connaissent des déficits importants et ont un besoin récurrent d'assistance financière, du fait des files actives, d'investissements parfois lourds, d'une forte exposition aux crises sanitaires, de masses salariales conséquentes et manquant d'attractivité, avec des dialogues sociaux complexes et un « turnover » du personnel médical.

9. Repenser la gouvernance et le financement du système de santé

Si notre conception du système de santé évolue de manière importante, puisque son rôle et son poids économique ont fortement augmenté au cours des dernières décennies, il est légitime de réfléchir à une évolution de son financement pour permettre une adéquation (et des incitations) vis-à-vis des nouveaux objectifs (Cf. [La soutenabilité du système de santé remise en cause](#)).

Le financement du système de santé en France se caractérise d'une part par un tropisme persistant sur le système de soins, sous-dotant *de facto* le financement de nombreux programmes et dispositifs de prévention, et d'autre part un fondement des mécanismes d'allocations des ressources pour la rémunération des producteurs de soins trop dépendant de l'activité. Ces caractéristiques deviennent dans un contexte de ressources limitées et de besoins croissants de véritables handicaps susceptibles d'accroître significativement les fragilités de l'ensemble du système. Elles ne permettent par ailleurs pas de soutenir une évolution favorable du dispositif vers la prévention et la réduction des inégalités.

A. Faire évoluer les modes de financement

Des dispositions d'apparence relativement simples semblent possibles comme la traduction concrète de la prévention et de la lutte contre les inégalités dans les arbitrages explicites et transparents des allocations financières, avec des postes de dépenses dédiées au même titre que d'autres postes de dépenses de soins dans un ONDAM. Ces options, parmi d'autres, constituent toutefois des arbitrages importants d'allocation des ressources pour lesquelles un processus démocratique et éclairé doit être mis en place.

Les indicateurs de ROSP trouvent, eux, leur limite, par rapport à la prescription de certains éléments de suivi. Il en est de même des incitatifs à la qualité pour les hôpitaux, qui ont été dévoyés de leur objectif initial.

Par ailleurs, le modèle économique de la prise en charge du médicament pose question. Les modalités de coûts sont très particulières, non liées au prix de revient. Le problème dépasse le cadre national.

Il est donc nécessaire de créer un cadre réglementaire propre à la prise en charge des innovations dans certains domaines notamment de la prévention : forfaits de prise en charge de programmes multiprofessionnels associant la diététique, l'activité sportive en prévention primaire ou l'activité physique adaptée prescrite en prévention secondaire.

Le modèle de financement retenu doit prendre en compte les disparités entre les territoires et explorer la possibilité de développer une approche territorialisée en fonction des indicateurs de précarité, de développement humain, etc.

Enfin, en décentralisant la responsabilité de la santé des populations, les élus locaux pourraient pourtant trouver un autre positionnement, non pas nécessairement à travers le financement, mais du moins dans la coordination des acteurs.

B. Fixer un ONDAM pluriannuel

Pour pouvoir atteindre les objectifs à 10 ans fixés par la SNS, l'Ondam ne devrait pas être annuel, mais pluriannuel. Le travail des parlementaires pourrait même être réorganisé en deux temps :

- Au printemps, une analyse de l'utilisation de l'Ondam de l'année précédente pour déterminer si les objectifs intermédiaires ont été atteints. Le comité de suivi de la SNS pourrait ainsi faire une communication devant les parlementaires pour rendre compte de la progression de la SNS et des stratégies et plans sectoriels la déclinant.
- À la fin de l'année civile : identification des moyens qui permettent de répondre aux objectifs en s'appuyant sur le PLFSS et vote de l'Ondam.

S'il n'est pas possible de modifier la détermination annuelle de l'Ondam sans modifier la constitution, la loi organique sur les finances sociales⁴⁶⁴ prévoit de mettre en place une trajectoire pluriannuelle de l'Ondam qui permettra de justifier les écarts observés. Elle intègre aussi une loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale au printemps, mais cette dernière restera centrée uniquement sur la dimension financière.

C. Définir des prix et des bénéfices sociétaux

Concernant le choix de santé, le « rendement en santé d'un euro investi » suivant le champ dans lequel on l'investit peut-être une piste pour aider la prise de décision qui devrait être gérée à l'aide de scénarios similaires à ceux des lois de programmation dans d'autres secteurs. Cependant, il manque encore de nombreux outils, données et simulations pour y parvenir. Il serait néanmoins très intéressant de pouvoir proposer des niveaux d'Ondam différents pour définir des dépenses prioritaires et des objectifs atteignables.

Pour éclairer les arbitrages et les choix, il est nécessaire d'établir des argumentaires étayés et se doter d'outils adéquats de comparaison des investissements dans la santé en ayant une approche sociétale, et donc de définir des indicateurs de performance sociétale.

a) Adopter une analyse systématique du « retour sur investissement » des investissements en santé

L'analyse du retour sur investissement d'une intervention ou d'un investissement en santé suppose implicitement de considérer le point de vue du financeur, de l'investisseur. En santé, force est de constater que les dépenses sont largement socialisées, c'est-à-dire financées par la collectivité : en 2021, l'assurance maladie avec l'État et les collectivités locales

⁴⁶⁴ [LOI organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

financent ensemble 78,5 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), le reste étant du financement privé (12,6 % par les organismes complémentaires et 8,9 % par les ménages). Dans ce contexte, les arbitrages collectifs se substituent aux arbitrages individuels posant ainsi la question de la cohérence avec les choix individuels, des choix opérés pour tous, par les décideurs publics en charge de la répartition des ressources.

Le financement du système de santé doit inclure le financement du système de soins ainsi que tous les financements susceptibles de promouvoir la prévention et d'améliorer la santé des populations, de réduire les inégalités d'accès ou de recours. Dans le contexte d'évaluation d'investissement complexe ou d'intervention publique complexe, un critère de mesure d'efficacité économique ne peut être considéré comme suffisant. Au-delà même de la construction des mesures d'efficacité, c'est-à-dire qui rapportent l'efficacité aux ressources financières mobilisées, la prise en compte du point de vue sociétal suppose d'une part de prendre en considération les coûts d'opportunité et d'autre part les préférences des citoyens, usagers, malades, professionnels de santé, le cas échéant selon certains déterminants à l'origine des inégalités sociales de santé. Ces coûts d'opportunité font référence à la valeur sociétale dont se prive la collectivité qui voit des ressources financières investies dans un domaine particulier ou pour une intervention plutôt qu'une autre : « sur le plan éthique, il apparaît d'autant plus nécessaire de prendre en compte cette question au niveau collectif que le décideur public est supposé agir au nom des individus dans leur intérêt »⁴⁶⁵. La prise en compte des déterminants à l'origine des inégalités sociales et territoriales de santé permettrait également de cibler les interventions, politiques et financements et de mesurer l'impact, et les bénéfices selon des indicateurs spécifiques.

Le point de vue adopté pour ces analyses de « retour sur investissement en santé » doit donc bien être celui de la population qui peut être à une échelle territoriale particulière ou nationale interrogeant ainsi la rentabilité sociétale des investissements en santé.

b) Mobiliser les outils de l'évaluation économique et les enrichir

Estimer le retour sur investissement d'une intervention publique en santé correspond à monétiser l'ensemble des bénéfices associés à ce financement et de le rapporter à l'ensemble des coûts correspondant à la totalité des ressources mobilisées y compris la valorisation des coûts d'opportunité. *In fine*, il s'agit bien d'établir la valeur du bénéfice sociétal pour un 1 euro investi.

Si la théorie semble séduisante, les difficultés sont nombreuses. Les méthodes d'évaluation économiques appliquées à l'évaluation des politiques publiques peuvent être perçues comme un outil de modernisation du débat démocratique. L'évaluation économique peut en effet apporter des éléments de mesure et de rationalisation de l'action publique aussi longtemps que les objectifs visés ont été clairement fixés dans un cadre de valeurs stabilisées et partagées par un cercle élargi d'acteurs tels que les experts, les professionnels de santé, les associations d'usagers, et de malades, les élus locaux et plus largement les décideurs publics, l'assurance maladie, etc.⁴⁶⁶ Déjà en 2009, le constat était clair, « *le trop faible usage des méthodes de l'évaluation économique n'est pas sans poser de problème. L'accroissement prévisible de la contrainte financière, [...], et plus généralement l'explosion des demandes de toutes natures adressées au système de santé sont autant de facteurs qui rendent plus que jamais nécessaires l'instauration de processus d'arbitrage décisionnel à la fois rationnels et transparents* ».

Les méthodes de l'évaluation économique ont fait l'objet de très nombreux travaux,

⁴⁶⁵ Carrere MO, ADSP n° 69, 2009

⁴⁶⁶ Cases et al. ADSP n° 69, 2009

méthodologiques, empiriques et expérimentaux, de guide de bonne utilisation⁴⁶⁷. Les méthodes les plus couramment mobilisées, comme dans le cadre du *National Health Service* (NHS) anglais, restent celles centrées sur l'analyse de l'efficacité d'une stratégie et ou une politique rapportée au coût nécessaire pour sa mise en œuvre. L'efficacité est approchée par le gain potentiel de durée de vie pondérée par la qualité de vie, les coûts doivent être exhaustifs. Des critiques récurrentes restent débattues comme par exemple, le principe d'égalité puisqu'une année de vie en bonne santé gagnée (en général estimé en *Quality Adjusted Life Years, QALYs*) a donc la même « valeur » indépendamment des caractéristiques du bénéficiaire de la stratégie ou de la politique évaluée, impliquant donc une égale possibilité de bénéficier du financement associé.

