



EXPERTISE EN SANTÉ

**Les travaux du HCSP
2011-2016**



EXPERTISE EN SANTÉ

**Les travaux du HCSP
2011-2016**

Coordonnées

14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP
Site : <http://www.hcsp.fr>
Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

Bureaux

10 place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon - 75015 Paris
1^{er} étage, accueil pièce 1061

Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté
Bus : 88, 91

Président

Roger Salamon

Vice-président

Franck Chauvin

Comex

Claudine Berr – Éric Caumes – Franck Chauvin – Christian Chidiac – Bruno Grandbastien – Viviane Kovess-Masfety – Zeina Mansour – Roger Salamon – Denis Zmirou-Navier

Membres de droit

Président du collège de la Haute Autorité de santé – Président de l'Autorité de sûreté nucléaire – Directeur général de l'offre de soins – Directeur général de la santé – Directeur général de la cohésion sociale – Directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie – Directeur de la Sécurité sociale – Directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques



SOMMAIRE

Éditorial

Le HCSP, une institution irremplaçable et respectée p. 7

Composition du HCSP : les différentes Commissions p. 8

Présentation du Haut Conseil de la santé publique p. 11

Commission Maladies chroniques

Diagnostic et prise en charge précoces : un objectif utile et réaliste pour de nombreuses maladies chroniques p. 12

Le patient au centre de l'éducation thérapeutique p. 16

Pas d'argument unique, précis et fiable pour déterminer l'âge d'un jeune étranger isolé p. 20

Commission Risques liés à l'environnement

Risques liés à l'environnement : un domaine au spectre large p. 22

Commission Sécurité des patients

Sécurité des patients : sur tous les fronts p. 25

—
Commission Prévention, éducation et promotion de la santé

**Cigarette électronique :
de l'usage récréatif à l'usage thérapeutique ?** p. 29

Crise économique et santé : privilégier le long terme p. 31

**Information sur la qualité nutritionnelle des aliments :
le système 5-C, choix du HCSP** p. 33

**Cohérence et lisibilité des dispositifs : pour une stratégie
nationale de la santé sexuelle et reproductive** p. 35

—
Commission Évaluation, stratégie et prospective

Pour une évaluation utile des politiques publiques de santé p. 37

**Dix ans de lutte contre le cancer :
un modèle à suivre et à corriger** p. 40

**Enseignements de l'évaluation du plan santé mentale
et du programme prévention suicide** p. 43

—
Commission Maladies transmissibles

**Maladies infectieuses émergentes :
l'intérêt d'un groupe pluridisciplinaire et réactif** p. 48

—
Glossaire p. 50



LE HCSP, UNE INSTITUTION irremplaçable et respectée

Créé par la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004, mis en place en 2007, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) reste une institution neuve et originale à plus d'un titre. D'abord par ses missions de conseil auprès des pouvoirs publics, tant sur les politiques de santé publique que sur la gestion des risques sanitaires (et non sur leur évaluation, qui relève de la compétence des agences sanitaires). Ensuite par son statut, ou plutôt par son absence de statut ! Ni agence sanitaire, ni direction ou service ministériel, le HCSP dépend de la Direction générale de la santé pour son budget et son fonctionnement administratif, mais il n'en est pas une émanation. Enfin et peut-être surtout, par sa composition. Tous ses membres et tous les experts qu'il sollicite sont entièrement bénévoles.

Cette particularité aurait pu être une faiblesse. Elle s'est révélée un immense avantage. Le bénévolat est un gage d'indépendance. Il mobilise des personnes impliquées quotidiennement dans le domaine dont ils ont à traiter, donc en prise directe avec sa réalité. Pour le dire simplement, elles savent de quoi elles parlent ! Il fait appel à des compétences très variées (médecins, économistes, psychologues, sociologues, etc.), offrant une approche large des problèmes à traiter. Il faut souligner l'extraordinaire implication de tous les experts engagés dans le travail du HCSP, que ce soit à titre permanent ou provisoire. Ils n'ont compté ni leur temps ni leur énergie pour se mettre au service de l'intérêt collectif, démontrant que, comme dans bien d'autres domaines, l'action citoyenne est bien vivante dans notre pays.

Le travail n'a pas manqué. De très nombreuses saisines ont porté sur les risques infectieux. Il fallait y répondre souvent dans des délais très courts. Celles concernant les problèmes liés à l'environnement ont été moins fréquentes, mais ont demandé un fort investissement en temps, du fait de la complexité des problématiques abordées. Enfin, l'indépendance du HCSP lui a permis de s'autosaisir sur des sujets qu'il estimait importants pour la santé de la population, que ce soit par exemple sur la vaccination ou plus récemment sur les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) créés par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016.

A sa création et pendant longtemps, le HCSP a dû faire reconnaître sa place dans le système de santé. Mais en dix ans d'existence, il est devenu une institution irremplaçable et respectée. Le lecteur comprendra pourquoi en lisant les comptes-rendus de quelques uns de ses très nombreux travaux contenus dans ce rapport. Personne ne peut aujourd'hui contester leur sérieux, leur pertinence et leur utilité. En toute immodestie, nous sommes très fiers du travail accompli.

Pr Roger Salamon,
Président du Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES CHRONIQUES

Présidente
Claudine Berr

Vice-président
Serge Briçon

Personnalités qualifiées

| | |
|---------------------|-------------------|
| Claudine Berr | Maria Melchior |
| François Boué | Elisabeth Monnet |
| Serge Briçon | Jacques Piant |
| Liana Euler-Ziegler | Claire Rondey |
| Hélène Grandjean | Michel Roussey |
| Pascale Grosclaude | Bernadette Satger |
| François Martin | Catherine Sermet |
| Jean-François Mathé | |

Membres de droit

Directeur général de la Haute Autorité de santé
Directeur général de l'Institut national du cancer
Directeur général de Santé publique France
Directeur général de l'Agence de la biomédecine

COMMISSION SPÉCIALISÉE SÉCURITÉ DES PATIENTS

Président
Bruno Grandbastien

Vice-président
Philippe Michel

Personnalités qualifiées

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| Pascal Astagneau | Jean François Gehanno |
| Yves Auroy | Bruno Grandbastien |
| Louis Bernard | Dominique Grimaud |
| Gabriel Birgand | Didier Lepelletier |
| Dominique Bonnet Zamponi | Philippe Michel |
| Frédérique Claudot | Marie Laure Pibarot |
| Rémy Collomp | Christian Rabaud |
| Pierre Czernichow | |

Membres de droit

Directeur général de la Haute Autorité de santé
Directeur général de Santé publique France
Directeur général de l'Établissement français du sang
Directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
Directeur général de l'Agence de la biomédecine

COMMISSION SPÉCIALISÉE RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT

Président
Denis Zmirou Navier

Vice-présidente
Francelyne Marano

Personnalités qualifiées

| | |
|------------------------|---------------------|
| Francis Allard | Francelyne Marano |
| Sandrine Blanchemanche | Laurent Martinon |
| Daniel Bley | Roland Masse |
| Jean Marc Brignon | Jacques Puch |
| Claude Casellas | Jean-Louis Roubaty |
| Philippe Hartemann | Jean Simos |
| Jean Noël Jouzel | Fabien Squinazi |
| Laurent Madec | Denis Zmirou-Navier |

Membres de droit

Directeur général de l'Institut national du cancer
Directeur général de Santé publique France
Directeur général de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
Directeur général de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

COMMISSION SPÉCIALISÉE PRÉVENTION, ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Président
Zeina Mansour

Vice-président
Didier Febvre

Personnalités qualifiées

| | |
|-----------------------|-------------------------------|
| Monique Allès | Jean Godard |
| Christian Ben Lakhdar | Virginie Halley des Fontaines |
| Eric Billaud | Serge Hercberg |
| Xavier Briffault | Thierry Lang |
| Pierre Chauvin | Zeina Mansour |
| Laure Com Ruelle | Marie Preau |
| Didier Febvre | |

Membres de droit

Directeur général de la Haute Autorité de santé
Directeur général de l'Institut national du cancer
Directeur général de Santé publique France

COMMISSION SPÉCIALISÉE ÉVALUATION, STRATÉGIE ET PROSPECTIVE

Présidente par intérim

Viviane Kovess-Masféty

Personnalités qualifiées

| | |
|----------------------------|-------------------------|
| Marie-Hélène Bouvier-Colle | Stéphane Le Bouler |
| Franck Chauvin | Alain Letourmy |
| Michel Cot | Bruno Maresca |
| Marcel Goldberg | Gwenn Menvielle |
| Daniel Kamelgam | Nora Moumjid |
| Viviane Kovess-Masféty | Jean-François Toussaint |
| Thierry Lavigne | Caroline Weill Giès |

Membres de droit

Directeur général de la Haute Autorité de santé
Directeur général de l'Institut national du cancer
Directeur général de Santé publique France
Directeur général de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

COMMISSION SPÉCIALISÉE MALADIES TRANSMISSIBLES

Président

Christian Chidiac

Vice-présidente

Céline Cazorla

Personnalités qualifiées

| | |
|-------------------|----------------------|
| Fabrice Carrat | Anne Marie Moulin |
| Céline Cazorla | François Puisieux |
| Fabrice Chandre | Christophe Rapp |
| Gérard Chéron | Pierre Tattevin |
| Christian Chidiac | Nathalie Van der Mee |
| François Dabis | Patrick Zylberman |
| Emmanuel Debost | |

Membres de droit

Directeur général de la Haute Autorité de santé
Directeur général de Santé publique France
Directeur général de l'Établissement français du sang
Directeur général de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
Directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

COMITÉ DES MALADIES LIÉES AUX VOYAGES ET DES MALADIES D'IMPORTATION

Président

Éric Caumes

Personnalités qualifiées

| | | | |
|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Thierry Ancelle | Éric Caumes | Laetitia Gambotti | Philippe Minodier |
| Daniel Camus | Florence Fouque | Catherine Goujon | Renaud Piarroux |

Membres de droit

Directeur des Français à l'étranger et des Étrangers en France
Directeur général de la santé
Directeur du tourisme
Directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
Directeur général de Santé publique France
Directeur central du Service de santé des armées
Responsables des centres nationaux de référence du paludisme
Responsable du Centre national de référence des arboviroses

PRÉSENTATION DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, le Haut Conseil de la santé publique est une instance d'expertise qui reprend en les élargissant les missions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et celles du Haut Comité de la santé publique, siégeant respectivement depuis 1848 et 1991.

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

Il peut être consulté par les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes du Parlement sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE PRÉCOCES :

un objectif utile et réaliste pour de nombreuses maladies chroniques



D'après un entretien réalisé avec [Liana Euler Ziegler](#),
Commission Maladies chroniques
Professeur de rhumatologie,
Faculté de médecine et CHU de Nice

En France, les maladies chroniques touchent plus de quinze millions de personnes. Or leur diagnostic et/ou leur prise en charge ne sont pas toujours effectués de façon précoce par rapport à l'apparition des premiers symptômes. Le Comité exécutif du HCSP a confié à la Commission spécialisée Maladies chroniques (CSMC) la mission d'établir un état des lieux de cette question de santé publique et de faire des propositions pour y répondre.

La CSMC a constitué un groupe de travail multidisciplinaire dont les membres étaient issus des différentes commissions du HCSP.

La réflexion s'est appuyée sur la collecte et l'analyse de très nombreuses données. La littérature nationale et internationale a été examinée. À l'audition d'experts isolés, le groupe a préféré demander une contribution argumentée, suivant un questionnaire commun, aux collèges professionnels, sociétés savantes et associations de patients, portant sur un panel de 22 maladies chroniques, somatiques et psychiques. Des auditions ciblées d'agences nationales ont été menées.

Le premier constat est le caractère relativement novateur de la démarche du HCSP. La période d'entrée dans une maladie chronique est moins connue, moins étudiée et concentre moins de données que ses formes évoluées. Il existe pourtant un accord de tous les contributeurs du rapport sur la pertinence de ce sujet.

Le second constat est que dans un certain nombre de maladies chroniques, il existe des données solides sur la fréquence et le retentissement péjoratif personnel et sociétal du retard au diagnostic et à la prise en charge adaptée des personnes qui entrent dans la maladie chronique. C'est le cas notamment de la polyarthrite rhumatoïde, des spondyloarthrites, de l'ostéoporose, du syndrome d'apnées du sommeil, des bronchopneumopathies chroniques obstructives, de l'insuffisance rénale, des troubles envahissants du comportement ou du développement, des troubles bipolaires, ... Cette liste n'est pas exhaustive et elle évolue avec les progrès de la médecine.

Pourtant, dans les cas où le bénéfice de la précocité d'un diagnostic et d'une prise en charge est effectivement prouvé, un certain nombre de personnes malades n'en bénéficient pas et en sont pénalisées.

