

---

## AVIS

---

### relatif à la saisine du 17 mai 2017 sur la stratégie nationale de santé

8 septembre 2017

---

Par la saisine du 17 mai 2017, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) et la Direction générale de la santé (DGS) ont sollicité l'avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur la stratégie nationale de santé (SNS). Le processus de définition de la SNS et son contenu sont encadrés par la loi de modernisation de notre système de santé et par le décret du 28 novembre 2016 relatif à la SNS. La SNS détermine, de manière pluriannuelle, les domaines d'action prioritaires et les objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie.

Plus particulièrement, cette saisine du HCSP porte sur l'analyse préalable de l'état de santé de la population, des déterminants de cet état de santé et des stratégies d'action envisageables sur laquelle pourra s'appuyer la détermination des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la SNS.

Afin de répondre à cette saisine, le HCSP a mis en place un groupe de travail *ad hoc* (groupe SNS-I), associant les quatre commissions spécialisées et le Collège du HCSP. Après analyse de la documentation disponible, prenant en compte notamment les éléments du rapport sur l'état de santé de la population en France<sup>1</sup>, et sur la base de ses travaux antérieurs, le HCSP identifie 4 grands problèmes de santé devant être pris en compte dans une stratégie nationale de santé, analyse leurs déterminants, et fait des recommandations selon 4 principes de stratégie d'action avec 5 axes d'action.

#### LE HCSP A PRIS EN COMPTE LES ELEMENTS SUIVANTS :

- **Le contexte national** : la SNS<sup>2</sup> constitue l'ossature de la politique de santé en France depuis la loi de modernisation de notre système de santé et ses décrets.
- **Le contexte international** : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini une stratégie pour la région Europe dans le plan Santé 2020. Un document d'orientation décrit le cadre politique de cette stratégie d'action, approuvé depuis 2012 par les 53 pays de la région européenne<sup>3</sup>. La stratégie de l'Union européenne a été définie dans

---

<sup>1</sup> L'état de Santé de la France. Rapport 2017 : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

<sup>2</sup> Décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé

<sup>3</sup> OMS, (2013), Santé 2020 – Cadre politique et stratégie, Bureau Europe de l'OMS, 219 p.  
[www.who.int](http://www.who.int)

deux documents d'orientation : « Ensemble pour la santé - 2008-2013 » et « Investir pour la santé - 2014-2020 ».

- **Le cas particulier des inégalités de santé** : les inégalités sociales de santé (ISS) sont un problème complexe auquel sont confrontés de nombreux pays. Afin d'alimenter les réflexions relatives à l'élaboration de la SNS en France, les approches choisies par d'autres pays, notamment de la région OMS Europe (Écosse, Slovénie, Norvège, Portugal, Estonie), ont été examinées.
- **La priorisation des problèmes de santé** : le groupe de travail SNS-I a décidé de définir les priorités de manière structurée sur la base de plusieurs critères objectifs et subjectifs :
  - Le poids de la maladie (*burden of disease*) actuel ou futur (incidence, prévalence, mortalité attribuable, morbidité, incapacité attribuable - risque potentiel).
  - Le poids économique du problème pour la société, en s'appuyant notamment sur les données du rapport « charges et produits » de la Cnamts et le coût des réponses apportées.
  - L'identification d'un ou plusieurs déterminants connus.
  - L'existence d'actions efficaces connues, de capacités potentielles de prévention sur ces déterminants.
  - L'existence d'inégalités sociales et territoriales.
  - La perception sociale (importance que la société donne au problème).
  - La capacité de partage de ce problème entre les professionnels et le grand public.

#### LES CONSTATS CONCERNANT L'ÉTAT DE SANTE DE LA FRANCE SONT LES SUIVANTS :

- **Un état de santé contrasté** : l'évolution des indicateurs de santé globaux est satisfaisante avec une espérance de vie élevée (85,4 ans pour les femmes, 79,3 ans pour les hommes en 2016), en constante augmentation depuis plusieurs décennies, mais avec une place croissante des maladies chroniques.
- **Des inégalités territoriales et sociales de santé marquées** : si la France se situe dans le groupe des pays à espérance de vie élevée, elle se caractérise par des inégalités de mortalité particulièrement marquées et persistantes, entre hommes et femmes, et entre groupes sociaux. Les disparités géographiques sont également marquées : l'inégalité territoriale de santé, c'est-à-dire la variabilité spatiale de la mortalité et plus rarement de la morbidité au sein de la population nationale, persiste et semble se creuser.
- **Un poids croissant des limitations et de la dépendance**, renforcé par la crise économique : à partir de 70 ans, les limitations fonctionnelles deviennent plus fréquentes, à partir de 80-85 ans s'expriment de façon importante au quotidien les effets conjugués de la sénescence et des conséquences fonctionnelles et sociales des maladies chroniques invalidantes<sup>4</sup>.
- **Des inégalités d'accès à la prévention** mesurées par la mortalité prématurée et la mortalité évitable : ces deux indicateurs montrent de grandes disparités entre les groupes sociaux et les territoires traduisant de grandes variations d'exposition à des facteurs de risque en lien avec une surmortalité.