Des approches variées issues de l'économie expérimentale visent à expliciter les préférences des citoyens, usagers, malades, professionnels de santé, etc. vis-à-vis des stratégies, des choix de politiques publiques, etc. Ces méthodes, c'est-à-dire notamment la méthode des choix discrets ou l'évaluation contingente s'appuient toutefois sur des fondements relativement similaires aux précédentes en comparant les bénéfices attendus aux coûts nécessaires, recherchant ainsi l'efficience.

Malgré les avancées et notamment les méthodes permettant la révélation des préférences individuelles, la valorisation des bénéfices demeure un exercice complexe, intégrant difficilement toutes les dimensions qui peuvent contribuer à mesurer la qualité, la souffrance, etc. De même, d'autres dimensions sont difficiles à intégrer comme la prise en compte de l'horizon temporel qui, dans les domaines comme la prévention par exemple, constitue un véritable enjeu, tant la prévention peut être vue comme un investissement à court, moyen ou même très long terme.

Si ces limites incitent à la prudence, elles renforcent la nécessité de poursuivre des travaux de recherche pour mobiliser ces méthodes dans un contexte d'analyses multicritères qui permettraient d'explicitier les choix de priorisations en intégrant plusieurs dimensions, plusieurs échelons territoriaux, plusieurs points de vue, etc. En effet, pour assurer la pérennité et l'acceptabilité des choix et des investissements en santé et particulièrement les éléments de priorisation, il convient de considérer dans les critères et analyses, les points de vue de l'ensemble des acteurs du système de santé, et de la société. Ainsi, ces méthodes constituent des outils au service d'une éthique des choix publics⁴⁶⁸ puisqu'elles permettent une priorisation visant à éviter au maximum « les pertes de chance » dans un objectif d'utilisation rationnelle des ressources collectives.

D. Définir un processus d'allocation explicite et équitable des ressources du système en associant la population

Compte tenu des évolutions rapides à la hausse des dépenses, des coûts des traitements, des besoins liés au vieillissement et à la complexité croissante des prises en charges requises, etc., les choix de priorisation deviennent un quasi devoir éthique. La programmation des enveloppes de postes de soins et de leur évolution pose naturellement la question de la recherche d'un large consensus autour des choix et des priorisations.

Cette question se pose bien au-delà de celles qui émergent sur l'allocation des ressources nécessaires pour les traitements très coûteux. En effet, ces arbitrages se jouent à de

⁴⁶⁷ Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/guide_methodologique_evaluation_economique_has_2020_vf.pdf

⁴⁶⁸ Carrère MO, ADSP n° 69, 2009

nombreux échelons de la décision publique, qu'il s'agisse d'un niveau territorial ou national. Pour ces questions, le CCNE préconise des arbitrages impliquant la population *via* des États généraux de la santé publique pour argumenter les choix ou les priorités. Ces lieux d'échanges, qui pourraient être territorialisés et inclure une accentuation de l'autonomisation des régions en matière de politique publique, entre tous les acteurs du système (professionnels, citoyens, usagers, financeurs publics et privés, industriels, etc.) pourraient conduire à des choix d'allocation des ressources dans les différents postes de dépenses incluant les politiques des conséquences directes sur la santé (logement, environnement, éducation, etc.) favorisant ainsi une réelle démocratie sanitaire dans la répartition des ressources. La ventilation de ces arbitrages en prenant en compte des objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé permettra d'adapter les politiques publiques dans un cadre de justice sociale et le cas échéant de territorialisation des approches.

10. Adapter le système d'information en santé

Le système d'information en santé (SIS) a montré à la fois son utilité et ses limites durant la récente crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Ainsi il apparaît paradoxal de constater qu'il a été nécessaire de construire un système d'information *ad hoc* pour suivre l'évolution de l'épidémie et les mesures associées alors qu'un système d'information est en place depuis plusieurs années. On peut citer entre autres, les données recueillies par la Cnam, celles recueillies par les établissements hospitaliers dans le cadre du PMSI ou les entrepôts de données de santé hospitaliers (EDSH) qui connaissent un développement rapide sur le territoire français.

Parallèlement, les pouvoirs publics ont essayé d'organiser l'accès à des données structurées pour permettre leur exploitation. Le Système National des données de Santé (SNDS) puis le *Health Data Hub* sont des essais pour améliorer l'accès à ces données et leur exploitation. La mise en place des EDSH en France a été soutenue par des financements nationaux et des plusieurs acteurs industriels spécialisés en données de santé. Parallèlement, il existe une implication croissante de l'Europe dans le champ des données de santé pour l'espace européen de données de santé.

La France est ainsi confrontée à un système d'information complexe composé de nombreuses entités indépendantes les unes des autres et ne communiquant qu'au prix de développements spécifiques et coûteux (approche multi-systèmes, chainage, etc.).

Les récentes évolutions réglementaires concernant la confidentialité des données (RGPD) et leur sûreté (cybersécurité) ont amené à reposer les conditions d'accès à ces données.

A. Développer les conditions d'un meilleur accès aux données de santé existantes

La connaissance de la situation sanitaire des populations à toutes les échelles est essentielle. L'un des outils de l'OMS, souvent très efficace, est ainsi le *benchmark* entre pays. D'autres pays utilisent cette comparaison à l'échelon territorial de façon à mieux guider les politiques locales (Grande-Bretagne). En France, il existe très peu de données de santé disponibles à l'échelle des territoires. Pour accompagner les évolutions nécessaires du système de santé, il est nécessaire de fournir aux territoires une information minimale relative à la situation sanitaire de leurs populations. À terme, ceci pourrait devenir une obligation de façon à impliquer les collectivités territoriales dans la mise en place de politiques de santé répondant aux besoins des populations.

B. Définir et mettre à disposition des indicateurs mesurables nationaux et territoriaux en donnant la priorité à des indicateurs positifs

Le pilotage du système de santé doit s'opérer sur la base d'indicateurs stabilisés dans le temps, quitte à infléchir légèrement la déclinaison opérationnelle en cas de nécessité. Du reste, cette évaluation doit être partagée avec les citoyens.

Les indicateurs de suivi ne doivent plus se limiter aux grands indicateurs stratégiques. Des indicateurs plus opérationnels qui reflèteraient plus l'action des pouvoirs publics s'appliqueraient à des domaines plus restreints et seraient donc disponibles plus rapidement. L'architecture avec différents niveaux de textes permet en effet de s'appuyer sur différents types d'indicateurs.

De nombreuses données médico-économiques sont disponibles en France, mais il manque un certain nombre de données médicales et des outils plus opérationnels permettant de les exploiter, comme le montre un récent travail de la HAS sur les entrepôts de données hospitalières⁴⁶⁹. Le financement des activités médicales pourrait être conditionné au recueil d'un certain nombre de données. Enfin, le soutien et l'appropriation de cette question par les patients est essentielle. « Mon Espace santé » permettra une meilleure prise en compte de ces sujets, même s'il ne résout pas la question des inégalités de santé. Ce sont bien les patients qui coordonneront leurs soins et qui feront levier sur cette question.

Le Service public d'information en santé (SPIS) est une avancée importante qui doit être soutenue dans le temps et qui est une orientation et une évolution importante de la stratégie de santé. Toutefois, il est nécessaire de mettre à disposition du SPIS l'accès aux données ouvertes plutôt que de multiplier les plateformes accessibles. L'*open data* apparaît comme un levier favorisant le débat public et la participation. Il apparaît aussi comme un moyen de valoriser les données scientifiquement établies et probantes.

C. - Renouveler l'approche à la donnée de santé

L'utilisation massive des données durant la crise sanitaire notamment par des citoyens extérieurs au système de santé, mais aussi les réticences constatées chez les citoyens pour autoriser les recueils et l'exploitation de leurs données conduisent à proposer de :

- Poursuivre les efforts engagés pour rendre accessibles rapidement, et au plus grand nombre, les données de santé.
- Favoriser l'interopérabilité des bases de données et permettre l'appariement des données hospitalières et données de vie réelle (indispensable à différents usages des données de santé).
- Utiliser les données de vie réelle en santé pour améliorer le système de santé (soutien à l'élaboration de décisions sur la base de données probantes).
- Améliorer l'intérêt de l'ensemble des acteurs du système de santé pour les thématiques liées à la confidentialité (RGPD) et à la sûreté (cybersécurité) des données de santé.
- Renforcer l'enseignement transversal concernant les questions autour de la production des données de santé, de leur utilisation (incluant les conditions d'utilisation), mais aussi la qualité de ces données (incluant la documentation des soins).
- Sensibiliser et rassurer la population française sur l'utilisation vertueuse de leurs

⁴⁶⁹ Entrepôts de données de santé hospitaliers en France
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3386123/fr/entrepots-de-donnees-de-sante-hospitaliers-en-france

données de santé (démontrer ce qui est mis en place pour assurer la sécurité et la confidentialité des données) et mieux communiquer sur les bénéfices individuels et collectifs du recueil et du traitement des données.