L'intérêt d'une telle démarche s'évalue en fonction des bénéfices et des inconvénients pour le patient, son entourage et la société. Cette démarche est à réserver aux maladies chroniques où il existe un intérêt pour les patients en termes de diagnostic précoce.

Les situations sont très variables selon la maladie considérée et l'état des connaissances. Faire un diagnostic précoce est indispensable pour les maladies dont la prise en charge rapide modifie favorablement l'histoire naturelle. Elle est utile pour les maladies dont la prise en charge précoce n'influence pas ou peu le pronostic, mais peut faciliter l'adaptation du patient et de son entourage et permettre la mise en place d'un accompagnement et d'un mode de vie adaptés.

Il faut peser les inconvénients potentiels (anxiété, multiplication d'examens et de traitements inappropriés...).

Polyarthrite rhumatoïde : la prise en charge précoce est une urgence thérapeutique

La polyarthrite rhumatoïde est emblématique du premier cas. Pouvant survenir à n'importe quel âge, elle se caractérise par des atteintes et des douleurs de nombreuses articulations, avec une évolution destructrice potentiellement très sévère, conduisant à une qualité de vie très altérée quand elle n'est pas traitée ou l'est trop tardivement. Elle commence par une inflammation de la membrane tapissant les articulations (synovite inflammatoire). Pendant les douze premières semaines ("fenêtre d'opportunité"), une prise en charge appropriée est susceptible d'empêcher l'évolution de cette synovite, permettant bien plus facilement d'obtenir la rémission de la maladie, et de limiter l'incapacité fonctionnelle et l'atteinte de la structure articulaire, ainsi que les complications générales (surmortalité). Les recommandations européennes préconisent une consultation chez un rhumatologue au maximum six semaines après l'apparition des premiers symptômes. Or cette urgence thérapeutique est souvent prise en charge bien plus tardivement. Il s'agit d'une véritable perte de chance pour le patient : le retard ne se rattrape jamais.



Le dommage est aussi sociétal.

La polyarthrite rhumatoïde est une des rares maladies chroniques ayant fait l'objet d'une étude de coûts en fonction du moment où elle est prise en charge. Le retard à la mise en œuvre du traitement augmente les dépenses de soins comme les dépenses indirectes (arrêts-maladies, etc.)

Maladie d'Alzheimer : un véritable débat éthique

Il n'y a pas aujourd'hui de traitement curatif reconnu de la maladie d'Alzheimer. Aussi certains estiment qu'il est inutile et même nocif de délivrer le diagnostic à un patient qui peut s'en trouver considérablement angoissé. D'autres font valoir que cela lui permet au contraire de mettre en place une prise en charge globale (médicamenteuse, non médicamenteuse, sociale) d'autant plus bénéfique qu'elle est précoce. Ainsi le patient et son entourage peuvent prendre leurs dispositions pour l'avenir (organisation du quotidien, vie professionnelle, etc.) L'association France Alzheimer estime que toute personne exprimant une plainte (amnésique ou autre) doit avoir accès à un diagnostic précoce si elle le souhaite. La Haute Autorité de santé recommande qu'il soit envisagé dès les premiers symptômes et qu'il conduise à des explorations complémentaires et à une prise en charge adaptée.

Des freins multiples et intriqués

Trois types de facteurs expliquent le retard au diagnostic et à la prise en charge précoces : ceux liés aux patients, aux professionnels de santé et à notre système de santé.

L'expression d'une demande auprès d'un médecin et l'adhésion à un suivi thérapeutique varient selon l'âge, le sexe, la culture, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de ressources et le type de protection sociale. Il ne faut pas sous-estimer la méconnaissance ou le vécu négatif de certaines maladies par la population générale et certains médias. Le patient peut minimiser la gravité de ses symptômes par ignorance ou par crainte des conséquences du diagnostic, éventuellement encouragé par son entourage, ce qui aboutit à retarder le moment de sa première consultation ; il en est de même pour l'adhésion à la prise en charge et au suivi.



Un élément est crucial : la qualité de la relation entre le médecin et le patient.

La décision thérapeutique doit être partagée. Pour la polyarthrite rhumatoïde, l'implication active du patient est même la toute première recommandation de bonne pratique donnée par la Société française de rhumatologie.

Pour le médecin traitant, il n'est pas toujours facile de repérer ou d'interpréter les premiers symptômes, ce qui conduit à retarder la prescription d'examen complémentaires et l'orientation vers un spécialiste. La maladie d'Alzheimer au stade précoce est sous-diagnostiquée chez un malade sur deux, en particulier chez les personnes de plus de 80 ans, en raison de la confusion avec des troubles liés au vieillissement.

Certains facteurs de retard sont à attribuer au système de santé lui-même : difficultés d'accès pour des raisons financières, géographiques, par manque de disponibilité de professionnels, de consultants spécialisés et de plateaux techniques ou par méconnaissance des moyens de recours. La coordination entre professionnels est un élément favorisant la précocité de la prise en charge. C'est à ce moment que l'éducation thérapeutique du patient s'avérerait la plus utile. Mais les personnes qui en bénéficient sont encore peu nombreuses.

Faire savoir, savoir-faire, augmenter les connaissances


Le HCSP a formulé 13 recommandations organisées autour de 3 axes.

- Il est nécessaire de diffuser les connaissances sur l'intérêt démontré d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces pour un certain nombre de pathologies chroniques, aussi bien chez les professionnels que dans le grand public. Les professionnels doivent être incités à y penser tôt et agir tôt quand il faut, en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques. Les formations initiales et continues doivent souligner l'intérêt de la précocité. Il est intéressant d'y associer des patients et un éclairage pluriprofessionnel. Les patients doivent pouvoir bénéficier, dès l'entrée dans la maladie chronique, d'informations sur les bénéfices attendus d'une prise en charge précoce, ainsi que sur ses inconvénients éventuels. Les représentations sociétales doivent évoluer vers une meilleure reconnaissance et acceptation de ces maladies.
- Dans les situations où leur intérêt est reconnu, le diagnostic et la prise en charge précoces doivent être effectifs pour la personne malade, en agissant de façon convergente sur l'ensemble des déterminants, grâce notamment à la coordination de tous les professionnels impliqués, entre eux – une place privilégiée étant donnée au médecin traitant – et avec la personne malade. La qualité de l'annonce du diagnostic et du plan personnalisé de santé font partie intégrante des bonnes pratiques. L'accompagnement et l'éducation thérapeutique doivent être valorisés. Les inégalités sociales de santé et le renoncement aux soins doivent être combattus.
- La connaissance épidémiologique de l'évolution des pathologies chroniques doit se développer. L'amélioration de la qualité de la démarche de diagnostic précoce doit être inscrite dans les plans de santé publique qui portent sur des maladies où son intérêt est reconnu. Cette amélioration doit pouvoir être mesurée. Il est de la responsabilité des chercheurs de développer les indicateurs adéquats. Il faut évaluer les expériences de terrain et leur caractère éventuellement transposable.

Dans les situations où l'intérêt est reconnu, le diagnostic et la prise en charge précoces des personnes atteintes de maladies chroniques offrent un fort potentiel de progression du service rendu à la population.

L'ensemble de ces recommandations suppose une meilleure efficacité de notre système de santé et une bonne articulation entre les niveaux national et régional.

Les progrès seront fortement déterminés par des évolutions portant sur la rémunération du temps de concertation et de coordination entre professionnels, notamment par la forfaitisation de la prise en charge des maladies chroniques. L'accent doit être mis sur une meilleure fluidité des parcours entre soins et médico-social.



Le patient au centre de L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

D'après un entretien réalisé
avec [Claudine Berr](#),
Présidente de la Commission
Maladies chroniques

Un facteur pronostique majeur des conséquences des maladies chroniques est l'implication du patient dans son projet thérapeutique. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour but de la renforcer. À l'avant-garde des législations européennes, notre pays s'est doté d'une réglementation précise sur le sujet, amplifiée par la loi du 21 juillet 2009 dite HPST. La pratique de l'éducation thérapeutique du patient est fondée sur des programmes soumis à autorisation. En juin 2015, la Direction générale de la santé a saisi le HCSP pour identifier les freins et les leviers à son développement, notamment au regard des inégalités sociales de santé.

L'évaluation s'est fondée sur l'analyse des données existantes et sur une démarche fortement participative, notamment à travers un questionnaire envoyé aux agences régionales de santé (ARS), des auditions de représentants des parties prenantes et de trois journées, l'une régionale et les autres nationales, rassemblant de nombreux acteurs de l'ETP (promoteurs de programmes, patients et associations de patients, financeurs et pouvoirs publics).

Un cadre réglementaire contraignant

Le cadre réglementaire repose sur un cahier des charges national et des autorisations délivrées par les ARS. Il a permis de structurer et de faire évoluer l'éducation thérapeutique du patient, notamment en permettant d'identifier les difficultés à recruter et à retenir les patients dans les programmes. Mais il impose une démarche complexe, avec des conditions d'autorisation peu adaptées au fonctionnement des professionnels de ville, décourageant souvent leurs initiatives.

Le HCSP propose que le régime des autorisations soit assoupli, en définissant clairement où, quand, pour combien de temps et à qui elles doivent s'appliquer.

Un financement à modifier

Le financement de l'ETP est assuré par les agences régionales de santé et calculé par personne et par programme. Or, ces modalités de calcul ne semblent pas adaptées dans la mesure où les organisateurs sont contraints de déployer un programme complet indépendamment du nombre de participants, alors que les défections sont nombreuses. Elles ne permettent pas aux professionnels de santé de développer les compétences nécessaires, ni les outils pédagogiques adaptés aux populations visées.

Elles ne tiennent pas compte des dépenses structurelles du secteur ambulatoire (coordination et mise en place). Un grand nombre de programmes mis en place ont en fait régularisé des activités existantes, avec une offre d'éducation thérapeutique du patient aujourd'hui principalement hospitalière, même si elle ne valorise que l'activité ambulatoire. Enfin actuellement une autorisation de programme n'implique pas son financement.

Outre les ARS, l'Assurance maladie contribue au financement de l'ETP en développant ses propres programmes. Des acteurs du secteur privé (firmes pharmaceutiques, mutuelles, assurances...) sont également parties prenantes. Si cette diversité est riche de potentialités, elle mériterait d'être mieux coordonnée.



Le HCSP propose de réfléchir à des modalités souples de financement.

Par exemple, le diagnostic éducatif pourrait être financé en tant qu'acte séparé, pour déboucher sur un programme et un calendrier personnalisés. Les équipes pourraient être dotées d'un financement pour répondre aux besoins de coordination et de formation.

Un contenu insuffisamment axé sur les compétences psychosociales

Pour la personne malade, l'objectif est de savoir faire face et maîtriser sa maladie, de la penser et d'en être pleinement acteur. Il s'agit d'une démarche complexe nécessitant, outre les compétences d'auto-soins et de sécurité, l'acquisition et le renforcement de compétences psychosociales d'adaptation, à partir de ses capacités propres, de ses ancrages culturels et de ses comportements face à la maladie. L'ETP bute sur la difficulté à mettre en œuvre un contenu fondé à la fois sur les singularités de chaque patient et sur les recommandations de bonne pratique issues des connaissances scientifiques. Ainsi les patients qui participent aux programmes d'ETP sont souvent ceux qui disposent d'un certain capital social et culturel et qui en ont le moins besoin.

Les programmes ont été essentiellement conçus et mis en œuvre par des professionnels de santé, avec une faiblesse relative des effectifs des acteurs susceptibles de favoriser le développement des compétences psychosociales (par exemple assistant(e) social(e), psychologue, patient expert). Les dimensions biomédicales dominent largement leur contenu, au détriment d'une attention spécifique aux autres composantes. Des associations de patients et des patients-ressources ont joué un rôle important dans un certain nombre de programmes, mais leur mise en œuvre est disparate. Pourtant les ateliers permettant de gérer la douleur ou le stress (sophrologie, méditation, relaxation, thérapie cognitivo-comportementale, etc.) sont plébiscités par les patients.

Pour le HCSP, il faut favoriser au niveau régional, les programmes pluriprofessionnels promouvant l'acquisition de compétences psychosociales. Il faut encourager la participation des patients à la formation des professionnels, ainsi qu'à la réalisation des programmes par des interventions auprès des équipes éducatives et d'autres patients. Une attention particulière doit être accordée aux approches populationnelles (en fonction des situations socio-économiques, culturelles et écologiques), en s'appuyant sur les ressources locales (médiateurs, groupes de pairs, etc.)

Les ARS, animateurs légitimes de l'offre d'éducation thérapeutique du patient

L'offre d'éducation thérapeutique du patient ne couvre pas suffisamment les besoins quantitatifs et qualitatifs des personnes atteintes de maladie chronique. Inégalement répartie, elle est concentrée autour des pôles hospitaliers, limitant son accès aux patients qui y sont suivis et aux habitants des zones urbaines. Pourtant, les ARS ont été particulièrement dynamiques pour favoriser son développement et l'engagement des acteurs de terrain a été un atout important dans sa mise en place.