---

<sup>4</sup> HCSP Crise économique, santé et inégalités sociales de santé  
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=570>

- **Le cas particulier des régions ultramarines** : elles se distinguent très nettement des régions hexagonales par leurs caractéristiques sociodémographiques et sanitaires. Elles présentent en moyenne des populations plus jeunes que celles de la France métropolitaine, une fécondité plus élevée, notamment chez les mineures. Les indicateurs sociaux (revenus, emploi, formation) y sont globalement moins favorables de même que les indicateurs sanitaires : mortalité prématurée, mortalité infantile ou incidence de certaines pathologies sont plus élevées qu'en France métropolitaine.

**DANS CE CONTEXTE, LE HCSP A IDENTIFIE QUATRE GRANDS PROBLEMES DE SANTE A PRENDRE EN COMPTE POUR UNE SNS**

## **1. Les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques**

- **La pollution atmosphérique serait à l'origine de 48 000 décès** anticipés annuels en France d'après la dernière enquête de Santé publique France, avec un coût estimé à 101,3 milliards d'euros annuels selon le rapport du Sénat du 15 juillet 2015.
- **Les représentations de ces risques sont très différentes dans la population** et la nature de ces risques est particulière. Chacun individu réagit différemment aux risques et nuisances auxquels il est exposé en fonction de son âge, de son état de santé, ou de sa susceptibilité génétique. Certaines personnes, notamment les enfants, peuvent être particulièrement sensibles. Les recherches ont démontré l'importance de la « fenêtre d'exposition », en particulier pendant la période fœtale et le tout jeune âge, et la possibilité d'une transmission d'effets adverses de la mère à l'enfant *via* des modifications épigénétiques. Ceci doit conduire à un souci particulier de protection de certaines populations, dont les femmes enceintes et les jeunes enfants.
- **Les expositions à ces risques sont très variables.** La notion d'« exposome » est apparue récemment pour définir ces expositions complexes et rendre mieux compte de la réalité. Elle implique de prendre en considération les diverses sources de pollution susceptibles de concourir à l'altération de la santé des individus, à la fois en considérant la totalité des voies d'exposition à un polluant ou une nuisance, et quand c'est possible les interactions entre polluants et nuisances.
- **Il existe de grandes inégalités socio-territoriales liées à l'environnement.** Elles sont la résultante de deux processus : (1) une inégalité d'exposition à un ou plusieurs facteurs de risques liés aux milieux, souvent cumulés dans le temps ; et (2) une inégalité de vulnérabilité aux effets de cette exposition, en raison de l'interaction avec d'autres facteurs agissant sur l'état de santé (régime alimentaire, sédentarité, tabagisme, accès aux soins etc.). Ces inégalités environnementales contribuent aux inégalités de santé.
- **Les risques émergents doivent être quantifiés.** Ces risques dits « émergents » sont sources d'incertitudes, voire de controverses, souvent liées à des difficultés objectives de mesures des effets sur la santé ou à l'insuffisance de dispositifs susceptibles de repérer d'éventuels risques pour la santé. Une structuration adaptée de la recherche et de l'expertise privilégiant une approche pluridisciplinaire est nécessaire pour mieux apprécier ces risques dont les nanotechnologies, les ondes électromagnétiques ou les perturbateurs endocriniens.
- **La question du changement climatique, de ses impacts environnementaux et des répercussions prévisibles sur la santé des populations est un enjeu important.** Ce risque concerne essentiellement les risques biologiques, dont les risques microbiologiques environnementaux. Des maladies à vecteurs (dengue, chikungunya) voient des développements épidémiques préoccupants dans les départements d'Outre-mer, et des

changements de mode de vie entraînent une extension de ces risques dans les zones métropolitaines jusqu'ici peu affectées.