En matière d'observation, de science des données et d'évaluation :

- Renforcer l'observation, la surveillance et l'évaluation : étendre le dispositif des registres à d'autres pathologies (Cf. ci-dessous) pour permettre un recueil continu et exhaustif de données, pour améliorer la connaissance à des fins de recherche et de santé publique.
- Systématiser l'évaluation de l'impact en santé dans toutes les politiques publiques.

D. Faire évoluer les registres et bases de données populationnelles

De façon générale, les registres constituent un apport important et à ce jour insubstituable en santé publique et en recherche. Ils sont complémentaires à d'autres sources et d'autres approches. Toutefois, l'émergence de bases de données populationnelles ou de base de données de pratiques oblige à repenser le système d'information fondé sur ces outils pour prévoir son évolution à moyen terme.

En janvier 2019, le rapport de l'alliance Aviesan⁴⁷⁰ a posé les bases d'une « Réflexion stratégique concernant les registres de morbidité ». Il a notamment estimé que « malgré leur évidente utilité, le dispositif actuel des registres présente certaines limites, qui questionnent l'efficacité du modèle (rôles et missions des registres, exhaustivité du recueil des données, financement et politique RH). Par ailleurs, ce rapport a souligné l'absence d'une stratégie nationale, ou *a minima* d'une coordination entre registres, ainsi que le manque de visibilité et de lisibilité des comités et procédures d'évaluation déjà mises en place. Les auteurs de ce rapport recommandaient également de « Mettre en place une réflexion prospective et globale sur les outils, besoins et priorités. Dans le cadre de la mise en œuvre d'un pilotage national effectif, mener une réflexion sur les thématiques et/ou régions à couvrir en termes de registres, et sur les besoins éventuels qui pourraient exister en matière de registres ». Par ailleurs, avec le développement de nouveaux outils épidémiologiques et l'ouverture des données de santé (telle la Plateforme des données de santé - *Health Data Hub*), ces constatations conduisent à poser la question de leur utilité et de leur maintien, ou au contraire de l'extension géographique des registres existants et de l'élargissement du champ des maladies couvertes par la création de nouveaux registres

À la suite d'une saisine de la DGS, le HCSP a ainsi émis 54 recommandations déclinées en recommandations générales, recommandations sur la pertinence et l'utilité des registres, la détection des signaux faibles, leurs qualités techniques attendues, leur diffusion et valorisation, ainsi que sur leur évaluation. Il a aussi procédé à l'analyse des politiques nationales en matière de registres de 5 pays et un recensement des registres de pratiques en lien avec la Fédération des Spécialités médicales (FSM)⁴⁷¹.

Ces recommandations permettent ainsi d'engager l'évolution des registres existant pour compléter le système d'information en santé fondé sur les systèmes assurantiels, hospitaliers ou *ad hoc*.

⁴⁷⁰ Alliance Aviesan. Réflexion stratégique concernant les registres de morbidité – Rapport de l'alliance AVIESAN remis aux directeurs généraux de la Santé et de la Recherche et de l'Innovation. Janvier 2019.

⁴⁷¹ Registres et données de santé : Utilité et perspectives en santé publique
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1126>

Le HCSP a ainsi recommandé de :

- Réviser la définition d'un registre pour permettre son inscription à un répertoire national, en intégrant dans la définition les registres de pratiques ;
- Créer une structure nationale disposant d'un guichet unique pour la création ou l'accompagnement des registres, en la dotant des missions suivantes : pilotage, coordination, évaluation et labellisation des registres ;
- Créer un répertoire national de tous les registres qui répondent à la définition, quel que soit leur mode de financement, et labellisés par la structure nationale ;
- Positionner et favoriser le rôle des registres pour l'interprétation des signaux faibles ;
- Définir précisément et documenter un nombre limité de données à recueillir en adéquation avec les missions que chaque registre s'engage à remplir ;
- Favoriser l'interopérabilité entre les registres populationnels et les registres de pratiques mais également entre les données propres aux registres et les autres bases de données afin de diffuser et de valoriser les données des registres ;
- Organiser au sein de la structure nationale une mission en charge d'élaborer un référentiel d'évaluation complet et précis ;
- Améliorer la communication vis-à-vis des usagers du système de santé et les associer à la démarche d'évaluation des registres.

Le positionnement du *Health data hub*, à date, par rapport aux registres demeure assez flou. Aujourd'hui, le *Health data hub* a pour mission principale de constituer un catalogue de données accessibles sous conditions par des tiers selon des usages bien définis. Les compétences en matière de traitements de données, ou en matière juridique, qui se développent au sein du *Health data hub* pourraient profiter aux équipes de registres. Il n'en demeure pas moins qu'il existe un besoin net de mutualisation des infrastructures d'hébergement et de collecte des données des registres, pour en abaisser les coûts de maintenance, de mise en conformité avec les référentiels de sécurité et RGPD exigés. La mutualisation peut aussi avoir pour effet de favoriser l'interopérabilité, la meilleure réutilisation des données et le développement de bonnes pratiques partagées.

L'évolution du système d'information en santé constitue un enjeu majeur pour l'évolution du système de santé français. Il doit accompagner son évolution et sa transformation pour mieux répondre aux besoins de la population. Pour cela, les recommandations émises par les différentes instances sollicitées doivent être mises en œuvre pour assurer la cohérence et l'accessibilité des données tout en respectant les évolutions réglementaires dans ce domaine.

11. Développer et soutenir sur 10 ans une recherche en santé publique et sur les systèmes de santé

La recherche en santé publique doit être soutenue par un programme élaboré, financé et pérennisé à hauteur des enjeux du système de santé. Ce programme doit être inscrit dans une loi de programmation de santé publique, doté d'une gouvernance propre et d'un financement pluriannuel dédié et sanctuarisé, en vue :

- D'intensifier le développement de la recherche en santé publique comme cela a été fait avec succès dans d'autres champs (cancer, sida, maladies rares et/ou émergentes ...).
- De créer les conditions des synergies entre disciplines et équipes.
- De renforcer la transversalité et de répondre aux enjeux au-delà de la stricte santé humaine en s'inscrivant clairement dans une double logique de « *Global health* »

et de « *One health* ».

- De s'inscrire dans une logique d'efficacité économique et de nomenclature et de description des actes interventionnels en population, permettant de qualifier à terme les bénéfices quantifiés des efforts de prévention et de réorganisation du système de santé.
- De développer la recherche en soins primaires ou concernant les nouvelles pratiques médicales comme le développement du numérique ou de recherche (ex : recueil de données issues de la médecine de ville). Plusieurs axes apparaissent prioritaires pour ce faire, notamment constituer une base de données médico-administrative permettant des travaux de recherche observationnelle en soins primaires, et faciliter le repérage de patients potentiels dans les essais cliniques.

Il est ainsi nécessaire de soutenir la recherche interventionnelle mais aussi les études permettant le repérage des interventions probantes, la transférabilité et l'opérationnalisation des interventions. Il s'agit de permettre l'expérimentation et l'évaluation de l'impact sur la santé de mesures politiques et d'interventions portant sur des secteurs non sanitaires : éducation, soutien à la parentalité, emploi, cohésion sociale, logement, urbanisme, la sécurité sociale, etc.

De la même façon, les innovations thérapeutiques, organisationnelles et technologiques sont un moteur pour l'amélioration des soins et de la prévention. Cependant, ces innovations doivent être évaluées pour répondre aux besoins de santé des patients et faire la preuve de leur bénéfice en termes de santé publique. La réglementation doit être en mesure d'encadrer ces innovations de manière rigoureuse sans être un frein.

Le renforcement des capacités et le développement de l'expertise au sein des organismes de réglementation sont nécessaires pour faire face au nombre croissant de demandes d'autorisations de mise sur le marché dans le domaine de l'innovation.

La recherche en santé publique se confronte aux mêmes enjeux structurels que la recherche en général en France. Des investissements massifs sont nécessaires, comme la mise en place de dispositifs d'animation et de structuration plus forts. Enfin, la recherche interventionnelle reste un parent pauvre de la recherche alors qu'elle constitue un enjeu.

Il manque ainsi un véritable programme de recherche en santé publique, avec des financements dédiés, qui permettrait de développer des équipes de recherche et d'afficher les volontés réelles de faire changer les évaluations.