Pour le HCSP, le niveau régional est pertinent pour déployer et financer l'ETP. Les agences régionales de santé sont les animateurs légitimes d'un réseau régional visant à aider les acteurs à échanger leurs expériences, à partager des compétences, à mettre en commun des outils et à créer des ponts au niveau local entre et avec les acteurs. La mise en œuvre pourrait en être déléguée à une plateforme d'appui régionale, une unité transversale d'éducation thérapeutique, indépendante ou au sein d'une instance régionale compétente.

C'est au niveau régional que la question des inégalités de santé doit être déclinée. En particulier, il faut prêter une plus grande attention aux populations les plus vulnérables, en formant les acteurs à adapter leur discours, à développer des stratégies de communication, à proposer des documents d'information simples et à utiliser des supports imagés.

Les conférences régionales et territoriales de santé devraient être impliquées pour garantir la diversité de l'offre et le maillage de la région entre la ville et l'hôpital.

Le niveau national pour la promotion de l'éducation thérapeutique du patient

La multiplication des offres de formation des professionnels à l'éducation thérapeutique, aux contenus et aux tarifs variables, ne fait l'objet d'aucun contrôle qualité systématique. Ces formations pourraient faire l'objet d'une démarche de labellisation, après réflexion au niveau national sur la refonte de leur cahier des charges.

L'éducation thérapeutique du patient est peu connue de la population, des patients et de leur entourage, et même des professionnels de santé, dont beaucoup hésitent encore à la prescrire. Pourtant la plupart des patients qui ont participé à ces programmes en sont très satisfaits. Le niveau national est pertinent pour avoir le rôle de facilitateur des échanges d'expériences entre régions, promouvoir des stratégies de communication (sensibilisation du grand public et des professionnels) et définir une démarche de qualité des programmes (de type certification). Il serait utile d'associer à l'ensemble de ces réflexions la Conférence nationale de santé et des associations de patients, voire d'organiser des États généraux de l'ETP. Le développement des connaissances doit être encouragé, en inscrivant cette problématique dans les appels à projets de recherche.

Enfin, l'État doit favoriser la coordination des ARS avec les trois régimes d'Assurance maladie, afin de construire une offre diversifiée, visible et complémentaire.

Passer aux actes

Les maladies chroniques sont un défi pour notre système de santé. L'ETP est un moyen fondamental pour y répondre. Grâce à la mobilisation des équipes qui s'y sont engagées, un travail conséquent a déjà été réalisé. Il reste beaucoup à faire. Le HCSP rappelle qu'il a déjà publié un rapport sur le sujet en 2009 mais que ses principales recommandations n'ont pas eu de conséquences opérationnelles. Avec l'Académie de médecine, il plaide pour que le système de soins soit organisé pour que l'ETP y trouve la place qui lui revient.



Pas d'argument unique, précis et fiable pour DÉTERMINER L'ÂGE D'UN JEUNE ÉTRANGER ISOLÉ

D'après un entretien réalisé
avec [Claudine Berr](#),
Présidente de la Commission
Maladies chroniques

En cas de doute sur la minorité d'un jeune étranger isolé, le ministère de la Justice a mis en place une procédure qui comporte, si nécessaire, une expertise médicale de détermination de l'âge, sur réquisition du Parquet. Afin de déterminer les conditions optimales pour que cette expertise soit réalisée de manière équitable sur l'ensemble du territoire, il a saisi la Direction générale de la santé, qui a confié cette saisine au HCSP.

Le groupe de travail a pris en compte les publications récentes nationales et internationales, les avis du Comité consultatif national d'éthique (2005) et de l'Académie nationale de médecine (2007) ainsi que les rapports de la sénatrice Isabelle Debré (2010) et du Défenseur des droits (2012). Il a également procédé à l'audition de plusieurs experts.

Les recommandations du HCSP articulent des considérations éthiques et scientifiques. Ce sont les suivantes :

- Conformément aux termes de la circulaire de la Garde des Sceaux du 31 mai 2013, l'examen médical ne doit être réalisé qu'en dernier ressort.
- Cet examen doit être pratiqué uniquement dans une unité hospitalière de médecine légale par un médecin expert de cette problématique et avoir été précédé d'un entretien explicatif, au besoin avec l'aide d'un interprète.
- Il ne doit pas être pratiqué en cas de refus de la personne.
- Il doit permettre d'identifier les événements de vie ayant pu influencer le développement du jeune. Il doit être une opportunité pour prendre en charge d'éventuelles pathologies.
- L'évaluation de l'âge pubertaire par l'examen des caractères sexuels secondaires (poitrine et organes génitaux) n'est ni indispensable, ni éthiquement concevable. Il est préférable de procéder à une évaluation indirecte en demandant au jeune, de pointer l'image qui lui ressemble le plus sur une plaquette où figurent les dessins des différents stades de maturation pubertaire de Tanner (classification de référence).
- La détermination de l'âge osseux par examen radiologique (poignet et main gauche), couramment réalisée, est cependant imprécise lorsque le jeune est proche de la majorité légale. Il faut proscrire son utilisation exclusive comme détermination de l'âge physiologique.
- Aucun examen radiologique ne doit être pratiqué en cas de suspicion de grossesse.
- Aucune méthode ne peut à elle seule donner scientifiquement un âge précis. Le médecin doit confronter les données collectées par l'examen médical et détecter les arguments médicaux de forte probabilité de minorité. Il doit se prononcer sur la compatibilité entre l'âge allégué par le jeune et l'âge estimé. Le bénéfice du doute doit toujours profiter au jeune.



**En conclusion,
aucune donnée scientifique ne permet au médecin
de déterminer avec précision et fiabilité l'âge d'un individu.**

Dans le cadre d'une requête judiciaire, il doit combiner les méthodes d'évaluation et donner des arguments de probabilité, le doute devant profiter au jeune. Ces arguments ont été retenus par le législateur : ils sont repris dans l'article 43 du titre III de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Cependant, le texte ne stipule pas que cet essai de détermination de l'âge ne peut se faire que dans une unité médico-judiciaire avec un médecin formé à cette problématique.



RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT : un domaine au spectre large

D'après un entretien réalisé
avec [Denis Zmirou-Navier](#),
Président de la Commission
Risques liés à l'environnement

La Commission spécialisée « Risques liés à l'environnement » (CSRE) apporte son expertise sur deux grandes thématiques : la réponse à des saisines sur des questions spécifiques qui concernent la maîtrise de risques résultant d'expositions liées à l'environnement, qui représente l'essentiel de ses travaux, et l'aide à l'élaboration et l'évaluation des politiques publiques pour la gestion des risques associés à ces expositions. Elle est composée de 19 membres permanents dont 3 représentants d'organismes publics compétents dans le domaine (Santé publique France, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire). Elle s'assure la collaboration d'experts supplémentaires en fonction des thématiques abordées.

Ces thématiques sont nombreuses. En cinq ans (du 17 mars 2011 au 30 juin 2016), la CSRE a pris en charge 44 saisines du HCSP, produit 24 avis, remis 12 rapports et contribué à 7 expertises portées par d'autres commissions ou par des groupes transversaux, ainsi qu'à l'ouvrage "Santé en France. Problèmes et politiques" que le HCSP a publié en 2015.

La réponse à des saisines pour la maîtrise de risques liés à l'environnement

Elle a pour but d'éclairer les décideurs sur les mesures/actions à prendre pour prévenir ou réduire des risques impliqués. Il peut s'agir, par exemple, de faire des propositions pour harmoniser la gestion locale des situations de non-conformité de la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine, de donner un avis sur l'utilisation des biocides dans le cadre de la lutte antivectorielle (moustiques) dans le contexte des épidémies sévissant dans les départements français d'outre-mer, de préconiser les messages à diffuser à la population en cas d'épisode de pollution de l'air extérieur, ou encore de déterminer les concentrations à ne pas dépasser pour des polluants dans l'air intérieur.

Un exemple : les messages à diffuser en cas de pics de pollution de l'air extérieur

Le HCSP a été saisi en avril 2013 à la fois par la Direction générale de la santé et la Direction générale de l'énergie et du climat du ministère en charge de l'environnement concernant des messages à diffuser lors de ces épisodes de pollution. Tout en rappelant que la réduction des risques liés à la pollution atmosphérique passe en priorité par la baisse des concentrations moyennes, au long cours, des principaux polluants, donc par la maîtrise de leurs sources d'émission, la CSRE a répondu à cette saisine en considérant :

- Les différents niveaux de vulnérabilité des personnes liée à leur âge (nourrissons, jeunes enfants, personnes âgées) ou à leur situation de santé (pathologie cardiovasculaire ou respiratoire, grossesse).

- La réglementation européenne qui détermine deux seuils de pollution susceptibles d'avoir des conséquences dommageables sur les personnes fragiles (seuil d'information) et sur la population générale (seuil d'alerte).
- Le choix d'un message simple et unique, quel que soit le polluant (particules, ozone, dioxyde d'azote, dioxyde de soufre).
- Les variations de la concentration des polluants au cours de la journée : pour l'ozone, les valeurs sont plus élevées pendant l'après-midi ; pour les particules, elles le sont le matin et le soir, concomitamment aux pointes du trafic routier.

Les principaux messages s'établissent comme suit

Pour les valeurs dépassant le seuil d'information (mais inférieures au seuil d'alerte) :

- Personnes vulnérables : « réduire voire éviter les activités physiques et sportives intenses, c'est-à-dire celles qui imposent de respirer par la bouche aussi bien en extérieur qu'en intérieur » ; en cas de pollution par l'ozone, il est spécifié que « les activités physiques et sportives intenses pratiquées en intérieur peuvent être maintenues ; éviter de sortir entre 12 h et 16 h ».
- Population générale : « il n'est pas nécessaire de modifier vos activités habituelles ».

Pour les valeurs dépassant le seuil d'alerte :

- Personnes vulnérables : « éviter les activités physiques et sportives intenses en plein air comme en intérieur ».
- Population générale : « réduire et reporter les activités physiques intenses, en plein air comme en intérieur, jusqu'à la fin de l'épisode si des symptômes sont ressentis (fatigue, mal de gorge, sensation de nez bouché, etc.) ».

Dans les deux situations « en cas de gêne inhabituelle, ne pas hésiter à consulter un médecin ou un pharmacien ».

Le HCSP recommande aux responsables d'activités spécifiques (directeurs d'établissements scolaires ou périscolaires, de maisons de retraite, organisateurs de manifestations sportives, etc.) d'identifier les personnes vulnérables ou sensibles hors de tout épisode de pollution, pour pouvoir cibler leurs actions vers ces personnes en cas de besoin.

Aide à l'élaboration et évaluation des politiques publiques pour la gestion des risques liés à l'environnement

La CSRE est impliquée dans des travaux généraux d'évaluation des politiques publiques, qu'elles relèvent de son domaine de compétences particulier (Plans nationaux santé environnement) ou de questions plus transversales (préparation du Plan cancer).

Un exemple : la proposition d'indicateurs de résultats du 3^e Plan national santé environnement

La finalité des Plans nationaux santé environnement est de réduire les risques pour la santé liés aux facteurs environnementaux. Pour cela, il est nécessaire de poursuivre des objectifs ciblés sur des agents dangereux ou des nuisances identifiés et sur des milieux et/ou des populations spécifiques. Puis il faut prioriser les actions nécessaires pour y parvenir et définir les modalités de cette mobilisation des ressources.

Le 3^e Plan santé environnement (PNSE3) a été lancé fin 2014 et couvre la période 2015-2019. Dans le temps court qui leur était imparti, ses auteurs ont mis l'accent sur la définition des actions à entreprendre (au nombre de 107), ce qui rend difficile l'évaluation des résultats obtenus, que ce soit en termes de réduction des expositions ou d'amélioration de l'état de santé. Aussi la Direction générale de la santé et la Direction générale de la prévention des risques et des territoires du ministère en charge de l'environnement ont-elles saisi conjointement le HCSP en mai 2015 pour qu'il propose une méthode pour identifier les résultats attendus, ce qui permettra de juger de l'avancée du plan une fois arrivé à son terme. Pour ce faire, le HCSP a mis en place un comité pour l'évaluabilité du PNSE3, composé de membres de ses différentes commissions spécialisées et d'experts extérieurs.

Pour chaque action, ce comité a formulé un ou des objectifs de résultats, c'est-à-dire des modifications environnementales jugées favorables pour la santé, voire plus rarement des améliorations de l'état de santé lui-même. Leur choix dépend de leur capacité à être « SMART », acronyme anglais signifiant Specific, Mesurable, Achievable (atteignables), Relevant (pertinents) et Time-bounded (temporalisés).