Parmi les constats sanitaires de l'impact de l'environnement sur la santé qui risquent de s'aggraver dans le futur, deux thématiques sont prioritaires : la pollution de l'air et les risques chimiques liés aux pesticides et perturbateurs endocriniens.

## 2. Exposition de la population aux risques infectieux

- **L'antibiorésistance est un problème mondial de santé publique.** Véritable bombe à retardement, l'émergence des résistances bactériennes est inquiétante, remettant en cause les avancées de la médecine moderne. En France, l'incidence en 2012 des infections à bactéries multirésistantes (BMR) a été évaluée à 158 000 cas dont 16 000 infections invasives (bactériémies et méningites), et la mortalité liée aux BMR à 12 500 cas en 2012 dont 2 700 pour les infections invasives, ces chiffres étant probablement sous-estimés.
- **Le contrôle du risque est insuffisant pour un grand nombre de maladies infectieuses. Ceci est dû à une couverture vaccinale insuffisante et/ou à une transmission non maîtrisée.** En dépit d'un fardeau de la maladie connu et préoccupant (infections invasives à pneumocoque, méningites à méningocoque C, infections à papillomavirus - HPV et ses conséquences, grippe, infections par le VIH, les virus des hépatites, infections sexuellement transmissibles ou IST), la prévention demeure insuffisante.
- **Il existe un risque sanitaire important lié aux maladies émergentes et ré-émergentes.** Les maladies infectieuses peuvent être importées dans des territoires jusque-là indemnes dans des circonstances variées telles que l'introduction d'un réservoir de virus animal ou humain, l'introduction de malades dans des zones où les conditions de transmission sont déjà réunies, et notamment pour les arboviroses lorsque le vecteur est déjà présent. Les modifications environnementales favorables à l'extension du vecteur peuvent également jouer un rôle.

## 3. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et ses conséquences

- **Les maladies chroniques sont fréquentes et leur prévalence augmente.** En France, la question de la dépendance est devenue un enjeu majeur compte-tenu du vieillissement de la population et de l'augmentation rapide et inexorable, au cours des prochaines décennies, du nombre des personnes âgées et surtout des personnes très âgées. Entre 2015 et 2020, les projections font état d'une augmentation de 13 % pour les maladies cardiovasculaires, de 12 % pour le diabète, de 10 % pour les maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose), de 11 % pour les maladies psychiatriques, de 20 % pour les maladies inflammatoires, les maladies rares, les infections à VIH et le sida<sup>5</sup>.
- **Des conséquences personnelles, pour l'entourage, et sociétales :** l'entourage proche (aidants) assume très souvent une lourde part de la charge que représente l'accompagnement quotidien des personnes souffrant de maladies chroniques. Le retentissement économique et sur la qualité de vie des aidants familiaux est à prendre en compte.
- **Un cas particulier : la lutte et la prévention de toutes les formes de violences faites aux enfants.** Les violences que sont susceptibles de subir ou de provoquer les mineurs

---

<sup>5</sup> Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/rapport\\_charges\\_produits\\_2017.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/rapport_charges_produits_2017.pdf)

s'inscrivent dans le champ plus large de la protection de l'enfance. Elles nécessitent l'amélioration du repérage et du dépistage par la formation, l'amélioration des pratiques professionnelles, notamment celles des professionnels des soins et des professionnels de la petite enfance.

#### 4. L'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux

- **La sécurité des patients pèse lourdement sur l'état de santé et constitue une demande importante de la population.** Les risques associés à tous les types de soins ont été évalués par deux enquêtes nationales (ENEIS) réalisées en 2004 et 2009. Ces études ont montré que, sur plus de 8 000 patients dans 81 établissements publics et privés, le nombre d'évènements indésirables graves (EIG) survenus pendant une hospitalisation était estimé entre 275 000 et 395 000 par an, dont 95 000 à 180 000 considérés comme évitables. Par ailleurs des publications récentes estiment que 30 000 à 40 000 décès par an en France pourraient être associés à un EIG (5).
- **Les risques sont associés à tous les types d'activité médicale** (investigations, traitements, actes médicaux à visée esthétique ou actions de prévention) et ne concernent pas seulement les soins. Ils doivent faire l'objet d'une attention particulière et être mieux expliqués à la population. C'est par exemple le cas du dépistage, du diagnostic des maladies chroniques souvent fait tardivement, ou de la iatrogénie due à la polymédication.