A. Encourager la recherche dans les domaines prioritaires en santé publique

Le développement et le soutien d'une recherche en santé publique couvrant plus particulièrement la sécurité sanitaire et la prévention sont indispensables pour que la France dispose d'une santé publique et d'une politique de santé à la hauteur des enjeux actuels, afin de faire évoluer par le haut un système de santé aujourd'hui à bout de souffle⁴⁷². Une recherche forte en santé publique doit éclairer la décision publique sur les actions à mener et les investissements à privilégier pour aller vers le nouveau système de santé dans lequel l'anticipation et la prévention sont des piliers majeurs. Cette recherche est actuellement éclatée, très nettement sous-financée et pilotée en différents pôles dont l'Inserm (qui

⁴⁷² Rapport final. Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques. Mars 2021. <https://www.vie-publique.fr/rapport/276679-gestion-de-crise-la-covid-19-et-anticipation-des-risques-pandemiques>

héberge l'IReSP et l'ANRS-MIE, l'Anses et l'ANR (qui tient compte de l'avis de l'Anses et de l'ITMO Santé publique dans l'élaboration de ses programmes).

L'accent à mettre sur la prévention nécessite un travail étroit entre les communautés scientifiques des professionnels de santé, des chercheurs en sciences sociales et économiques, mais aussi des chercheurs de la santé-environnement, santé-alimentation (santé globale ou « *Global Health* ») pour préparer le terrain et éclairer les priorités en matière de facteurs de risques (soit du fait de l'importance des dangers, soit du fait de l'importance et/ou d'une évolution rapide des expositions).

Cette recherche s'appuiera sur une meilleure synergie entre disciplines et équipes de recherche tout en intégrant dans les programmes de recherche les acteurs de terrain et les bénéficiaires finaux hors milieu universitaires et hospitalo-universitaires. Ainsi par exemple, les professionnels de santé (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, pharmaciens, éducateurs à la santé, ...), les chercheurs en sciences sociales et en économie, les chercheurs en santé-environnement, les acteurs des nouveaux métiers en santé publique, doivent être incités à participer et impliqués à des projets de recherche en santé publique.

Les dimensions « *One health* » mais aussi « *Global health* » et surtout « *Health in all policies* » (avec étude d'impact et de retour sur investissement) doivent être intégrées et additionnées au classique « *Health care system* » (système de soins de santé) (déjà fortement financé par le Programme hospitalier de recherche clinique [PHRC] depuis 1993) dans les programmes de recherche en santé publique et prévention.

Cette recherche en santé publique permettra de mieux anticiper les crises sanitaires, de mieux organiser la réponse, de mieux identifier les facteurs de risques des maladies, leurs interactions et leurs évolutions à mesure que se transforment les environnements et les modes de vie, de connaître les meilleures actions de prévention et les meilleures façons d'organiser l'offre de soins (en cohérence des PHRC) et médicosociale.

En retard de 30 ans sur le PHRC et la recherche dans le soin et sur l'interventionnel au niveau individuel, ce soutien à la recherche interventionnelle en population, en santé publique et en prévention, doit maintenant s'inscrire dans un cadre national à long terme, financé annuellement sur les dépenses d'assurance maladie, comme l'est le PHRC, dans la perspective de faire émerger une recherche d'excellence à 10 ans et capable de s'articuler avec les objectifs de SNS et une nouvelle culture de la prévention et de l'anticipation des risques en santé. Cette politique ambitieuse de recherche en santé publique et prévention devra également s'intégrer dans une démarche européenne et internationale, tant en *leadership* qu'en partenariat d'équipes internationales.

B. Organiser, gouverner et financer la recherche dans ces domaines prioritaires

L'organisation, la gouvernance et le financement de cette recherche en santé publique sont primordiales pour sa réussite. Son organisation pourrait être définie au sein d'un consortium réunissant les parties prenantes qui en assureraient sa gouvernance : ministère de la Santé et de la Prévention, ministère de l'Enseignement, de la recherche et de l'innovation (MESRI), ANR, IReSP, Inserm avec l'ITMO Santé publique, Anses.... Son financement pourrait être complété par un volet issu des crédits d'investissement (France 2030).

Une déclinaison et une organisation territoriales des programmes de recherche nationaux sont indispensables afin d'impliquer les chercheurs locaux hospitaliers et non hospitaliers dans des programmes de recherche communs, intégrant les dimensions sociales, environnementales, territoriales et les citoyens. Des programmes de recherche développant des outils méthodologiques des EIS et évaluant l'impact sur la santé, d'une part des

déterminants, des habitudes de vie et des systèmes et d'autres par de toutes les politiques (éducation, transport, urbanisme...) devront être priorités.

C. Favoriser la structuration des équipes de recherche autour d'un programme prioritaire de recherche sur la santé publique

Cette structuration pourrait être organisée sous l'égide d'un ou plusieurs instituts thématiques multi-organismes de l'Inserm, qui héberge la nouvelle ANRS – Maladies infectieuses émergentes (ANRS-MIE) et l'IReSP, en particulier l'ITMO Santé publique.

D. Développer la recherche sur l'exposome

Dans le cadre de la santé globale et de l'étude des déterminants de santé, les axes de recherche en santé environnementale doivent également être poursuivis et renforcés avec les parties prenantes (CEA, CNRS, Ineris, INRAE, Inserm, ...). En effet, l'individu est exposé à différents facteurs (chimiques, physiques, biologiques, psychosociaux) qui définissent son exposome en rapport avec ses modes de vie, son environnement propre et les systèmes dans lesquels il évolue tout au long de sa vie, y compris dans ses activités professionnelles. Si la notion d'exposome a été initialement proposée dans un contexte de santé publique, elle peut assez facilement être étendue à la santé de l'ensemble des organismes et des écosystèmes au travers du concept d'éco-exposome.

Les facteurs environnementaux (chimiques, physiques, psychosociaux) et comportementaux constituent la principale cause contrôlable des maladies chroniques. Aujourd'hui, plus de 23 000 substances chimiques sont utilisées en Europe. Pour la majorité d'entre elles, les effets sanitaires éventuels et mécanismes d'action sont mal connus. Toutefois les études de biosurveillance démontrent une contamination environnementale et humaine fréquente pour des centaines d'entre elles. La toxicologie et l'épidémiologie moléculaire prouvent que beaucoup de facteurs physico-chimiques, mais aussi des facteurs psychosociaux, peuvent déclencher des mécanismes biologiques (stress oxydant, inflammation, modifications de l'expression des gènes ...) impliqués dans les maladies chroniques. La caractérisation des effets sanitaires des expositions chimiques, physiques, psycho-sociales et des comportements est l'enjeu de la recherche sur l'exposome, dans lequel la France est deuxième en termes de publications internationales. Cette recherche génère des connaissances essentielles pour la société, l'industrie chimique et agro-alimentaire, l'urbanisme, la décision publique et la prévention visant à améliorer la santé des populations. Un programme structurant sur la thématique de l'exposome, qui a notamment été mentionné comme priorité du PNSE 4 devrait être lancé.

Ses objectifs spécifiques pourraient notamment permettre :

- 1) Du point de vue scientifique, de mieux caractériser l'ensemble de la chaîne causale allant des conditions sociales et lieux de vie aux expositions environnementales et comportements, jusqu'à leurs effets biologiques et sanitaires à tous les âges de la vie, isolés et combinés ;
- 2) Du point de vue structurel, de développer les infrastructures de caractérisation de l'exposome (grandes bases de données, modèles environnementaux, plateformes de caractérisation de l'exposome chimique), les infrastructures de soutien aux cohortes (France Cohortes), les cohortes prospectives (E3N, Constances, Agrican...) et leurs biobanques, les plateformes multi-stress ; de doter la France d'une recherche interventionnelle en population de pointe ; de maintenir et développer l'excellence de la recherche française dans le champ de l'exposome ;
- 3) Du point de vue de la santé publique, de quantifier l'impact sanitaire et économique de l'exposome sur la santé et les inégalités socio-territoriales de santé (approche du fardeau

de maladies, en lien avec les agences), de développer et évaluer des interventions de prévention efficaces, afin d'identifier celles qui pourraient être déployées à grande échelle.

Toutes les composantes de l'exposome (incluant les enjeux liés au changement climatique) devront être considérées. Les approches associeront les disciplines allant des sciences de l'environnement à l'(éco)toxicologie, l'épidémiologie, les biostatistiques, la bioinformatique, les SHS. Elles combineront expérimentation, modélisation et grandes études en population, dès la grossesse pour permettre, en association avec les grandes cohortes existantes, de couvrir tous les âges de la vie et les effets de nombreux facteurs concernant la population générale ou des sous-groupes.

L'identification des mécanismes d'action des substances, et de biomarqueurs d'effet (épigénétiques, d'inflammation, de perturbation endocrinienne...) permettra de conforter les liens de causalité, alors que les études sur la gouvernance et la recherche interventionnelle aideront à identifier les mesures de gestion les plus pertinentes, et ainsi de limiter les inégalités sociales de santé et de contribuer à rendre l'environnement plus propice à la santé.

Au niveau de la population, il pourrait être intéressant de profiter de la mise en place des « Rendez-vous prévention » à 20-25, 40-45 et 60-65 ans pour disposer d'échantillonnages itératifs. En effet, même si les données obtenues par les DREAL (Direction régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement) et les DRAAF (Direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt) en région sont de plus en plus précises quant à l'exposition aux agents environnementaux (pesticides, air, eau), la cartographie ne permet pas une caractérisation individuelle.