Puis il a défini des indicateurs, c'est-à-dire des variables qualitatives ou quantitatives qui constituent un moyen fiable de mesurer les changements liés à la poursuite des actions entreprises. Par exemple, un des objectifs de résultats est la diminution de l'exposition à la pollution atmosphérique des populations vulnérables. Un des indicateurs retenus est la diminution du nombre d'écoles maternelles et primaires situées dans les zones urbaines où la qualité de l'air n'atteint pas les seuils fixés par l'OMS. Cela étant, il est important qu'objectifs et indicateurs ne soient pas figés mais puissent être modifiés si nécessaire au fur et à mesure de l'avancée du plan.

Enfin, le comité souligne qu'il s'est interdit de modifier le libellé des actions du plan qui relève de la responsabilité des ministères compétents. S'il se félicite de la reprise de certaines des préconisations formulées par le HCSP dans son évaluation du PNSE2 (par exemple, actions relatives à l'alimentation), il regrette cependant que le PNSE3 soit séparé du Plan santé travail et des problématiques relatives aux risques professionnels, sauf à de rares exceptions. Il déplore l'absence de certaines thématiques à fort impact sur la santé publique (par exemple, le changement climatique et la lutte contre l'habitat indigne).

En parallèle à ces travaux, le comité a réalisé une analyse de la capacité des systèmes d'information disponibles à produire des données adéquates pour évaluer l'atteinte des objectifs de résultats. Il insiste pour que l'accès du public à l'information soit le plus possible garanti. En effet, reprenant les termes de l'évaluation du PNSE2 par le HCSP, il considère que « la quantité d'information disponible et pertinente est telle qu'il est vain d'escompter qu'une administration publique, même particulièrement motivée, soit en mesure d'en tirer toute la substance. Rendre publiques ces données permet de démultiplier quasiment à l'infini la capacité sociétale d'analyse et d'éclairage de la situation. »



SÉCURITÉ DES PATIENTS : sur tous les fronts

D'après un entretien réalisé
avec [Bruno Grandbastien](#),
Président de la Commission
Sécurité des patients
et les contributions de [Dominique Grimaud](#),
[Dominique Bonnet Zamponi](#),
[Pascal Astagneau](#) et [Gabriel Birgand](#)

La Commission spécialisée « Sécurité des patients » [CSSP] agit sur plusieurs domaines : les risques liés aux infections associées aux soins dont les infections nosocomiales (infections contractées pendant une hospitalisation), et ceux associés à tous les soins et à toutes les pratiques pouvant avoir un impact sur la santé. Ce domaine d'expertise regroupe tout le champ « patient safety » promu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les directeurs généraux de Santé publique France, de l'Agence de la biomédecine, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Établissement français du sang et de la Haute Autorité de santé ou leurs représentants en sont membres de droit.

Son domaine d'expertise est varié, comme l'illustreront trois exemples portant sur les indicateurs de taux d'infections associés aux soins hospitaliers, sur l'actualisation de la liste des patients à haut risque vital et sur les mesures à mettre en œuvre en cas de canicule.

Indicateurs de taux d'infections associés aux soins hospitaliers

Depuis plusieurs années, la transparence sur la qualité des soins dispensés dans les établissements de santé se développe, en particulier sur les risques courus pendant une hospitalisation. Pour y répondre, les pouvoirs publics proposent depuis 2004 un certain nombre d'indicateurs mis à la disposition du public sur un site internet dédié, animé par la Haute Autorité de santé (Scope santé). On y trouve des indicateurs de performance dans la prise en charge des patients et plusieurs indicateurs de risques infectieux associés aux soins, basés sur des données fournies obligatoirement chaque année par les établissements de santé.

Jusqu'à récemment, ces indicateurs visaient essentiellement la qualité des procédures pour limiter le nombre et la gravité de ces infections. Il s'agit de scores évaluant les ressources, les moyens et les actions de lutte contre ces infections (Icalin aujourd'hui dans sa version 2), le bon usage des antibiotiques (ICATB également en version 2), la surveillance et la prévention des infections survenant sur le site opératoire (Surviso ayant évolué vers Icaliso) et la consommation annuelle de solutions hydro alcooliques pour l'hygiène des mains (ICSHA dans sa version 2). Ces indicateurs sont régulièrement actualisés.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a saisi le HCSP en janvier 2012, pour évaluer la possibilité d'ajouter des indicateurs de résultats avec l'objectif de rester compréhensible par le grand public.

La CSSP a organisé son travail en deux temps. D'abord, une phase consultative auprès d'experts du domaine (selon la méthode Delphi de production de consensus), afin de sélectionner les indicateurs pertinents et de les hiérarchiser. Puis une phase de confrontation de ce travail avec le point de vue de représentants des professionnels de santé et des usagers. Les résultats ont été publiés dans deux rapports du HCSP (juin 2013 et mai 2014)¹.

Les experts ont retenu trois indicateurs prioritaires (sur les 88 proposés au départ de l'évaluation)

Le premier d'entre eux est le taux d'infections au site opératoire après une chirurgie orthopédique prothétique (prothèses de hanche et de genou). Bien qu'il soit le plus consensuel, notamment auprès des usagers, il illustre une difficulté majeure de la lecture des indicateurs par le grand public : leur interprétation. En effet, ce taux varie non seulement avec la qualité des soins prodigués, mais aussi avec le type de malades reçus par l'établissement de santé concerné (âge, pathologie associée, choix du geste chirurgical, etc.) et le type de service hospitalier (par exemple, service spécialisé dans les cas lourds de reprises chirurgicales d'infections).

Les deux autres indicateurs sont les taux de bactériémies sur des cathéters vasculaires et la couverture vaccinale du personnel de santé contre la grippe saisonnière. Eux non plus ne sont pas exempts de critiques : l'indicateur « couverture vaccinale des professionnels contre la grippe » est par exemple l'objet de controverses et il est mal compris par les usagers.

Il apparait en conclusion qu'il est difficile de faire poursuivre deux buts distincts à des indicateurs, qu'ils soient de processus ou de résultats.

D'une part d'évaluer la qualité des soins d'un établissement de santé ou d'un service hospitalier, notamment dans une démarche comparative (benchmarking, classement des hôpitaux) pour permettre aux établissements de progresser, et d'autre part, de donner au grand public des outils leur permettant de choisir leur lieu d'hospitalisation programmée (en dehors d'une situation d'urgence). Des travaux pour obtenir des indicateurs fiables et lisibles sont toujours en cours. Il faudra certainement y ajouter des études pour comprendre comment le public les utilise et perçoit le risque d'infections associées aux soins.

¹ Infections associées aux soins : propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=353>
Infections associées aux soins : auditions sur les indicateurs de résultats à visée de diffusion publique
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=430>

Définition des patients à haut risque vital

Depuis 1997, il existe un dispositif d'information particulier pour les patients à haut risque vital vivant à leur domicile, notamment en cas de coupure d'électricité qui interrompt le fonctionnement de leur appareillage de survie. Il a été actualisé par une circulaire de 2009 concernant les actions à mettre en œuvre en cas d'événement climatique extrême.

Ce dispositif concerne une liste des patients qui ont reçu un avis favorable de l'agence régionale de santé (ARS) après avoir fait la demande d'y être inclus. Selon les textes actuels, il s'agit de malades placés sous respirateur et ayant une autonomie inférieure ou égale à quatre heures par jour et les enfants sous nutrition parentérale à domicile. Les progrès techniques permettent de plus en plus que des personnes souffrant de pathologies diverses puissent être prises en charge à domicile. En juillet 2014, la Direction générale de la santé (DGS) a donc demandé au HCSP d'actualiser la liste des patients, avec une vision prospective pour les cinq années à venir.

La CSSP a passé en revue la littérature internationale et mené des entretiens avec les experts des sociétés savantes, des prestataires de soins à domicile et des institutions concernées.

Elle a ainsi identifié et hiérarchisé les types de patients en fonction de la dangerosité d'un arrêt de fourniture électrique, basée sur la durée supportable de son interruption (comprise entre une minute et plusieurs heures selon les pathologies et les systèmes de suppléance), de la transportabilité du patient et de la présence d'un accompagnant efficace sachant ce qu'il faut faire en cas de problème et capable de le faire.

La liste est élargie comme suit, par ordre de priorité décroissante :

- Pathologies respiratoires d'origine neuromusculaire ou hypoxémiantes (diminuant l'apport en oxygène du patient).
- Patients sous nutrition artificielle, par voie veineuse ou par sonde digestive, avec des pertes massives d'eau et d'ions par voie digestive ou une hypoglycémie.
- Patients insulinodépendants sous pompe électrique.
- Patients dialysés (dialyse péritonéale et hémodialyse).
- Patients sous cœur artificiel total, ou souffrant d'une hypertension artérielle pulmonaire primitive (HTAPP), ou sous analgésie continue par pompe, des situations de plus en plus fréquentes.

De plus, le HCSP a formulé plusieurs recommandations :

- Laisser ou donner une place centrale aux organismes de secours d'urgence et aux prestataires de soins à domicile, pour les soins, le support technique, les communications, la télésurveillance et le transport des patients.
- Organiser des exercices prévisionnels en commun.
- Favoriser la mise à jour en continu des listes de patients grâce à une collaboration étroite des différents partenaires et au développement de l'informatisation du dossier médical personnel (DMP).
- Rationaliser et optimiser par voie réglementaire le fonctionnement des batteries de secours, des appareils électromécaniques et les alimentations en oxygène.
- Construire une charte de responsabilité entre les prestataires de soins à domicile et les institutions publiques (préfectures).



PLAN CANICULE

Depuis la catastrophe sanitaire de l'été 2003, quatre autres canicules sont survenues, en 2006, 2010, 2012 et 2013.

Elles ont été beaucoup mieux gérées avec des conséquences moins dramatiques en termes de mortalité et de morbidité grâce au « Plan Canicule » et ses versions successives. Une de leurs principales mesures consiste à mettre à la disposition de la population des fiches simples sur les mesures à prendre pour anticiper les conséquences de la canicule et pour y faire face, surtout quand les personnes font partie d'un groupe vulnérable.

En avril 2013, la DGS a saisi le HCSP en vue d'une actualisation de ces fiches. De nombreuses fiches n'ont pas été modifiées. Cependant une attention particulière a été apportée à deux catégories de population : les personnes ayant une activité physique en extérieur (professionnels ou sportifs) et les personnes âgées. Chez ces dernières, la sudation est beaucoup diminuée, limitant l'efficacité du mécanisme de refroidissement de la température corporelle. C'est pourquoi il faut prendre garde à ne pas trop les faire boire : la mesure la plus utile est de couvrir régulièrement leur surface corporelle avec des linges humides à une température un peu inférieure à celle du corps.

Par ailleurs, le HCSP rappelle que la vigilance auprès des personnes vulnérables concerne aussi l'ensemble des personnes qui s'en occupent : aidants, médecins, pharmaciens, professionnels des soins à domicile, etc.



CIGARETTE ÉLECTRONIQUE : de l'usage récréatif à l'usage thérapeutique ?

D'après un entretien réalisé
avec [Christian Ben Lakhdar](#),
Membre de la Commission
Prévention, éducation et promotion
de la santé
Docteur en sciences économiques et
maître de conférences en économie à
l'université catholique de Lille

Malgré quelques progrès depuis 2010, la prévalence du tabagisme reste élevée en France : plus de 30 % de la population âgée de 15 à 75 ans fume. L'apparition de la cigarette électronique sur le marché a posé la question de son utilité dans le sevrage et la réduction des risques pour les consommateurs, mais aussi celle de son innocuité, voire de sa dangerosité en termes d'encouragement à fumer du tabac, en particulier chez les plus jeunes. En 2014, le HCSP publiait un premier avis, prudent, fondé sur les données scientifiques alors disponibles. L'année suivante, un rapport britannique (Public Health England) relançait le débat, conduisant la Direction générale de la santé et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives à demander au HCSP d'actualiser ses recommandations.

Pour répondre aux questions posées, son second avis (22 février 2016) tient compte non seulement de la littérature sur le sujet, qui s'est étoffée, mais aussi des auditions que la commission en charge de son élaboration a organisées auprès d'un panel de professionnels de santé (tabacologues) et d'acteurs concernés (associations, autorités de santé, etc.).

La cigarette électronique peut-elle être une aide au sevrage tabagique ?

Les études scientifiques ne permettent pas de conclure avec certitude. En revanche, les professionnels soulignent qu'elle peut être un outil efficace parmi d'autres (par exemple, le patch), quand elle est utilisée dans le cadre d'un suivi individualisé. Ils font remarquer que les travaux publiés ne tiennent pas compte de ce point important.

La cigarette électronique est-elle un outil de réduction des risques ?