**Le poids important du recours à l'hôpital** est une particularité du système de santé français. La France consacre 46,7% de sa consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) à des dépenses hospitalières soit près de 91 milliards d'euros alors que les soins de ville ne représentent que 26% de ces dépenses. Ceci est à rapporter au nombre croissant des hospitalisations ponctuelles noté par l'assurance maladie. Il est nécessaire d'identifier les hospitalisations évitables par un système de soins primaires permettant une prise en charge de proximité.

#### LE HCSP PROPOSE UNE ANALYSE DES PRINCIPAUX DETERMINANTS DE CES QUATRE GRANDS PROBLEMES DE SANTE ET NOTAMMENT DE CEUX SUR LESQUELS UNE ACTION EST POSSIBLE

De multiples déterminants sociaux (revenus, éducation, catégorie sociale...) et environnementaux (logement, travail, milieu extérieur, aliments...) exercent une forte influence sur la santé des populations, avec les déterminants individuels (comportements), influence bien supérieure à celle des soins. De nombreuses maladies chroniques sont évitables par des interventions efficaces en prévention primaire (réduction du tabagisme et de la consommation d'alcool, lutte contre la sédentarité, l'inactivité physique, le surpoids et l'obésité, les risques environnementaux, programmes de certaines vaccinations), et par des traitements opportuns et efficaces.

#### 1. L'exposition à des facteurs de risque comportementaux

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

- **L'alcool** : malgré une baisse significative de la consommation durant ces 30 dernières années, l'alcool constitue en France l'un des déterminants majeurs de l'état de santé de la population.
- **Le tabagisme** est un des principaux déterminants de la santé et la première cause de décès évitable en France.

Ainsi trois facteurs de risque comportementaux expliquent une part majeure de la mortalité, de la mortalité prématurée évitable, et des inégalités de santé observées en France.

## 2. L'exposition à des facteurs de risque environnementaux

- **La pollution de l'air est un déterminant de l'état de santé** de la population française, même si la quantification de ses effets nécessite d'être affinée. La pollution atmosphérique doit être considérée comme un domaine d'action prioritaire du fait de ses effets sur la santé en termes de morbidité et de mortalité, et de ses conséquences en termes de coût. De plus, son rôle dans les inégalités de santé impose de considérer la pollution de l'air comme un déterminant majeur sur lequel agir.
- **Les pesticides et les perturbateurs endocriniens constituent deux autres déterminants** dont le rôle mérite d'être précisé. La France est l'un des premiers utilisateurs mondiaux de produits phytopharmaceutiques. Les activités agricoles sont les principales utilisatrices des pesticides, mais ces produits sont également utilisés dans de nombreuses professions non agricoles et par les particuliers dans les jardins et dans les potagers.

## 3. L'exposition à des facteurs de risque sociaux et culturels

- On estime que 20 % des personnes ont un niveau de littératie insuffisant pour comprendre un texte simple, et que 40 à 50% des personnes ont un niveau insuffisant de littératie en santé pour comprendre et utiliser les informations en santé.
- Les facteurs sociaux jouent un rôle particulièrement important pour expliquer l'état de santé des populations vulnérables. Ils représentent un puissant levier d'action pour réduire les inégalités sociales de santé. Cependant ces déterminants sont pour l'essentiel situés hors du champ de la santé. Les mobiliser nécessite donc une approche interministérielle et concerne toutes les collectivités.

## 4. Le rôle du système de santé comme déterminant de la santé

- 40% des gains d'espérance de vie observé dans les pays riches sont expliqués par l'accroissement des dépenses de santé, le reste résultant de l'évolution des modes de vie (éducation, revenus, pollution, tabagisme, alcool, alimentation, etc.).
- Le système de santé français occupe une place globalement favorable, avec des atouts qui lui sont régulièrement reconnus : une bonne accessibilité en droit, une offre globalement abondante et de qualité, et des résultats souvent favorables, comme par exemple dans le traitement des patients atteints de cancers.
- En agissant sur les objectifs, l'organisation et le financement du système de soins et plus largement du système de santé, il est possible de mieux répondre aux évolutions nécessaires. Le système de santé français a des caractéristiques expliquant les constats faits précédemment, caractéristiques sur lesquelles il est possible d'agir pour en modifier l'efficacité :