E. Développer et structurer la recherche sur changement climatique, santé et société

Le changement climatique constitue un défi planétaire complexe qui perturbe les équilibres et le fonctionnement de l'écosystème planétaire et menace de nombreux compartiments de l'environnement et des sociétés humaines. Du fait des conséquences globales attendues à court et long termes et des intérêts politiques et économiques majeurs en jeu, il est crucial que la science joue un rôle central dans l'identification des perturbations induites et des solutions à apporter à ce problème. Le changement climatique a et aura des impacts majeurs sur la santé et les inégalités sociales, *via* notamment i) la modification des températures, les événements climatiques extrêmes et la montée du niveau des océans, ii) la modification de la biodiversité, et notamment de la répartition de l'aire de vie des vecteurs de maladies infectieuses et iii) des perturbations sociétales.

Étant donné que les principaux secteurs émetteurs de gaz à effet de serre (transport, agriculture, production d'énergie) sont liés à des facteurs de risque majeurs pour la santé (activité physique, alimentation, exposition aux polluants atmosphériques...), de nombreuses stratégies de lutte contre le changement climatique pourraient avoir des co-bénéfices conséquents pour la santé, en permettant une augmentation de l'activité physique, une alimentation plus saine et une diminution des émissions de particules fines et autres produits de combustion des énergies fossiles. Ainsi, les mesures d'adaptation et la définition d'une trajectoire vers la neutralité carbone constituent une opportunité unique d'améliorer la santé publique, tout autant qu'un risque de la détériorer. Elles pourraient aussi contribuer à la réduction des inégalités sociales entre pays et dans chaque pays, en favorisant les solutions les plus équitables. Un enjeu majeur est donc que la question de la santé des populations soit placée au premier plan dans ce processus d'adaptation et de lutte contre le changement global, et que les trajectoires vers une société neutre en carbone soient définies en intégrant les thématiques de la santé et des inégalités sociales.

La recherche sur ces questions remet en cause le cloisonnement disciplinaire traditionnel, en imposant un continuum pluridisciplinaire allant des sciences du climat à l'écologie, l'épidémiologie et aux sciences économiques, politiques et sociales. Elle nécessite une approche couvrant toutes les échelles d'organisation (planète, région, ville et quartiers, population, individu, organe) et de temps (des effets à court terme des événements climatiques extrêmes à une projection à l'échelle du siècle).

Bien que doté d'une excellente expertise en sciences du climat et de l'environnement, économie et santé, la France ne dispose pas d'une recherche de pointe associant ces disciplines et ces échelles de façon étroite et dédiée aux recherches sur les liens entre changement global, société et santé. Il serait essentiel que cette recherche soit soutenue, tant sous la forme de projets de recherche qu'en favorisant l'émergence d'un petit nombre d'équipes ou centres de recherche interdisciplinaires de pointe, dans une logique de caractérisation des impacts du changement climatique sur santé, société et inégalités, que d'identification des trajectoires et stratégies d'adaptation et lutte contre le changement climatique permettant de préserver et améliorer la santé.

F. Développer les sciences participatives en santé

La crise du Covid-19 a été aussi une crise de la confiance envers les acteurs de la santé, et peut-être encore plus de la santé publique. Il convient de développer la recherche participative. L'objectif est de faire émerger des thématiques de recherche proches des préoccupations de la population. Le développement des « *community based research* » (recherche communautaire) qui visent à faire collaborer chercheurs et citoyens / bénéficiaires / patients (groupes communautaires le cas échéant) pour mettre en évidence et résoudre des problèmes qui les concernent sera privilégié.

La mise en place d'espaces de dialogues entre les chercheurs et les parties prenantes extérieures au monde de la recherche ainsi qu'une valorisation des missions de vulgarisation des chercheurs constituent des atouts pour y parvenir. Les associations et collectifs impliqués dans les recherches pour faire face aux rumeurs et *fake news* (infox) dans le cadre des travaux menés par le SPIS autour de la lutte contre la dé/mésinformation pourront être utilement mobilisés dans le cadre de ces démarches.

Ces démarches permettront de :

- Faire émerger des thématiques de recherche proches des préoccupations de la population et des décideurs.
- Renforcer la confiance des citoyens dans les résultats des recherches.
- Impliquer :
 - o Les citoyens / bénéficiaires / patients dans l'identification des axes de recherche, des thématiques, dans l'élaboration des méthodologies, dans la collecte et l'analyse des données de santé ainsi que dans l'évaluation,
 - o Les collectivités territoriales (élus et services) et les associations dans la définition des questions de recherche en santé publique et prévention ainsi qu'aux différentes étapes de construction des programmes de recherche et de leur déroulement.

G. Développer la recherche sur les données et la modélisation en santé

Sur les aspects sanitaires et économiques, la crise Covid-19 a été l'occasion de fortement exploiter les outils numériques en matière de modélisation, de traitement massif de données et d'exploitation des données des réseaux sociaux. Il importe donc d'anticiper et de préparer dès maintenant la gestion des prochaines crises majeures en soutenant des projets de

recherche autour du numérique et du traitement de données massives (ex. Programme et équipement prioritaire de recherche PEPR santé numérique et SANS).

Il apparaît nécessaire de poursuivre les échanges de personnels entre les agences sanitaires et les structures de recherche dans le cadre de projets mais aussi d'orienter la recherche en science des données, modélisation et en intelligence artificielle pour anticiper les crises sanitaires et préparer les outils de leur accompagnement.

Cette orientation doit être réalisée avec le concours notamment de SpF, du *Health Data Hub*, de la Cnam et de l'Institut national de recherche en informatique et en automatique (Inria), et des équipes de modélisation du milieu académique (Inserm, Institut Pasteur, universités) vers le repérage des signaux précoces et les signaux faibles d'émergence et de surveillance de crise et travailler à la construction d'indicateurs précoces d'alerte.

Ce mouvement doit être accompagné par un financement ciblé autour de projets innovants en matière de modélisation, de prospective et de traitement de données massives dans le champ de la santé publique et de la prévention.

H. Développer et organiser la recherche en santé publique dans chaque région

En s'appuyant le cas échéant sur les Centres d'expertise et de recherche régionaux en santé publique (Cerresp) existants :

- Fédérer les différents acteurs de la recherche en santé publique au sein d'un consortium ou d'une fédération de santé publique rassemblant les acteurs sur des projets communs.
- Repérer et soutenir le développement des équipes émergentes sur des thèmes innovants en santé publique et prévention.
- Évaluer les expérimentations locales dans une perspective de transfert de connaissance (autre territoire, autre thème) et de mise à l'échelle à travers un réseau national des structures régionales de recherche en santé publique et prévention⁴⁷³.
- Faciliter l'accompagnement des acteurs (ARS, collectivités ou associations) dans la mise en œuvre de leurs actions par la mise en place de guichets uniques.
- Produire sur la base de ces connaissances, au niveau régional/territorial, des outils de transfert de connaissances à l'usage des décideurs et des acteurs (notes d'orientation, etc.).

Une politique ambitieuse de développement de la recherche en santé publique et prévention doit être menée dans les régions. Elle doit être pensée au niveau régional en développant les synergies des équipes de recherche. Ce travail a été conduit en cancérologie ou en gériatrie par exemple grâce à la mise en place des cancéropôles⁴⁷⁴ ou gérontopôles aboutissant au renforcement de la recherche en oncologie et en gérontologie.

Ces organisations de niveau régional pourront émerger au programme national de recherche en santé publique, favorisant ainsi la structuration des acteurs et l'émergence d'équipes se mobilisant pour la recherche interventionnelle en population.

⁴⁷³ Rapport « Dessiner la santé publique de demain ». Mars 2022. Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr) <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/ dessiner-la-sante-publique-de-demain>

⁴⁷⁴ Rapport hcsp évaluation de 10 ans politique lutte contre le cancer [Évaluation de la politique de lutte contre le cancer \(hcsp.fr\)](#)

12. Se doter de compétences en prospective dans le champ de la santé

D'une recherche de certitude sur l'avenir (prévision), et en réponse à la complexité et aux incertitudes croissantes des sujets et des enjeux, la prospective a évolué vers une manière plus intégrée, complexe et diachronique (approche dynamique) de penser le futur.