Oui, incontestablement, en permettant à un fumeur de diminuer sa consommation de tabac avec un produit beaucoup moins toxique (la cigarette électronique n'implique pas de combustion et comporte bien moins de carcinogènes potentiels). Cela ne signifie pas pour autant qu'elle soit inoffensive, mais le recul manque encore pour évaluer sa nocivité avec précision.

La cigarette électronique peut-elle constituer une porte d'entrée dans le tabagisme ?

Les études disponibles ont des résultats contradictoires. Il est d'autant plus difficile de tirer une conclusion que l'entrée dans le tabagisme est multifactorielle (influence des parents et des pairs, notamment). La prudence impose donc de maintenir l'interdiction de vente aux mineurs.

En conséquence des réponses à ces questions, le HCSP formule plusieurs recommandations :

- La lutte contre le tabagisme doit être poursuivie et intensifiée.
- Les professionnels de santé et les fumeurs doivent recevoir une information de qualité sur la cigarette électronique, sans en faire publicité.
- Son utilisation comme outil de sevrage et de réduction des risques est du ressort du suivi individuel de chaque fumeur, décidant avec son médecin après prise en compte de ses avantages et inconvénients.
- L'interdiction de sa vente aux mineurs, de sa publicité et de son usage dans les lieux publics doit être maintenue, renforcée et appliquée.

Le HCSP invite les pouvoirs publics à :

- Renforcer la recherche sur la cigarette électronique, en particulier en épidémiologie et dans les sciences humaines et sociales.
- Améliorer leur réactivité face aux produits présentés comme des innovations technologiques ayant un bénéfice pour la santé alors qu'ils ne disposent pas d'une réglementation adéquate.

La cigarette électronique peut elle favoriser une renormalisation de la consommation de tabac ?

L'inquiétude est fondée, même s'il est difficile d'y répondre avec certitude. En effet, l'usage de la cigarette électronique s'est aujourd'hui banalisé, avec une offre devenue pléthorique accompagnée par un marketing parfaitement orchestré. Sa cible est l'ensemble de la population, invitée à jouir de produits réputés agréables et relativement inoffensifs, la présence de fumée dans l'espace public risquant de redevenir banale, y compris à terme celle du tabac.

Il leur propose d'entamer une réflexion avec l'ensemble des parties prenantes sur la création d'une cigarette électronique "médicalisée" distincte des cigarettes récréatives, produite par l'industrie pharmaceutique et susceptible de bénéficier d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et d'un remboursement dans l'indication du sevrage tabagique.



CRISE ÉCONOMIQUE ET SANTÉ :

privilégier le long terme

D'après un entretien réalisé
avec [Thierry Lang](#)
Membre de la Commission
spécialisée Prévention, éducation et
promotion de la santé,
Président du groupe de travail sur les
inégalités sociales de santé du HCSP

Les travaux conduits dans plusieurs pays suggèrent un impact complexe de la crise économique débutée en 2007 sur la santé : il est variable selon les problèmes considérés et les politiques de protection sociale mises en œuvre. Un groupe de travail transversal du HCSP a examiné ce qu'il en est pour la France, en s'attachant aux rôles des diverses politiques publiques et à leur impact sur la santé, particulièrement les inégalités sociales de santé.



En France, comme dans les autres pays de l'OCDE, aucune diminution de l'espérance de vie n'a été observée depuis 2008.

Cependant les inégalités de revenus se sont aggravées et, malgré le maintien des dépenses sociales à un niveau élevé, les inégalités sociales de santé ont subsisté, voire se sont accentuées. De 2008 à 2012, le nombre d'enfants pauvres a augmenté de 440 000, ce qui l'amène à 3 millions. Les familles les plus démunies souffrent de malnutrition et d'insécurité alimentaire et subissent de mauvaises conditions de logement (habitat insalubre, surpeuplé, précarité locative, chauffage insuffisant ou inexistant, etc.) Une proportion grandissante des jeunes âgés de 15 à 24 ans est socialement disqualifiée, n'étant ni dans le système éducatif, ni en situation d'emploi ou de formation.

Ces données sont inquiétantes, en particulier en ce qui concerne la petite enfance, voire la période prénatale. Bien qu'il existe encore peu de données scientifiques évaluant l'impact de la crise sur ces moments du développement des enfants, de nombreux travaux ont montré qu'ils sont cruciaux pour l'avenir des futurs adultes. La santé des petits et celle de leurs mères sont étroitement imbriquées et les conséquences à long terme des conditions de vie des enfants sur leur santé d'adultes sont aujourd'hui bien documentées.

De même, il est acquis que la santé des populations répond à de nombreux déterminants sociaux bien identifiés, communs aux différentes problématiques de santé, ayant des effets à moyen et/ou long terme, potentiellement aggravés par la crise et sensibles aux politiques publiques.

Le travail est un enjeu majeur pour la santé, notamment pour le risque à long terme sur l'espérance de vie en bonne santé et de dépendance des personnes âgées, qu'il s'agisse du chômage, des conditions de travail ou des inégalités de genre. Lutter contre la ségrégation des quartiers défavorisés et promouvoir la mixité sociale, en particulier par le soutien au tissu associatif, sont aussi des facteurs favorisant de la santé aussi importants que l'accès aux soins des habitants de ces quartiers.

Ces constats impliquent d'abord que les politiques publiques doivent donner la priorité à l'enfance. L'institution scolaire a un rôle majeur à jouer : le lien entre niveau d'études et santé est une des relations les plus constamment retrouvées dans la littérature internationale. Alors que l'école est actuellement profondément inégalitaire, elle doit devenir un lieu promoteur de bien-être, de réussite éducative et d'épanouissement pour tous. Les cantines scolaires sont un élément important de lutte contre la précarité alimentaire : leur désertion dans les quartiers populaires à forte composante immigrée est un sujet d'inquiétude. Il faut favoriser les menus alternatifs, notamment végétariens.

La crise aggrave les conditions de vie des personnes disposant le moins de ressources sociales, économiques, financières ou culturelles, avec le risque de creuser les inégalités sociales de santé. Ce risque est augmenté par les politiques de restriction budgétaire.

En conséquence, le HCSP se prononce en faveur de l'accentuation du caractère redistributif de notre système de protection sociale. Il s'agit notamment de mieux intégrer les services sociaux et sanitaires de premier recours, de favoriser l'accès aux soins et de lutter contre le renoncement aux soins. À cet égard, il faut noter que le principe d'une assurance complémentaire santé liée au travail (dispositif ANI) marginalise les chômeurs et les personnes âgées et risque de privilégier des populations à risque favorable (jeunes actifs). La dégradation des conditions de travail du personnel hospitalier constitue un risque pour la qualité des soins qui mérite d'être mieux suivi et combattu. Les dispositifs de prise en charge de la santé mentale doivent être renforcés avec en particulier un effort sur la dépression.

Les effets des politiques publiques conduites en période de crise économique sur la santé des populations et, en priorité sur celle des enfants, doivent être évalués avec une perspective de moyen et long termes. Pour cela, la France doit se doter d'un dispositif statistique et d'évaluations prospectives de suivi des liens entre santé, conditions socio-économiques et politiques dans l'ensemble des secteurs de l'intervention publique (santé, environnement, travail, fiscalité, transports, etc.) L'insécurité alimentaire et la précarité énergétique sont des indicateurs dont le suivi doit être annuel.

INFORMATION SUR LA QUALITÉ NUTRITIONNELLE DES ALIMENTS :

le système 5-C, choix du HCSP

Systeme 5-C : 5 pastilles colorées correspondant à cinq valeurs de risque ou de bénéfice (vert, jaune, orange, rose, rouge)

D'après un entretien réalisé
avec [Serge Herberg](#),
Membre de la Commission
Prévention, éducation et promotion
de la santé
Professeur de nutrition
à l'université de médecine Paris 13/
Hôpital Avicenne

Le comportement alimentaire est un déterminant majeur de la santé sur lequel il est possible d'agir. En France, malgré les progrès accomplis depuis une dizaine d'années, moins de la moitié des adultes et un enfant sur cinq consomment au moins cinq fruits et légumes par jour ; bien qu'ils aient diminué ces dernières années, les apports en sel restent trop élevés ; la part des apports en acides gras saturés par rapport aux lipides totaux est trop importante.

Dans son rapport remis à la ministre de la Santé en janvier 2014, le Pr Serge Herberg (président du Programme national nutrition santé : PNNS) a proposé quinze mesures concernant le consommateur et son environnement.

L'une d'elles propose de placer une information sur la qualité nutritionnelle des produits alimentaires sur la face avant de leur emballage. Elle compléterait celle qui existe actuellement, souvent peu visible et difficile à interpréter. Le but est double : permettre aux consommateurs d'identifier rapidement des alternatives de meilleure qualité nutritionnelle, et encourager producteurs et distributeurs à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs aliments.

Cette mesure a été reprise dans la loi de modernisation du système de santé, en accord avec le règlement européen INCO concernant l'information du consommateur sur les denrées alimentaires. Sa mise en application sera volontaire de la part des producteurs et des distributeurs.

Plusieurs systèmes d'information nutritionnelle ont été proposés dans le monde. Ils sont fondés sur le calcul d'un score de qualité nutritionnelle. En Europe, celui de la Food Standards Agency (FSA, britannique), créé par une équipe d'Oxford, fait autorité. La Direction générale de la santé a saisi le HCSP pour déterminer les éléments de calcul les plus pertinents de ce score pour la situation française et évaluer les différents systèmes d'information nutritionnelle proposés sur les emballages.

Le HCSP s'est appuyé sur les travaux conduits par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) portant sur les aliments et nutriments dont la consommation est associée à une augmentation ou une diminution de risque pour la santé. Il a mené ses propres travaux pour optimiser le score FSA et l'adapter pour être en parfaite conformité avec les recommandations du PNNS. Ainsi l'algorithme de calcul du score a été adapté pour certains cas particuliers : les fromages, les boissons sucrées (sans alcool), les matières grasses ajoutées.

Il a examiné les systèmes existants d'information du consommateur en fonction de plusieurs critères. Le système choisi doit :

- Ne pas contribuer à aggraver les inégalités sociales et territoriales de santé : le système doit être simple, ne pas faire appel à la mémoire, être intuitif (par exemple, échelle de couleurs que le public associe immédiatement à des significations ou des valeurs).
- Différencier les aliments en fonction de leur groupe alimentaire, au sein de leur groupe et entre produits similaires.
- Avoir un mode de calcul de son score public (transparent) et facilement reproductible pour chaque aliment (accessible) ; ce calcul doit être basé sur les données nutritionnelles rendues obligatoires par le règlement européen INCO (portées sur la face arrière des emballages) : valeur énergétique, quantité de lipides, d'acides gras saturés, de glucides, de sucres simples, de sel/sodium et de protéines ; le travail du HCSP a porté sur les seuils quantitatifs à adopter pour le calcul du score.
- Avoir été évalué scientifiquement.
- Être facilement réalisable par les fabricants.

Les systèmes associant une fréquence de consommation à la qualité nutritionnelle des aliments n'ont pas été retenus. En effet la fréquence ne saurait résulter d'un score nutritionnel et être attribué à un aliment spécifique. Par ailleurs une approche en termes de fréquences de consommation ne peut concerner que des familles d'aliments considérées globalement ; elle ne permet pas de distinguer entre eux les aliments au sein d'une même famille de produits et n'est de ce fait d'aucun intérêt pédagogique et de santé publique.

Le HCSP a recommandé le système 5-C : 5 pastilles colorées correspondant à cinq valeurs de risque ou de bénéfique (vert, jaune, orange, rose, rouge).

Il a estimé qu'il est le seul à répondre aux critères de pertinence et de faisabilité d'un système d'information nutritionnelle synthétique. Bien que ce système n'ait pas fait l'objet d'expérimentations en vie réelle, lourdes, compliquées et coûteuses, il a estimé que les données scientifiques actuelles sont suffisantes pour lui donner la préférence.



Cohérence et lisibilité des dispositifs : POUR UNE STRATÉGIE NATIONALE DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

D'après un entretien réalisé
avec [Zeina Mansour](#),
Présidente de la Commission Prévention,
éducation et promotion de la santé

Et [Éric Billaud](#),
Membre de la Commission Prévention,
éducation et promotion de la santé et
praticien hospitalier en infectiologie à
l'Hôtel-Dieu de Nantes

Suite à la proposition faite par la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé (CSPEPS) du HCSP, en réponse à la saisine de la Direction générale de la santé en date du 5 février 2015, la ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes a annoncé le lancement d'une stratégie nationale de santé sexuelle, en conformité avec les recommandations de l'OMS.