- **Une offre de soins mal répartie** : la répartition des ressources de santé sur le territoire national est souvent problématique. La répartition des différents professionnels de santé (et pas seulement des médecins) selon les régions est notamment particulièrement contrastée en 2016.
- **D'importantes inégalités sociales dans le recours aux soins** : l'effet des inégalités sociales sur l'état de santé de la population se double d'un effet aggravant sur l'accès aux soins de cette même population, pour la prévention comme pour les soins curatifs.
- **Une organisation de l'offre de soins déséquilibrée** : le segment hospitalier de l'offre de soins est prégnant par rapport aux soins de ville en France, comparativement aux autres pays développés. Le recours aux médecins de ville (6,3 consultations par an) est sensiblement moins développé en France que dans les autres pays de l'UE (7,5 pour les 15 premiers pays de l'UE et même 8,7 par an pour ceux ayant adhéré depuis 2004).
- **Une continuité des soins problématique en France** : la fragmentation et le manque de coordination des soins sont favorisés par le financement des soins à l'acte (en ville) ou au séjour (dans les établissements), et entretenus par la trop lente progression des systèmes d'information partagés.
- **La sécurité des patients est encore améliorable**. Malgré des progrès, il est difficile d'affirmer que la culture de sécurité a progressé. Les patients sont encore peu associés à leur propre sécurité. Le développement de la sécurité des soins de ville est sensiblement moins avancé que dans les établissements de santé.
- **La qualité de vie au travail des professionnels de santé se dégrade**. Les données sociales disponibles livrent des indicateurs de ressources humaines inquiétants : taux d'absentéisme élevé (plus de 14 % en 2016 selon un sondage SOFRES), exposition importante aux risques professionnels, notamment aux troubles musculo-squelettiques (TMS) et aux risques psycho-sociaux, intention fréquente de quitter la profession.

## 5. Les risques génétiques

Parmi les facteurs de risque de développer des maladies, les facteurs héréditaires par le biais de mutations génétiques constitutionnelles délétères (MCD) font l'objet d'une grande attention médiatique et d'une attente sans doute surdimensionnée de la part de la population. Ces facteurs génétiques ne peuvent pas être modifiés pour l'instant mais pourront l'être probablement à moyen terme. En revanche, leurs conséquences peuvent être prises en charge et diminuées par le système de santé, d'où l'intérêt de développer des méthodes permettant un diagnostic fiable et pouvant déboucher sur un traitement curatif. De ce point de vue, le développement des plateformes de séquençage est un acquis important.

**PRENANT EN COMPTE LES GRANDS PROBLEMES DE SANTE ET LEURS DETERMINANTS LE HCSP RECOMMANDE DE DEFINIR UNE STRATEGIE NATIONALE DE SANTE SELON QUATRE PRINCIPES DE STRATEGIES D’ACTION, CINQ AXES ET UNE METHODOLOGIE DE MISE EN ŒUVRE**

## 1. Stratégies d’action pour une SNS : quatre principes

### Principe 1 : la santé comme objectif dans toutes les politiques

Une approche par déterminants de santé oblige à considérer les facteurs facilitants ou au contraire limitant le développement de ces déterminants et les moyens de les modifier.

**Pour mettre en œuvre ce principe, le HCSP recommande de :**

- **Privilégier une approche interministérielle :** la nécessité de mobilisation interministérielle se retrouve à plusieurs niveaux : la conception des politiques de santé à travers les stratégies, plans et programmes, mais aussi le pilotage de ces politiques permettant de rendre effective cette dimension. De telles structures ont été mises en place comme par exemple le comité interministériel pour la santé.
- **Impliquer et mobiliser toutes les collectivités territoriales et locales :** le rôle des collectivités territoriales et locales dans l’état de santé de la population est majeur, quelles que soient leurs compétences réglementaires. Dès lors, que l’on considère la santé et non la seule délivrance des soins et que l’on développe une approche populationnelle, les réponses doivent être envisagées à l’échelon de ces collectivités et avec leur implication.
- **Penser les conséquences à long terme des politiques mises en œuvre :** l’action des déterminants de santé s’exerce tout au long de la vie et une exposition, notamment dans l’enfance, est susceptible d’un impact sur la santé plusieurs décennies plus tard. Cet effet retardé s’observe à tous les âges de la vie. Il devient donc impératif d’évaluer a priori, puis de suivre l’impact des politiques sur l’état de santé et l’équité, à court, moyen et long termes.
- **Mettre en œuvre un dispositif d’évaluation d’impact sur la santé de toutes les politiques :** la démarche d’évaluation d’impact en santé (EIS) permet d’identifier, à l’aide d’informations scientifiques et contextuelles et d’outils variés, les effets potentiels d’un projet ou d’une politique sur la santé d’une population et sur la distribution de ces effets selon différents groupes. Par leur caractère participatif, les EIS permettent de dégager des mesures et des solutions visant à diminuer les effets négatifs et accroître les effets positifs d’un projet en amont de sa réalisation.
- **Considérer systématiquement les questions environnementales :** dans l’effort général visant à réduire la pollution atmosphérique, un accent particulier doit être porté sur les territoires où résident des populations modestes au plan socio-économique. Certaines populations présentent une sensibilité particulière aux effets nocifs de la pollution atmosphérique. C’est donc par les politiques d’aménagement urbain qu’il est possible de tenir compte de ces populations vulnérables et d’agir à la source sur l’exposition de la population aux polluants.