Cette approche n'est pas toujours présente à l'esprit des décideurs car l'environnement et l'éducation ne permettent pas de penser facilement à des futurs différents. Penser à l'avenir nous oblige à perturber notre présent. Si l'on est mentalement essoufflé en permanence par la gestion du présent, il ne reste plus d'énergie pour imaginer l'avenir⁴⁷⁵.

a) Principes

L'avenir est un ensemble de possibilités, délimité par ce que nous pensons être impossible (limites de plausibilité) et par la difficulté d'estimer le degré de plausibilité d'un événement dans une période de V.U.C.A. Le terme V.U.C.A. fait référence aux quatre caractéristiques qui reflètent le monde selon une pensée militaire : Volatilité (En d'autres termes, tout change très vite et il faut constamment adapter son organisation) ; Incertitude (On ne sait pas de quoi sera fait l'avenir, il est difficile d'imaginer le long terme) ; Complexe (On reçoit beaucoup d'informations, la menace (ou la concurrence) peut venir de partout. Les situations sont difficiles à analyser) ; Ambiguës (Nous n'avons pas de schéma préétabli (les situations sont nouvelles) et l'enchaînement des causes et des effets n'est pas clair.... Il est difficile d'interpréter une situation). Il vise à décrire un monde dans lequel un certain nombre de fondements ont été ébranlés et dans lequel il existe désormais une certaine forme d'incertitude. En l'occurrence, elle vient du monde militaire et a été inspirée (aux Américains) par l'effondrement du bloc soviétique. Tout à coup, les agences gouvernementales américaines faisaient un saut dans l'inconnu. Leur ennemi de 40 ans était en train de s'effondrer. Qu'allaient-ils devoir gérer par la suite ? Puis le terme V.U.C.A., comme beaucoup d'autres termes militaires, a progressivement fait son chemin dans le monde de l'entreprise. Nous parlons maintenant de former des managers dans le monde du V.U.C.A. pour diriger une entreprise dans un environnement incertain. La volatilité altère la stabilité et bouleverse les habitudes, l'incertitude ne permet plus de prévoir ce qui va se passer et de contrôler les situations, la complexité rend difficile la compréhension et peut altérer la confiance en soi, voire l'estime de soi et l'ambiguïté remet en cause la logique et bouleverse les certitudes.

La prospective est une discipline qui permet de comprendre les forces à l'œuvre dans la construction de l'avenir. Résolument tournée vers l'action, elle vise à éclairer les choix du présent en explorant les futurs possibles. Fortement liée à la stratégie, elle permet de déterminer un futur souhaitable, une vision et de mettre en œuvre les moyens pour y parvenir. Son objectif est de résoudre les nouveaux problèmes, avant même qu'ils ne se posent, si possible, permettant ainsi de construire un monde meilleur. Sa méthode générale consiste à analyser, comprendre et produire les forces du changement. La prospective est à la fois exploratoire (des futurs possibles), normative (créer un futur choisi), quantitative (utiliser des données statistiques) et qualitative (utiliser des données d'enquête). La prospective ne prévoit pas, elle anticipe. L'anticipation n'est pas un but en soi mais une étape intermédiaire qui doit conduire à l'élaboration de leviers d'action. L'avenir dépend en partie des décisions que nous prenons ici et maintenant. Anticiper une catastrophe permet, sinon de l'éviter, du moins d'en limiter le coût humain, environnemental, sociétal, organisationnel et économique. Dans une dialectique du présent et du futur, le sujet qui anticipe agit sur l'objet anticipé.

⁴⁷⁵ Goux-Baudiment F. A Foresight Overarching Method: Looking for a Way to Bridge the Gap. *World Futures Review*. 2016;**8**:12-23. doi:10.1177/1946756715627372.

b) Les différentes approches

La prospective utilise différentes approches successives à titre d'exemple : 1) La méta-méthode "Comprendre-Anticiper-Proposer" a le mérite de la simplicité et la capacité d'intégrer tous les outils de la prospective française et étrangère⁴⁷⁶. Elle se compose de trois étapes cognitives distinctes : comprendre, anticiper et proposer une action. Chacune de ces étapes possède ses propres caractéristiques pour penser l'avenir et peut produire un type d'étude spécifique (comme un diagnostic pour la compréhension, un scénario pour l'anticipation, une analyse stratégique pour la proposition d'action). Mais c'est le processus intégré, dans sa globalité, qui donne son sens à la réflexion prospective ; 2) L'analyse morphologique, inventée par Fritz Zwicky au milieu des années 1940⁴⁷⁷, a ensuite été intégrée à la méthodologie des scénarios formalisée par Michel Godet⁴⁷⁸. Cette méthodologie permet d'explorer les futurs possibles d'un système, à partir de la combinaison d'hypothèses associées à ses variables ou composantes. La trame d'un scénario sera alors une combinaison d'hypothèses sur l'évolution des variables du système, chaque scénario représentant un jeu d'hypothèses différent. Cette méthode, par son approche systémique, permet de privilégier la puissance du récit de quelques scénarios, plutôt que de multiplier les scénarios, sans tomber dans une simplification excessive, comme la matrice à deux axes ou la trilogie habituelle scénario tendanciel-scénario positif-scénario négatif.

c) L'exemple de la crise COVID 19

Penser l'avenir pour anticiper les crises sanitaires à travers l'exemple de la pandémie Covid-19. Dans ce contexte, le *Scientific Advisory Group for Emergencies* (SAGE) du Royaume-Uni a publié en février 2022 des scénarios à moyen terme (12-18 mois) pour illustrer l'évolution possible de la pandémie de Covid-19 sur son territoire⁴⁷⁹. Les quatre scénarios proposés, positionnés sur une échelle " *Best - Optimistic - Pessimistic - Worst* ", sont construits exclusivement autour de l'évolution des composants du virus et de sa circulation. Tous les scénarios présentés fonctionnent sur une dynamique de vagues, différant par leur impact individuel.

En mars 2021, l'*International Science Council* (ISC), en partenariat avec l'OMS et la Stratégie internationale des Nations unies pour la prévention des catastrophes (UNDRR), a lancé un exercice visant à construire des scénarios sur 3 à 7 ans autour de la pandémie. Les résultats intermédiaires de ces travaux, présentés en octobre 2021 par Sir Peter Gluckman, prennent également la forme de trois scénarios positionnés sur une échelle "Best - Probable - Worst", mais prennent également en compte des facteurs de changement plus diversifiés tels que l'économie, la gouvernance, la géopolitique, le social, l'environnement et les sciences et

⁴⁷⁶ Goux-Baudiment F. "De l'attitude à l'action prospective : une méta-méthode " in Guyot Jean-Luc, Brunet Sébastien (Eds), [Constructing futures - Epistemological and methodological contributions to the foresight process], Namur : Presses Universitaires de Namur [Namur University Press], 2014, pp. 93-148.

⁴⁷⁷ Ritchey T. "Fritz Zwicky, 'Morphology' and Policy Analysis". General morphological analysis: A general method for non-quantified modeling. 16th EURO Conference on Operational Analysis. 1998, Brussels. Disponible sur https://www.academia.edu/715644/General_morphological_analysis_A_general_method_for_non_quantified_modeling (Consulté en décembre 2022).

⁴⁷⁸ Godet M. Foresight methodology, In *Futuribles*, November 1983, pp. 110-120. Disponible sur <https://www.futuribles.com/fr/revue/71/methode-des-scenarios/> (Consulté en décembre 2022).

⁴⁷⁹ Covid-19 Medium-Term Scenarios, *Scientific Advisory Group for Emergencies*, February 2022. Disponible sur https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1054323/S1513_Viral_Evolution_Scenarios.pdf (Consulté en décembre 2022)

technologies⁴⁸⁰. Une autre différence majeure est l'échelle de ces scénarios, qui est mondiale et non territoriale comme dans le cas de ceux produits par SAGE ou par le HCSP^{481,482,483}.

Après avoir proposé 4 objectifs stratégiques pour une SNS, le HCSP propose 12 leviers d'action permettant de mettre en œuvre une SNS qui s'inscrirait dans le temps long au-delà des échéances prise en compte habituellement par les différents acteurs.

Le premier d'eux repose dans la conception même de la SNS que le HCSP recommande être dans une perspective d'au moins 10 ans et proposant des objectifs stratégiques partagés par les acteurs du système de santé mais aussi par la population et mettant en œuvre des principes ayant démontré leur efficacité.

Il propose ensuite d'engager rapidement l'évolution du système de santé à court, moyen et long termes en commençant par déterminer quel système de santé répondrait le mieux aux besoins de santé de la population.

Pour atteindre cet objectif d'un système de santé adapté aux enjeux et aux attentes de la population à moyen terme, le HCSP propose plusieurs actions modes opératoires :

- Opérationnaliser le concept de « Santé dans toutes les politiques »
- Développer la participation des citoyens aux évolutions du système de santé
- Mettre en œuvre une politique de prévention intégrant les différentes approches
- Anticiper les impacts sur la santé des modifications des environnements
- Favoriser l'agilité et l'approche territoriale
- Repenser la gouvernance et le financement du système de santé
- Adapter le système d'information en santé
- Développer et soutenir sur 10 ans une recherche en santé publique

Par ailleurs, le HCSP considère qu'il est nécessaire de mettre un plan d'action « santé outre-mer » qui prenne en compte les écarts de santé qui existent entre ces territoires et la métropole.

Enfin, le HCSP propose que la France se dote de compétences en prospective dans le champ de la santé, quelle que soit l'organisation mise en place. Ces compétences sont indispensables pour répondre de façon raisonnée aux enjeux posés par les évolutions de certains déterminants de la santé.

⁴⁸⁰ Skegg D, Gluckman P, Boulton G, et al. [Future scenarios for the COVID-19 pandemic](#). Lancet. 2021;**397**:777-778.

⁴⁸¹ International Science Council, Covid-19 scenario, October 13, 2021. Disponible sur <https://council.science/wp-content/uploads/2020/06/Day-3.-Peter-Gluckman.pdf> (Consulté en décembre 2022).