Le HCSP retient la définition de la santé sexuelle donnée par cette organisation, qui y inclut le développement sexuel et la santé reproductive, mettant l'accent sur une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, promouvant la recherche de plaisir, l'absence de risques, de coercition, de discrimination et de violence. Cela implique le respect des droits sexuels de chacun, de la dignité des personnes, de leur consentement et des principes d'autonomie et de bien traitance. Le développement de la santé sexuelle commence dès le début de la vie et se poursuit jusqu'à son terme.

Ces principes sont valables à tous les âges et dans toutes les populations. En conséquence, le HCSP retient la démarche dite d'universalisme proportionné : les droits sont communs à tous, mais certains groupes sociaux doivent bénéficier d'une approche différenciée. En matière de santé sexuelle, cette approche s'applique essentiellement :

- Aux personnes âgées et aux personnes handicapées, deux populations dont la sexualité est fréquemment déniée.
- Aux migrants, qui forment une population hétérogène, mais souvent vulnérable, notamment aux infections sexuellement transmissibles.
- Aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- Aux personnes transsexuelles.
- Enfin aux personnes en situation de prostitution et celles "sous main de justice".

Le HCSP constate qu'en France, la santé sexuelle ne bénéficie pas de l'approche globale promue par l'OMS. Elle est présente dans de nombreuses dispositions, législatives et réglementaires et abordée par de nombreuses institutions et structures, qui font souvent un travail de qualité mais sans cohérence avec un risque de redondance ou au contraire de zones aveugles. De plus, elle est souvent abordée au travers de ses problèmes ou pathologies au détriment d'une approche positive.

Il faut cependant souligner le progrès accompli avec la création récente (janvier 2016) des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd), issus de la fusion des CDAG (centres de dépistage anonymes et gratuits) et des Ciddist (centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).

Le HCSP encourage leur rapprochement avec les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et promeut leur rôle de coordination des structures sur un territoire donné. Cela répondrait à un manque certain de visibilité des dispositifs existants pour leurs bénéficiaires comme pour les professionnels impliqués.

La stratégie proposée par le HCSP aura des effets d'autant plus prononcés qu'elle sera concertée et veillera à impacter simultanément l'environnement physique (accès à l'offre et aux services), l'environnement socio-culturel et les comportements individuels, en s'attachant à réduire les inégalités sociales de santé. Elle suppose une gouvernance nationale impliquant tous les ministères concernés et la garantie d'une offre coordonnée au niveau territorial.

Elle impose la formation de l'ensemble des intervenants dans ce secteur (professionnels du soin, avec son inscription dans le développement professionnel continu, du médico-social, de la justice, etc.) L'objectif est qu'ils comprennent les attentes de leurs publics-cibles, en particulier celles des jeunes et qu'ils soient en mesure d'orienter les personnes vers les dispositifs adéquats, nombreux, mais dispersés et relativement méconnus.

Un effort particulier doit être fait en direction de l'Éducation nationale.

De nombreux formateurs et intervenants y ont bénéficié d'une formation de qualité. Les textes sur le sujet s'appliquant à l'institution sont le plus souvent adaptés aux besoins. Mais il n'existe quasiment pas d'évaluation sur la mise en œuvre et l'efficacité des programmes retenus, laissant craindre de profondes disparités territoriales, voire entre établissements ou en leur sein. Pourtant, les programmes d'éducation sexuelle ont montré leur efficacité dans d'autres pays, en particulier à long terme, surtout quand ils sont appliqués dès le plus jeune âge et qu'ils insistent sur les valeurs de respect de l'autre et d'égalité de genre. La France pourrait s'inspirer d'expériences étrangères, par exemple celles menées en Écosse (et en France, en région PACA), où de jeunes étudiants en médecine interviennent dans les collèges, au bénéfice de toutes les parties prenantes, en l'élargissant aux élèves infirmiers et/ou sages-femmes.

En ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles, le HCSP pointe la nécessité d'augmenter la couverture vaccinale, notamment en ce qui concerne le papillomavirus et l'hépatite B. Il encourage les autorités de santé à élargir le dépistage du cancer du col utérin, des chlamydiae, du VIH et, dans certaines populations, de la syphilis et promeut le dépistage par test rapide d'orientation diagnostique (TROD) et autotests.

Enfin, il propose une série d'indicateurs de suivi de la stratégie nationale de santé sexuelle, portant sur les points précédemment évoqués ainsi que sur la santé de la reproduction et la recherche.



POUR UNE ÉVALUATION UTILE des politiques publiques de santé

D'après un entretien réalisé
avec [Franck Chauvin](#),
Vice-président du Haut Conseil de la
santé publique

Un cadre d'évaluation aux standards internationaux

La loi de santé publique de 2004 a fixé cent objectifs couvrant les principales pathologies avec cinq plans stratégiques concernant le cancer, les addictions, la santé-environnement, les maladies chroniques et les maladies rares. Mais rapidement, de nombreux autres plans (51 entre 2004 et 2012) ont été mis en place faisant de leur évaluation un enjeu important. Afin d'évaluer ces politiques de santé publique la Commission spécialisée Évaluation, Stratégie et Prospective (CSESP) du HCSP a élaboré et développé une méthodologie. Concrétisé par un colloque tenu en décembre 2013, ce travail dote la santé publique d'un référentiel d'évaluation aux standards internationaux garantissant une évaluation la plus efficace possible.

Des évaluations réalisées essentiellement *a posteriori*

Les évaluations réalisées par le HCSP l'ont toutes été après la fin du plan concerné (évaluations *ex post*). C'est le cas des Plans d'amélioration de la qualité de vie des patients porteurs de maladies chroniques ou du Plan hépatites par exemple. Seule l'évaluation du deuxième Plan cancer (2009-2013) a pu être faite à mi-parcours (*in itinere*).

Du fait du temps nécessaire pour réaliser ce type d'évaluation, le plus souvent, l'examen du plan précédent se déroule alors que les principales décisions de politique publique de santé ont été prises. Fréquemment décalée par rapport à l'agenda politique, l'évaluation perd de son utilité, ne permettant que des constats, sans que les recommandations puissent être effectivement prises en compte dans la politique de santé.

Mais une évolution vers une plus grande utilité

Durant son dernier mandat, le HCSP a été consulté par les pouvoirs publics sur la conception de plans en cours d'élaboration. Ainsi par exemple pour le Plan national de prévention de la perte d'autonomie, le HCSP a été consulté en amont et a émis des recommandations portant sur les définitions, les objectifs et les indicateurs correspondants. Pour le Plan national santé environnement 3 (PNSE3) le HCSP a formulé des remarques sur la structure du plan, sa gouvernance et le caractère imprécis de certains objectifs et indicateurs.

Ces travaux, réalisés en amont de la mise en œuvre de politiques publiques, permettent de s'assurer de leur « évaluabilité » mais aussi de la structuration des différentes actions entre elles. Ils sont donc garants de l'efficacité de ces politiques.

Des propositions pour une évaluation plus utile

Cependant, aucun plan n'a fait l'objet d'une évaluation des effets attendus avant son lancement (*ex ante*). Or une évaluation est d'autant plus performante qu'elle est conçue dans le même temps que le plan ou le programme concerné. En explicitant les objectifs, les ressources affectées et ses effets attendus, elle prépare son évaluation *ex post* et rend son pilotage plus efficace, grâce à des indicateurs adéquats et éventuellement à une évaluation en milieu de parcours.

Cela conduit le HCSP à plaider pour que l'évaluation devienne réellement une aide à l'élaboration et à la conduite des politiques publiques. Pour cela, il est important de prévoir la phase d'évaluation dès l'élaboration des plans et programmes de santé publique. Les impacts attendus des différentes mesures doivent aussi être estimés par des indicateurs définis au préalable. Des évaluations durant le déroulement du programme peuvent aussi aider à s'assurer de son bon déroulement.

La nécessité d'évaluer les politiques sur des temps longs...

C'est sur une période plus longue, une dizaine d'années, que l'évaluation *a posteriori* a toute sa pertinence. Ce délai permet en effet d'évaluer non seulement les conséquences mais aussi les impacts d'une politique publique de façon plus globale. Le HCSP a ainsi produit en 2016 une évaluation de dix ans de politique de lutte contre le cancer sur la période de 2004 à 2014. Il ne s'agit plus là d'établir des recommandations pour une future politique, puisque le plan suivant est déjà lancé, mais d'établir un constat factuel et une analyse sur les réalisations mais aussi sur les effets qui commencent à pouvoir être mesurés.

Des plans ciblés sur une pathologie ou un groupe de pathologies, comme les cancers ou les maladies rares par exemple, permettent d'attirer l'attention sur ces pathologies et de favoriser la mobilisation des acteurs impliqués. Ces plans peuvent être particulièrement vertueux quand ces pathologies sont un problème de santé publique important du fait de leur forte incidence (par exemple le cancer) ou quand ils aboutissent à une modélisation pouvant s'appliquer à d'autres maladies fréquentes ou ayant un fort impact sociétal (par exemple les maladies rares). Mais ces plans comportent le risque de concentrer des moyens qui pourraient être consacrés à d'autres affections. Enfin, la succession de plans sur des problèmes de santé variés permet difficilement aux acteurs de se faire une idée des évolutions du système de santé sur une longue durée. Ces différents aspects doivent être estimés avec le recul que permettent ces évaluations de politiques à long terme.

... Et d'impliquer les différentes parties prenantes...

Une condition clef de la réussite d'une politique publique de santé est la mobilisation de toutes les parties prenantes y compris ses bénéficiaires aujourd'hui représentés par des associations de plus en plus actives et influentes. Cette implication est fortement favorisée par la transparence que permettent l'évaluation et la co-construction de cette politique par l'ensemble des acteurs.

... Pour développer l'analyse stratégique des politiques de santé publique

Pour mieux répondre à la demande et aux enjeux posés par des systèmes de plus en plus complexes, le HCSP souhaite développer l'orientation vers l'analyse stratégique comme aide à la décision pour les pouvoirs publics. Cette orientation passe par deux axes de développement qui doivent être abordés dans les années à venir :

- Le renforcement des travaux d'analyse stratégique. Fondées sur des indicateurs de santé produits par les services de l'État et/ou les agences sanitaires, ces analyses doivent éclairer les décideurs sur des aspects de la santé des populations et combler le manque actuel. Ainsi, les objectifs de la loi de santé de 2004, s'ils sont toujours suivis par la Drees, ne font pas l'objet d'une analyse stratégique globale. La mise en place du tableau de bord prévu par la loi de 2016, reposant sur un faible nombre d'indicateurs, nécessite de développer la capacité d'analyse du HCSP dans ce domaine.
- L'analyse des impacts en santé des politiques publiques. Cette approche, développée dans un certain nombre de pays et connu sous le nom d'HIA (Health Impact Assessment) permet de proposer aux décideurs des scénarios dont les impacts sont quantifiés, et donc de réellement éclairer les choix concernant les politiques publiques.

En conclusion, l'évaluation est maintenant installée dans le paysage de la santé publique et son intérêt est admis par tous. Cependant son efficacité n'est pas optimale parce qu'elle n'est pas suffisamment couplée à la décision politique ou à l'action, malgré les progrès réalisés ces dernières années. Le recours systématique à des évaluations conçues dès la construction du plan ou l'élaboration de la politique publique de santé et le développement des analyses stratégiques, renforceraient en effet l'utilité des évaluations, comme probablement l'efficacité et l'impact des politiques publiques.



DIX ANS DE LUTTE CONTRE LE CANCER :

un modèle à suivre et à corriger

D'après un entretien réalisé
avec [Franck Chauvin](#),
Vice-président du Haut Conseil
de la santé publique
et les contributions d'[Hélène
Grandjean](#) et de [Caroline Weill-Giès](#)

La lutte contre le cancer est une préoccupation majeure de santé publique. Globalement, en France, depuis 2005 l'incidence des cancers (taux d'incidence standardisé) est en baisse de façon nette chez les hommes (de 1,3 % par an), liée à la baisse de l'incidence du cancer de la prostate (du fait de modifications de pratique du dépistage), alors que l'incidence est globalement stable chez les femmes. En 2015, il y a eu 385 000 nouveaux cas de cancer en France métropolitaine.

Alors que le troisième Plan cancer (2014-2019) est en cours de réalisation, le HCSP a estimé qu'il était pertinent d'évaluer l'ensemble de la politique de lutte contre le cancer couvrant les deux premiers plans (2003-2007 et 2009-2013). En effet, la période couverte – dix ans – permet mieux que celle d'un plan – quatre ans – de constater les évolutions et de commencer à mesurer les impacts d'une politique de santé publique. C'est particulièrement vrai pour les politiques de prévention dont les effets sont attendus à long terme. Par ailleurs, la constance et la cohérence de la politique de lutte contre le cancer justifient cette évaluation sur une longue période. Le comité d'évaluation mis en place, pluridisciplinaire, a associé à une méthode classique (retour sur les évaluations antérieures HCSP, Igas, Cour des Comptes, examen de la littérature, audits d'experts), une étude des indicateurs disponibles et une étude qualitative des parcours de soins de 30 patients atteints d'un des quatre principaux cancers (sein, poumon, côlon, prostate).