⁴⁸² Lepelletier D, Souhard C, Chidiac C, Chauvin F, Mansour Z. [Syndemic analysis of the pandemic COVID-19 crisis: a multidisciplinary "Understand-Anticipate - Propose" meta-method](#). Arch Public Health. 2022;**80**:193.

⁴⁸³ High Council for public health (HCSP). Report on foresight and points of vigilance in times of health crisis. Disponible sur <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1236> (Consulté en décembre 2022).

IX. Perspectives

Le diagnostic de l'état de santé de la France porté par le HCSP est sévère. Sévère parce que nombre d'indicateurs se sont aggravés depuis le dernier rapport préparatoire proposé aux pouvoirs publics en 2017, sévère par ce que des problèmes qui n'avaient pas ou mal été identifiés en 2017 s'avèrent très prégnants en 2023, sévère enfin parce qu'un certain nombre de paramètres traduisent une accentuation de la désadaptation du système diagnostiqué en 2017. Ce que le HCSP appelle dans ce rapport « la crise des acteurs » est un phénomène marquant tant dans le système de soins que dans le système de santé publique ou le système médico-social. Pour le HCSP, il ne s'agit pas d'une crise conjoncturelle dont les solutions pourraient être trouvées et mises en œuvre secteur par secteur, mais le diagnostic est celui d'une crise systémique liée à un système qui n'a jamais été remis en cause depuis sa création mais adapté sans perspective d'ensemble.

Face à ce diagnostic, le HCSP propose de construire une SNS permettant de répondre aux besoins de la population française dans son intégralité mais aussi dans sa diversité et ce en réduisant les inégalités de santé dont la construction est maintenant mieux connue. Construite autour de 4 axes prioritaires et 12 actions permettant sa mise en œuvre, la proposition du HCSP pour la future SNS doit accompagner l'évolution du système de santé qui ne peut plus reposer sur le seul système de soins.

1. Le système de santé doit évoluer vers un nouveau modèle à 10 ans

Toutes ces réflexions sur l'anticipation et la prospective et les méthodologies attenantes sont probablement applicables pour penser un système de santé de demain. Le système de santé actuel construit il y a des décennies est à bout de souffle et ne suffit plus à gérer les situations de complexité qu'il génère⁴⁸⁴. La France est passée de 50 à 68 millions d'habitants, la population a vieilli⁴⁸⁵ et les Français vieillissent avec des comorbidités⁴⁸⁶ mais n'en meurent plus. Les inégalités sociales et territoriales de santé, l'accès aux soins⁴⁸⁷, la saturation des hôpitaux, l'organisation des soins et la prise en charge de la population non malade par des approches de prévention pour retarder l'entrée dans la maladie (et stimuler le bien être dans les différents lieux de vie et tout au long de la vie) représentent des enjeux majeurs pour le futur du système de santé. Pourraient être ajoutés à ces enjeux, la nécessaire mise en place des réseaux numériques territoriaux de santé, associés à un renouveau de la structuration de l'universitarisation de la santé (au travers de la formation et de la recherche) et enfin le financement du système de santé trop axé sur la production de soin et au détriment de la prévention.

⁴⁸⁴ France Stratégie. La protection sociale va-t-elle faire faillite). Disponible sur <https://www.strategie.gouv.fr/debats/revoir-video-vieillesse-protection-sociale-va-t-faire-faillite> (Consulté en janvier 2023).

⁴⁸⁵ INSEE. Bilan démographique 2022. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/accueil> (Consulté en janvier 2023).

⁴⁸⁶ DREES. État de santé de la population. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf> (Consulté en janvier 2023).

⁴⁸⁷ Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). Organisation des soins de proximité : Garantir à tous l'accès à des soins de qualité. Disponible sur https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_hcaam_organisation_soins_proximite.pdf (Consulté en janvier 2023).

2. Cette évolution doit être portée par une SNS

Le constat est partagé par tous les acteurs et experts que le HCSP a réunis ou auditionnés dans le cadre de ses travaux préparatoires à cette contribution pour une future SNS. Le HCSP pense qu'il est temps de penser à une évolution ou à une reconstruction de notre système de santé aux enjeux actuels et défis actuels et futurs. La nouvelle SNS doit porter cette ambition et s'inscrire dans un temps long pour donner une vision et un horizon à notre futur système de santé et engendrer une adhésion des acteurs et de la population⁴⁸⁸.

Cette SNS doit se comprendre comme un cadre stratégique guidant les politiques de santé dans les années futures. Compte tenu des enjeux et surtout de diagnostics successifs portés par le groupe des sages (mission Cordier en 2013 préparant la loi « d'amélioration de notre système de santé » de 2016), par le HCSP en 2017 et par le présent rapport, la nouvelle SNS doit s'inscrire dans le temps long permettant de définir des objectifs à moyen et long termes. Ainsi, le HCSP recommande que la future SNS soit construite pour une durée de 10 ans.

Si elle est un cadre stratégique, la SNS nécessite d'être déclinée par d'autres outils de programmation qui eux peuvent s'inscrire dans un temps plus court. Les PRS doivent ainsi réglementairement être des déclinaisons de la SNS en région. Le télescopage de l'élaboration de la SNS et des PRS, ainsi que le déroulement des CNR sur les mêmes problématiques amènent à être vigilant pour assurer la cohérence des différentes propositions. Cohérence interne pour éviter des propositions antagonistes entre les différents niveaux, mais aussi cohérence externe sachant que d'autres stratégies ou plans ne relevant pas directement du champ de la santé peuvent avoir des répercussions sur l'état de santé de la population. Il en va de même de certaines politiques de santé internationales et notamment européennes qui, au sortir de la crise sanitaire liée à la pandémie Covid-19 ont montré leur intérêt et qui devraient se renforcer.

3. Une SNS jouant pleinement son rôle de cadrage et de gouvernance

Les évaluations directes ou indirectes de la précédente SNS ont montré ses limites en tant qu'outil de cadrage des politiques de santé. En effet, des plans ou stratégies sectoriels ont été développés sans référence à ce cadre et sans liens établis entre les objectifs stratégiques de la SNS et les objectifs opérationnels des stratégies et plans sectoriels. Seul, le PNSP a fait un lien direct avec la SNS.

Par ailleurs, le PLFSS définit des actions ou des structurations par les dépenses engagées mais sans référence à une stratégie de santé qui aurait un caractère opposable ou qui aurait un pilotage propre.

C'est pourquoi, le HCSP propose de renforcer l'impact de la SNS en :

- Dotant la SNS d'une gouvernance propre, rendant compte de son avancement à un niveau interministériel et disposant d'évaluation réalisées *in itinere* permettant de réajuster les mesures ou d'identifier des manques pouvant être comblés par des stratégies ou plans sectoriels.
- En fixant des objectifs stratégiques pour le système de santé à court, moyen et long termes permettant de prioriser les mesures ou actions en fonction des objectifs retenus.

⁴⁸⁸ Conférence Nationale de Santé (CNS). La démocratie en santé : une urgence de santé publique. Disponible sur <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/avis-rapports-et-recommandations/mandature-2020-2025/article/la-democratie-en-sante-une-urgence-de-sante-publique-rapport-de-la-cns-du-06-04> (Consulté en janvier 2023).

- En réaffirmant les valeurs fondant le système de santé, valeurs qui doivent être partagées par la population.
- En rappelant les principes d'action comme l'universalisme proportionné et la réduction de la barrière du « dernier kilomètre », la Santé dans toutes les politiques et la territorialisation de la mise en œuvre.

4. Pour évoluer vers un système de santé répondant mieux aux besoins de la population

Le HCSP recommande le portage d'une telle vision, par une réflexion multidisciplinaire y compris de démocratie sanitaire, afin de proposer un futur système de santé, pensé pour répondre aux défis et enjeux qui sont devant nous et évoqués dans le présent rapport. Il s'agit notamment :

- De proposer des mesures afin d'assurer la soutenabilité (viabilité) du financement du système de santé⁴⁸⁹ ;
- D'investir dans la recherche en santé publique ;
- De développer davantage l'outil numérique et l'accès aux données massives de santé, y compris pour les usagers (données massives seules à même de renforcer la transparence des activités menées, la démocratie en santé et l'assurance de garantir l'utilisation des justes moyens pour le juste soin/la juste prévention) ;
- De développer des stratégies de prévention et promotion de la santé dans toutes les politiques (Santé environnementale, promotion de la santé, équité en santé) basées sur les déterminants en santé par une politique gouvernementale de prévention en santé⁴⁹⁰,⁴⁹¹ avec une dynamique territoriale⁴⁹² et évaluative⁴⁹³ ;
- D'intégrer les risques chimiques environnementaux dans tous les milieux pour développer les stratégies de prévention et promotion de la santé dans le cadre du changement climatique ;
- De réformer l'universitarisation des métiers de la santé par un large déploiement territorialisé de la formation, facilitant un effort centrifuge de reconquête des territoires les plus éloignés de la santé et de l'accès aux soins ;
- De repenser le système de soins par un élargissement des compétences et des missions de l'ensemble des professionnels de santé intégrant une approche éthique et sociale⁴⁹⁴ ;

⁴⁸⁹ France Stratégie. Soutenabilité ! Orchestrer et planifier l'action publique. Disponible sur <https://www.strategie.gouv.fr/publications/soutenabilites-orchestrer-planifier-laction-publique> (Consulté en janvier 2023).

⁴⁹⁰ Institut de santé publique du Québec. Santé dans toutes les politiques. Disponible sur <https://ccnpps-nchpp.ca/fr/sante-dans-toutes-les-politiques/> (Consulté en janvier 2023).

⁴⁹¹ Greer SL, Falkenbach M, Siciliani L, McKee M, Wismar M, Figueras J. From Health in All Policies to Health for All Policies. *Lancet Public Health* 2022 Aug;7(8):e718-e720. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00155-4.

⁴⁹² Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Évaluation des impact sur la santé sur les documents de planification territoriale. Disponible sur <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=640> (Consulté en janvier 2023).

⁴⁹³ International Association for Impact Assessment (IAIA). Disponible sur <https://www.iaia.org/> (Consulté en janvier 2023).

⁴⁹⁴ Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). Avis 140 « Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives ». Disponible sur <https://www.ccne-ethique.fr/> (Consulté en janvier 2023).

- Et enfin de contribuer à l'essor d'une Europe de la santé.

Cette réflexion doit être menée en considérant des systèmes de santé développés chez nos voisins, ce qui permettra son évolution dans un cadre européen et tenant compte des impacts du changement/rupture climatique.

La future SNS doit intégrer cette réflexion d'anticipation et de prospective relative à la reconstruction nécessaire de notre système de santé à un horizon de 10 à 15 ans.

X. Annexe 1 - Saisine conjointe du SGMAS et du DGS en date du 18 octobre 2022



Secrétariat général
Direction Générale de la Santé

Paris, le **18 OCT. 2022**

Monsieur le Président,

La stratégie nationale de santé (SNS) est prévue par la loi (article L 1411-1-1 du Code de la Santé Publique) et constitue le cadre de la politique nationale de santé en France. La SNS 2018/2022 a été adoptée officiellement par le Gouvernement fin décembre 2017 et arrive à échéance le 31 décembre 2022. Une nouvelle SNS doit être préparée pour couvrir la période du nouveau quinquennat (2023-2027). Elle devra tenir compte de l'évaluation de la précédente SNS réalisée par la DREES et des enseignements de la crise sanitaire. Elle traduira le programme présidentiel d'Emmanuel Macron qui a fixé trois objectifs majeurs dans le domaine de la santé : mettre en œuvre la révolution de la prévention, poursuivre les efforts pour la médecine de ville et l'hôpital et faire reculer les déserts médicaux. Son élaboration devra répondre aux aspirations à une démocratie en santé renforcée : au-delà des consultations obligatoires, un panel très large d'acteurs (associations, syndicats, élus ...) sera consulté et associé à son élaboration.

Dans cette perspective, une analyse des principaux problèmes de santé de la population, des déterminants de cet état de santé et des stratégies d'action envisageables est nécessaire pour appuyer la détermination des domaines d'action prioritaires et les objectifs pour les cinq années à venir. Nous souhaitons que le Haut Conseil réalise cette analyse d'ici fin janvier prochain. La SNS doit en effet être achevée dans un délai court, au plus tard mi-mars 2023, de manière à ce que les agences régionales de santé (ARS) puissent s'appuyer sur la SNS pour élaborer leurs projets régionaux de santé (PRS) dans les délais fixés par la réglementation.

Conformément aux dispositions de la charte de l'expertise sanitaire, vous pourrez préciser, en lien avec nos services, les objectifs et le calendrier de l'expertise qui vous est demandée.

Avec nos remerciements, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos considérations distinguées.

Le Secrétaire Général des Ministères Sociaux
Pierre Pribile

Le Directeur Général de la Santé
Jérôme Salomon

Monsieur Didier Lepelletier
Président du Haut Conseil de la Santé Publique

14, AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TÉLÉPHONE : 01 40 56 60 00

XI. Annexe 2 - Composition du groupe de travail

Franck CHAUVIN, PU-PH de santé publique, pilote.

Didier LEPELLETIER, Président du HCSP, copilote.

Membre du collège : Sylvia BENZAKEN

Membres des commissions spécialisées

- Commission spécialisée « Maladies infectieuses et maladies émergentes » : France ROBLOT.
- Commission spécialisée « Risques liés à l'environnement » : Laurence PAYRASTRE, Fabien SQUINAZI.
- Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » : Véronique GILLERON, Jean-Marie JANUEL, Matthieu SIBÉ.
- Commission spécialisée « Déterminants de santé et maladies non-transmissibles » : François EISINGER, Anne-Laurence LE FAOU, Isabelle MILLOT.
- Commission spécialisée « Santé des enfants et des jeunes / approche populationnelle » : Carine FRANC, Michèle GRANIER.

Membre externe au HCSP : Frédéric de BELS, Institut national du cancer (InCa).

SG-HCSP :

Jean-Michel AZANOWSKY, coordinateur

Daphné DESMORIAUX, stagiaire

Figen EKER

Ann PARIENTE-KHAYAT, Secrétaire générale du HCSP

Inès SARTORI, stagiaire

XII. Annexe 3- Personnalités auditionnées et contributions écrites

Auditions

- Marion ALBOUY, Présidente de la Société régionale de santé publique de Poitou Charentes, membre du CA de la Société française de santé publique
- Régis AUBRY, Président de la section technique, Comité consultatif national d'éthique (CCNE)
- Brigitte AUTRAN, Présidente du Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires (Covars)
- François BERDOUGO, Délégué général de la Société française de santé publique
- Yves CHARPAK, Administrateur d'Élus, santé publique & territoires
- Élisabeth FERY-LEMONNIER, Conseillère médicale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- Alexandra FOURCADE, Vice-présidente d'Élus, santé publique & territoires
- Nathalie FOURCADE, Secrétaire générale du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)
- Paul FRAPPÉ, Président du Collège de la médecine générale
- Mathilde GAINI, Adjointe au sous-directeur Observation de la santé et de l'assurance maladie, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)
- Christèle GAUTIER, Conseillère en charge des questions de santé publique au cabinet d'Agnès FIRMIN LE BODO, ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé
- Sylvain GAUTIER, membre du CA de la Société française de santé publique
- Catherine GRENIER, Directrice des assurés, Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)
- Pierre-Jean LANCRY, Président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)
- Thierry LEFRANCOIS, membre du CA du Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires (Covars)
- Dominique LE GULUDEC, Présidente du collège de la Haute Autorité de santé (HAS)
- Marie-Camille LENORMAND, secrétaire générale adjointe du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)
- Bruno LINA, membre du CA du Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires (Covars)
- Dominique MARTIN, Médecin conseil national, Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)
- Pascal MELIHAN-CHEININ, Secrétaire général de la Conférence nationale de santé (CNS)
- Martine PAPAIX-PUECH, présidente du conseil de surveillance en tant qu'adjointe au Maire de Kourou, Guyane, élue santé
- Emmanuel RUSCH, Président de la Conférence nationale de santé (CNS)
- Jérôme SALOMON, Directeur général de la santé (DGS)
- Véronique TRILLET-LENOIR, députée européenne

Contributions écrites

Des contributions écrites pour les priorités en termes de santé publique pour les années à venir ont été demandées à l'Agence de sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé (ANSM), l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN), l'Établissement français du sang (EFS).

Des contributions écrites ont aussi été demandées au Collège national des généralistes enseignants (CNGE), au Collège de Pharmacie d'Officine et de Pharmacie Hospitalière, au

Collectif "Pensons Patients", à la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), à la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), à la Fédération Nationale des Infirmiers, à Unicancer.

Geneviève Chêne au titre du comité des sages nommé par le Premier ministre pour la préparation de la SNS 2013-2017, a également été sollicitée, ainsi que Catherine Vidal, neurobiologiste, directrice de recherche honoraire à l'Institut Pasteur, membre du Comité d'Ethique de l'Inserm où elle co-dirige le groupe « Genre et Recherches en Santé », membre du Haut Conseil à l'Egalité, auteure du rapport 2020 intitulé : « Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique ».

XIII. Annexe 4- Personnalités rencontrées à l'occasion de deux temps de concertation sur les priorités de la future SNS

- Rémy BATAILLON, Directeur du développement et de la formation continue, Ecole des hautes études en santé publique, Rennes (EHESP)
- Thierry BRETON, Directeur général de l'Institut national du cancer (INCa)
- Norbert IFRAH, Président de l'Institut national du cancer (INCa)
- Marie-Anne JACQUET, Directrice par intérim, Santé publique-France (SpF)
- Laetitia HUIART, Directrice scientifique de Santé publique-France (SpF)
- Nicolas PRISSE, Président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)
- Rémy SLAMA, Directeur de l'institut thématique Santé publique
- Benoît VALLET, Directeur général de l'Agence Nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)

Rapport produit

Le 28 mars 2023

Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
www.hcsp.fr