— Des progrès majeurs

L'association de plans stratégiques consécutifs et cohérents avec la mise en place d'un opérateur institutionnel dédié, l'Institut national du cancer (Inca), doté de moyens importants, a incontestablement permis des avancées significatives dans de multiples domaines. La recherche a bénéficié de la création des cancérôpôles, des sites de recherche intégrés sur le cancer (SIRIC), des centres labellisés de phase précoce (CLIP2) et de l'encouragement aux recherches pluridisciplinaires et translationnelles.

La cancérologie a promu un nouveau modèle de prise en charge des patients : réunions de concertation pluridisciplinaire en amont de la décision thérapeutique, attention portée à l'annonce de la maladie et à l'information tout au long de son déroulement, définition d'un programme personnalisé de soins, introduction des soins de support, coordination des acteurs grâce aux réseaux de soins. L'accès aux tests de génétique moléculaire a progressé de manière très significative permettant un meilleur usage des médicaments innovants.

Il faut souligner que tous les patients ne bénéficient pas de ces avancées (selon leur âge, leur genre, leur catégorie sociale et leur territoire de résidence) et que l'évolution de ces inégalités d'accès doit être mieux contrôlée dans l'avenir.

Professionnels, patients et grand public ont eu un accès facilité à une information claire et abondante (par exemple sur le site internet public de l'Inca).

Des avancées à compléter

Concernant la prévention, l'articulation avec d'autres plans de santé publique, portant sur les mêmes facteurs de risque, a permis de renforcer les synergies et a rencontré un bon accueil de la part des acteurs concernés. Par exemple le Plan santé au travail propose des mesures concrètes de prévention du cancer (réglementation au sein des entreprises, recommandations de bonne pratique, évaluation des consultations spécifiques aux cancers professionnels) et le Plan cancer aborde l'articulation entre médecins du travail et de ville. Ces deux plans et les Plans nationaux santé environnement favorisent le développement de la connaissance des impacts des agents cancérigènes et confirment la nécessité de prendre en compte l'exposition à des polluants dangereux. Cependant les facteurs environnementaux ne sont pris en compte que par opposition ou complémentarité avec une approche comportementale individuelle.

Le dépistage s'est fortement développé pour les deux localisations prévues par les deux précédents Plans cancer : le sein et le colon-rectum. Néanmoins, la participation de la population est en diminution pour ces deux localisations et demeure inférieure aux objectifs européens. Elle est de plus très inégale entre les départements. Pour le cancer du sein, la coexistence du dépistage organisé et du dépistage individuel ne permet pas de réduire les inégalités sociales observées.

Des avancées significatives ont été réalisées dans le domaine de la démocratie sanitaire, avec la reconnaissance du rôle des associations de patients, notamment dans la gouvernance des plans et au sein de l'Inca, mais leur représentation reste insuffisante. Bien que la qualité de vie ait été prise en compte, peu d'actions y ont été consacrées. La possibilité de souscrire des assurances a progressé notamment par la convention Aeras, mais au prix de surprimes et d'un coût accru des crédits. L'accessibilité aux soins esthétiques et de support est très inégale. L'accès à la chirurgie reconstructrice est restreint par l'importance des restes à charge.

Deux graves échecs

La lutte contre le tabagisme n'a pas eu les résultats attendus. La prévalence de la consommation de tabac est restée stable, alors qu'elle avait fortement diminué avec la hausse importante des prix au cours du premier plan. Elle a même augmenté chez les femmes âgées de 45 ans à 64 ans.

Autre constat alarmant, en lien avec le précédent : depuis 2005, alors que chez l'homme, l'incidence du cancer bronchopulmonaire est stable, voire décroît légèrement, et que la mortalité associée à ce cancer diminue (- 2,2 % par an), l'incidence et la mortalité augmentent de façon très importante chez la femme (incidence : + 5,4 % par an ; mortalité : + 4,6 %).

Quelles leçons ?

Quelles leçons tirer de ce bilan de dix ans d'actions ? Dans sa lettre de saisine adressée au HCSP le 20 mai 2014, la Direction générale de la santé (DGS) a souhaité que l'évaluation porte principalement sur quatre thématiques. Sur ces points, le HCSP a apporté les réponses suivantes :

- La définition d'un Plan stratégique pour une durée déterminée, avec des objectifs précis, des moyens dédiés et un dispositif de suivi opérationnel, a permis d'inscrire à l'agenda politique une grande cause nationale. La mise en place d'une institution pérenne de régulation au niveau national, clairement identifiée et dotée des moyens de sa mission (l'Inca), a été une mesure particulièrement efficace lorsque les thématiques prévues par les plans sont relayées par la puissance publique et intégrées dans la réglementation. Cependant il reste à améliorer la coordination avec les autres acteurs institutionnels nationaux et avec les agences régionales de santé (ARS). La mobilisation d'acteurs extérieurs au domaine du soin nécessite d'être effectuée au niveau interministériel, la DGS ne disposant pas des moyens pour tenir ce rôle. Enfin, certaines évolutions souhaitables, comme assurer la place centrale du médecin traitant et développer les prises en charge à domicile, dépendent avant tout de transformations du système de santé lui-même et échappent au cadre limité d'un plan de santé publique.
- Les inégalités sociales de santé face aux principaux risques de cancer n'ont pas diminué, par manque de ciblage spécifiques et de prise en compte des données fournies par les sciences humaines et sociales. Le rôle majeur des déterminants sociaux sur les comportements individuels à risque n'a pas été intégré dans les plans. Les mesures d'ordre social ont été circonscrites à des groupes de patients en très grande difficulté, alors que les orientations efficaces visent une amélioration générale de l'accessibilité aux soins. Les restes à charge sont souvent importants, en particulier du fait des dépassements d'honoraires.
- Il n'est concevable d'extrapoler les acquis de la lutte contre le cancer à une autre pathologie que si elle concerne un grand nombre de personnes et que son bilan actuel est décevant. Le HCSP juge préférable d'adopter une démarche plus globale, en direction de l'ensemble des maladies chroniques. Elle devrait porter d'abord sur la prévention et l'éducation pour la santé : les facteurs de risque sont communs à de nombreuses pathologies ; il s'agit d'un domaine qui a besoin d'une forte impulsion, les résultats étant médiocres par rapport à ceux d'autres pays. Les progrès dans la prise en charge des patients atteints de cancer doivent pouvoir être généralisés à tous les malades ayant besoin d'une approche pluridisciplinaire et/ou de soins coûteux. Ils nécessitent souvent une politique portant sur l'ensemble du système de santé plutôt que sur une pathologie particulière.
- La comparaison avec les expériences étrangères est difficile. En effet, la démarche rencontre deux limites fortes. D'une part, il n'y a pas suffisamment de travaux scientifiques étayant la transposabilité d'une expérimentation étrangère réussie à notre pays. D'autre part, alors que la France bénéficie d'une recherche méthodologique de haut niveau, elle a du mal à utiliser ses propres données, du fait des limitations à leur accès et à la collaboration insuffisante entre leurs principales sources. La pertinence des comparaisons s'en trouve fortement entravée.

Au total, dix ans de politique contre le cancer ont profondément modifié la prise en charge des patients traités pour un cancer en France.

Les avancées réalisées depuis 2005 sont en effet considérables dans certains domaines comme l'information, l'effort de recherche, la disponibilité des données épidémiologiques, le dépistage ou les soins. Le modèle d'organisation retenu en France a été de ce point de vue performant. Il faut noter que des moyens importants ont été consacrés aux 2 Plans cancer.

En revanche, la prévention du tabagisme, la participation aux dépistages ou l'après-cancer restent des sujets de préoccupation dans un contexte d'inégalités sociales marquées dans cette pathologie. Ces aspects ont été pris en compte dans le Plan cancer 3 qui en a fait des priorités.

Enseignements de l'évaluation du plan et du programme SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION DU SUICIDE



D'après un entretien réalisé
avec [Viviane Kovess-Masfety](#),
Présidente de la Commission
Évaluation, stratégie et prospective

Les troubles psychiques font partie des troubles les plus fréquents et les plus lourds de conséquences en termes d'intégration scolaire, sociale et professionnelle. Un premier plan de santé mentale a été lancé en 2005. Le plan suivant "Psychiatrie et santé mentale 2011-2015" a été évalué par le HCSP qui a inclus une importante concertation, notamment avec une enquête dans 5 régions de France.

Ce plan avait fait l'objet d'un large consensus auprès des acteurs concernés (professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie, décideurs, associations de patients et de leurs familles), qui avaient pris part à son élaboration. Le choix de n'énoncer que des objectifs stratégiques nationaux a eu l'intérêt de laisser une grande liberté d'adaptation aux agences régionales de santé (ARS) pour sa mise en oeuvre. On peut cependant regretter l'absence de coordination aux niveaux national et régionaux, dont l'existence aurait pu renforcer les effets attendus. Enfin, l'absence d'objectifs opérationnels, d'indicateurs et de mécanismes de suivi, a rendu difficile d'estimer son apport envers les évolutions constatées ; cela ne fait malheureusement pas exception par rapport à la majorité des plans mis en place dans notre pays. Néanmoins, on doit souligner l'impulsion donnée à l'amélioration du suivi des personnes vivant avec un trouble psychique par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Le HCSP a formulé 64 recommandations qui obéissent toutes à un principe de base : inscrire la politique de santé mentale et de psychiatrie de façon pérenne et pilotée à long terme plutôt que de mettre en place des plans ou programmes successifs. Elles s'articulent autour de différents thèmes.

Permettre aux personnes vivant avec un trouble psychique de faire leurs propres choix de vie, changer leur regard sur la maladie et les maintenir ou les replacer dans les dispositifs de droit commun :

- Soutenir le pouvoir d'agir sur sa propre vie en favorisant les interventions basées sur l'approche du "rétablissement", qui promeut une vie éventuellement différente, mais avec un vrai projet conforme aux désirs des personnes ; ce qui passe notamment par le soutien aux activités de représentation des patients dans les différentes instances, l'aide à leurs associations (financière et en ressources humaines) ou à celles de leurs familles, la sécurisation du budget des groupes d'entraide mutuelle (GEM), le soutien des programmes de réhabilitation sociale et d'éducation thérapeutique des patients, en impliquant ces associations.
- Soutenir leur accompagnement quand il est nécessaire, notamment en poursuivant les expérimentations sur les médiateurs pairs, en soutenant leur suivi sur les lieux de vie, en favorisant leur insertion sociale en particulier dans le domaine du logement et du travail.
- Renforcer leur accueil dans la cité, en particulier en luttant contre les discriminations ; pour cela poursuivre le travail auprès des médias pour les inciter à diffuser des informations de qualité non discriminante quant aux personnes vivant avec un trouble psychique.

Améliorer le parcours de soins des personnes vivant avec un trouble psychique :

- Améliorer l'accès aux soins en créant une plateforme régionale d'information concernant les professionnels et les structures en psychiatrie, en les rendant plus accessibles et en facilitant l'accès à un avis ou un établissement spécialisé, aux médecins généralistes.
- Soutenir les expériences de prise en charge des psychothérapies par des psychologues et continuer les efforts de formation et de production de "conduites à tenir" pour éviter la médicalisation du mal-être.
- Assurer la transition entre les différentes structures de prise en charge, notamment selon l'âge.
- Favoriser l'articulation entre le médical, le médico-social (qui s'est déjà considérablement améliorée) et les structures de droit commun s'occupant des problématiques de handicap.
- Améliorer la qualité et l'accès aux soins en établissements de santé spécialisés, dans le respect de la dignité des personnes.
- Continuer les efforts de la prise en charge des soins somatiques, en particulier dans le milieu extrahospitalier.

Encourager la formation et la pluridisciplinarité

Une attention particulière doit être accordée à la formation initiale et continue des médecins généralistes, le plus souvent en première ligne mais peu formés à la psychiatrie, comme à celle des infirmiers et cadre infirmiers, appelés à jouer un rôle croissant dans la recherche et la prise en charge, ou de tout personnel d'encadrement sanitaire formé par l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

Les parcours de soins et de vie des personnes vivant avec un trouble psychique impliquent des professionnels et des institutions très divers et n'appartenant pas tous au domaine de la santé : Éducation nationale, logement, travail, handicap.

Un bon nombre des recommandations du HCSP impliquent ces différents domaines. Il s'ensuit un besoin de sensibilisation de tous les professionnels impliqués, pour diminuer la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble psychique et permettre à celles-ci de mieux bénéficier de ces dispositifs.

L'évaluation, clef de l'amélioration des pratiques et des politiques

La recherche évaluative sur les différentes pratiques est quasi absente en psychiatrie. Des efforts ont été faits, ils doivent être amplifiés. La formation à cette recherche et aux échanges internationaux doit également être renforcée, afin d'acquérir ou de renforcer des compétences. Une attention particulière doit être accordée aux études sur l'organisation des soins en santé mentale et à l'épidémiologie.

Les personnes vivant avec un trouble psychique et les professionnels des disciplines dites paramédicales et des sciences humaines devraient être encouragés à participer à ces recherches.

Enfin, le développement de la démarche qualité est un impératif pour les établissements de santé. Les résultats des visites de certification par la Haute Autorité de santé doivent pouvoir être opérationnalisés afin de permettre un suivi des évolutions attendues et d'avoir une vision d'ensemble des établissements.

L'évaluation des pratiques et des politiques doit enfin reposer sur un système d'information national, essentiel pour leur pilotage. Les données psychiatriques doivent être intégrées dans tous les projets concernant les banques de données.

Le pilotage

Les ARS devraient se doter d'un référent en santé mentale et psychiatrie à plein temps, stable et regroupant tous les aspects de la santé mentale, avec la création d'un réseau actif de ces référents. Elles doivent encourager la concertation à tous les niveaux, définir une feuille de route et la suivre. Ce suivi doit être visible et repris au niveau national. Les efforts pour équilibrer les disparités territoriales devront être accentués et poursuivis.

Conformément aux 5 domaines clefs identifiés par la Stratégie nationale de santé, la santé mentale doit être inscrite à l'agenda du Comité interministériel pour la santé. Il est souhaitable d'appuyer ses travaux et d'encourager la transversalité entre ministères par la création d'une instance nationale de santé mentale et de psychiatrie.

Enfin, un comité psychiatrie santé mentale national réunissant toutes les parties prenantes a été récemment créé.



Programme suicide

Le suicide fait l'objet d'un corpus scientifique solide, mais largement ignoré.

Le suicide est un phénomène complexe qui inquiète un large public et qui est repris sur la place publique comme un indicateur de mal-être. En France, l'idée que le suicide est un phénomène social est largement répandue. Cependant les recherches les plus récentes ont montré que des troubles psychiques sont présents chez 90 % des personnes qui se suicident. Plus de la moitié des personnes qui meurent par suicide ont tous les critères d'un trouble dépressif au moment des faits ; les personnes vivant avec des troubles bipolaires et des troubles schizophréniques ont un risque très élevé. Une consommation élevée d'alcool et une impulsivité sont aussi des facteurs de risque.

Le suicide est multifactoriel. Il est influencé par les événements négatifs de la vie et le stress. La plupart du temps, le suicide est précédé par des événements notables, en particulier interpersonnels ou liés à la santé, comme l'annonce d'une maladie grave. Le problème est de départager les rôles relatifs des fragilités personnelles, essentiels, et les rôles joués par les événements extérieurs, qui peuvent être des déclencheurs. Ces événements n'auraient pas les mêmes effets en l'absence d'une fragilité sous-jacente, comme le montre la fréquence très basse des suicides dans des contextes difficiles.

Il faut bien distinguer le suicide "complété" (avec décès), des tentatives de suicide (le sujet a survécu) et des idées suicidaires, qui sont souvent des notions confondues. Leurs fréquences respectives sont très différentes : les idées suicidaires sont assez fréquentes alors que les tentatives le sont déjà moins et que le suicide dit complété est beaucoup plus rare. Ainsi au cours d'une année sur une population de 100 000 personnes, 3 900 auront des idées suicidaires, 500 feront une tentative de suicide et 16 commettront un suicide qui aboutira à un décès (Baromètre santé 2010). Cela signifie que la grande majorité des personnes qui ont des idées suicidaires ou font des tentatives ne se suicideront pas. Inversement, parmi les personnes qui se sont suicidées certaines n'ont fait aucune tentative, voire n'ont pas eu d'idées suicidaires préalables.

Le décès par suicide concerne surtout les hommes et en fréquence relative plus volontiers des hommes âgés.

Mais en nombre absolu, ce sont les hommes entre 40 et 50 ans qui sont le plus touchés. Les tentatives de suicide sont, elles, beaucoup plus fréquentes chez les femmes, avec deux pics : chez les 15-19 ans et chez les femmes d'âge moyen (40-50 ans).

Une revue de littérature de l'INPES (2012) a largement contribué à éclairer les professionnels concernés sur les interventions efficaces dans la prévention du suicide.

Synthétiquement ce sont :

- La restriction de l'accès aux moyens létaux.
- Le maintien d'un contact avec les personnes à risque.
- La réorganisation des soins autour d'interventions efficaces durant la phase de traitement des patients.
- La formation des professionnels, en premier lieu les médecins généralistes.
- L'organisation d'un recours facile et adéquat auprès des services spécialisés en psychiatrie quand c'est nécessaire.

PNACS (Programme national d'action contre le suicide) 2011-2014 : un ciblage inadéquat

Le programme est en fait une liste de mesures qui ne sont pas toujours en phase avec les recommandations des revues scientifiques quant aux interventions basées sur les preuves.

Ainsi les populations à risque élevé de passage à l'acte (par exemple, celles ayant déjà fait une tentative de suicide) ne sont pas les plus ciblées par le programme. Les professionnels, en particulier les médecins généralistes, ne sont pas suffisamment privilégiés.

Neuf recommandations

C'est pourquoi le HCSP a formulé neuf recommandations, avec comme priorités :

- L'inscription de la prévention du suicide dans le champ de la santé mentale, sans lui attribuer un programme spécifique. Cette prévention doit être du ressort du référent santé mentale, préconisé par le HCSP dans son évaluation du PPSM 2011-2015.
- Le ciblage des populations à risque en fonction des données épidémiologiques, notamment en se référant au sexe, à l'âge et aux antécédents de tentatives de suicide.
- L'inscription du médecin généraliste comme acteur fondamental de la prévention. Le principe général de leur mise en œuvre opérationnelle est de commencer par les actions concernant les personnes les plus immédiatement à risque le plus élevé, dont la prise en charge doit être effectuée par des professionnels spécialisés. Il faut progressivement remonter vers la prévention primaire en insistant sur la formation des médecins généralistes. Les actions doivent être évaluées à partir d'un dispositif d'observation efficace et en fonction d'objectifs chiffrés.

MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES :

l'intérêt d'un groupe pluridisciplinaire et réactif



D'après un entretien réalisé
avec [Christian Chidiac](#),
Président de la Commission
Maladies transmissibles

Contrairement aux espoirs nés avec les progrès de la vaccination, de la chimiothérapie anti-infectieuse, dont l'antibiothérapie, et des mesures d'hygiène, les maladies infectieuses n'ont pas disparu et se sont même renouvelées avec l'émergence ou la réémergence de plusieurs agents pathogènes. Cette situation a conduit la Commission spécialisée Maladies transmissibles (CSMT) du HCSP à répondre à de multiples saisines, dont certaines récentes sont évoquées plus bas.

Pour chacune d'elles, la complexité des problématiques a imposé la collaboration active d'autres commissions du HCSP (Commission Sécurité des patients, Comité technique des vaccinations, Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation) et de diverses institutions : Santé publique France, ANSM, HAS, centres nationaux de référence concernés, sociétés savantes, médecins généralistes. Les délais souvent très courts de réponse attendue aux saisines rendent d'autant plus remarquable l'engagement de ces différents acteurs, garant de la qualité scientifique des avis rendus.

Les travaux pilotés par la CSMT sont bien illustrés par ceux relatifs à trois agents pathogènes posant chacun des problématiques spécifiques.

MERS-CoV : syndrome respiratoire du Moyen-Orient du à un coronavirus

Il s'agit d'un coronavirus proche de celui ayant provoqué l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) survenue en 2003. Il est responsable d'une infection fréquemment létale (41 % des cas), documentée principalement dans des pays de la Péninsule arabique, où il est apparu en septembre 2012. Il a fait l'objet d'un premier avis du HCSP dès mars 2013, suivi par deux autres la même année, puis par leur actualisation en avril 2015.

Évoluant avec les progrès des connaissances scientifiques, les recommandations se sont attachées à définir les cas, à préciser la place des examens complémentaires (biologie et radiologie), à donner la conduite à tenir à l'égard des cas suspects, possibles ou confirmés, à formuler les règles d'isolement et les précautions vis-à-vis de l'entourage. Il existe en effet une transmission interhumaine, qui a été particulièrement mise en évidence dans les établissements de santé, posant le problème de la surveillance des personnels soignants revenant en métropole après, par exemple, une mission humanitaire.

Maladie à virus Ebola (MVE)

Entre mars 2014 et juin 2016, elle a touché au moins 28 616 personnes (cas confirmés), dont 11 310 en sont décédées, dans quatre pays d'Afrique de l'ouest : Guinée, Sierra Leone, Libéria, Nigéria. Le HCSP a été l'objet de très nombreuses saisines, principalement motivées par la gestion des risques en métropole. La maladie est en effet grave et due à un agent hautement transmissible. Dans ce contexte, il était important que les différents acteurs de santé parlent et agissent de manière homogène. Cela a été possible grâce à la constitution d'un groupe de travail spécifique, le « groupe MVE pérenne », associant notamment les Samu aux acteurs précédemment cités, dont il faut souligner la réactivité et la mobilisation.

Le HCSP a pu ainsi indiquer très rapidement :


- Les mesures à prendre devant des personnes asymptomatiques revenant d'un des pays d'endémie.
- Les diverses mesures d'hygiène.
- Les modalités de prise en charge immédiate, de transport et d'hospitalisation, ainsi que les modalités de réalisation des examens de laboratoire indispensables, l'ensemble pour un patient suspect, possible ou confirmé.

Les avis suivants se sont penchés sur des problématiques particulières, très variées : recommandations à l'égard des professionnels exerçant dans un établissement de santé, qu'il soit établissement de référence habilité ou non, équipements de protection individuelle, gestion et élimination des déchets, conduite à tenir en cas de décès d'un patient, anticipation de l'atteinte du territoire national et son éventuel impact, etc. Leur diffusion rapide au niveau des agences régionales de santé (ARS), des établissements de santé, des SAMU et des services d'accueil et des urgences a permis une gestion sécurisée des alertes, soulignant au passage le considérable différentiel de qualité entre notre système de soins et celui des pays touchés.

Infection par le virus Zika

En France, de mai à juillet 2016, 200 cas recensés en métropole ont été importés des régions d'épidémie, Brésil en premier lieu, et deux ont été dus à une transmission sexuelle. Des craintes existaient à propos d'une extension de l'infection dans les départements et territoires d'outre-mer, voire dans certaines zones métropolitaines, le moustique vecteur du virus Zika y étant présent.

Le premier avis du HCSP (juillet 2015) se concentrait sur les formes asymptomatiques, fréquentes, et le risque de complications neurologiques. Il était révisé dès janvier 2016 devant la forte suspicion d'atteintes neurologiques graves chez le fœtus (microcéphalies) et l'extension de la maladie, puis en février, mars et juin de la même année. Ces différents avis ont permis entre autres de préciser la conduite à tenir vis-à-vis des femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse, ainsi que des hommes, vivant ou voyageant dans les zones de circulation du virus, et vis-à-vis des nouveau-nés et nourrissons dont la mère a eu un risque réalisé ou non d'infection par le virus.



Les avis émis à propos de ces trois types d'infection soulignent l'intérêt d'un groupe transdisciplinaire réactif permettant une réponse rapide à une saisine portant sur une urgence sanitaire.



PRINCIPAUX SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARS : Agence régionale de santé

CEGIDD : Centre gratuit d'Information, de dépistage et de diagnostic

CLIP : Centre labellisé de phase précoce

CMVI : Comité des Maladies liées aux voyages et des maladies d'importation

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPEF : Centres de planification et d'éducation familiale

CSESP : Commission spécialisée Évaluation, stratégie et prospective

CSMC : Commission spécialisée Maladies chroniques

CSMT : Commission spécialisée Maladies transmissibles

CSRE : Commission spécialisée Risques liés à l'environnement

CSSP : Commission spécialisée Sécurité des patients

CTV : Comité technique des vaccinations

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGPR : Direction générale de la prévention des risques

DGS : Direction générale de la santé

DMP : Dossier médical personnel

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHESP : École des hautes études en santé publique

ETP : Éducation thérapeutique du patient

FSA : Food Standards Agency

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

GHT : Groupement hospitalier de territoire

HIA : Health Impact Assessment

HTAPP : Hypertension artérielle pulmonaire primitive

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INCA : Institut national du cancer

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MVE : Maladie à virus Ebola

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNACS : Programme national d'action contre le suicide

PNNS : Programme national nutrition santé

PNSE : Plan national santé environnement

SIRIC : Site de recherche intégrée sur le cancer

SRAS : Syndrome respiratoire aigu sévère

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