### Principe 2 : une lutte résolue et active contre les inégalités territoriales et sociales de santé.

Si la réduction des inégalités sociales de santé est un objectif clairement identifié des politiques de santé, le mode opératoire reste encore problématique. Les principes de réduction des inégalités sociales de santé maintenant admis comme l'universalisme proportionné ou l'augmentation du niveau de littératie en santé sont peu concrétisés et les mesures envisagées encore très générales.

**Pour mettre en œuvre ce principe, le HCSP recommande de :**

- **Afficher l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et les intégrer dans le suivi des indicateurs.** Les inégalités sociales de santé ne concernent pas seulement les personnes les plus précaires, c'est-à-dire les plus vulnérables socialement et économiquement : il s'agit en effet d'un gradient qui traverse l'ensemble de la population. Ce dernier se traduit par des différences entre les niveaux de l'échelle sociale qui ne concernent pas uniquement les catégories extrêmes. Produire et analyser de façon régulière des données permettant d'avoir des indicateurs déclinés en fonction des catégories socioéconomiques et des zones géographiques doit être un premier objectif. Ces indicateurs doivent se situer aux différentes étapes de la maladie et du parcours de soins (facteurs de risque, fréquence de maladie, diagnostic, accès primaire et secondaire aux soins, mortalité).
- **Considérer la réduction des ISS comme un objectif à tous les âges.** Les travaux conduits dans le domaine de l'épidémiologie du cours de la vie (*lifecourse epidemiology*) et plus récemment de l'épigénétique soulignent le rôle des premières années de vie sur la santé à l'âge adulte. Le niveau de pauvreté des enfants s'est aggravé durant la dernière crise économique. Un rapport du Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF) en 2015 a attiré l'attention sur les conditions de vie des enfants en France.
- **Renforcer le caractère redistributif du système de protection sociale et veiller à l'équité dans l'accès aux soins.** Cette mesure concerne les populations en situation de précarité pour lesquelles les dispositifs d'urgence ne peuvent suffire. La précarité énergétique et l'insécurité alimentaire sont des points d'attention particuliers. Cette mesure concerne aussi l'ensemble de la population pour laquelle la protection sociale a eu un effet protecteur partiel sur les effets de la crise économique. Il importe de maintenir voire de renforcer ce niveau de protection sociale.
- **Faire de la réduction des inégalités de santé une priorité dans l'enfance.** La faiblesse des politiques de réduction des ISS chez les enfants, soulignée dans un rapport récent de l'IGAS, n'a guère évolué. Si les politiques familiales sont susceptibles d'exercer un effet protecteur pour les enfants, il est nécessaire d'en évaluer les effets. Par ailleurs, l'école joue un rôle majeur dans la construction personnelle des enfants et des adolescents. L'école doit devenir un lieu promoteur de bien-être, de réussite éducative, d'épanouissement pour tous et de lutte contre les inégalités de santé.

### Principe 3 : une approche territorialisée de la SNS

Les problèmes de coordination entre les différents échelons chargés de la mise en œuvre des politiques de santé publique sont fréquents. Il semble nécessaire au HCSP que ce point soit systématiquement considéré et précisé dans la définition de la politique de santé déclinant la SNS comme dans sa mise en œuvre.

**Pour mettre en œuvre ce principe, le HCSP recommande de :**

- **développer une Europe de la santé :** la Direction générale de la santé de la Commission européenne porte l'ambition depuis plusieurs années d'une stratégie commune en matière de santé, en dépit d'une souveraineté nationale de l'action publique dans ce domaine. L'efficacité sanitaire exige la coopération des états membres pour régler notamment les impacts transfrontaliers de la lutte contre les pandémies et le bioterrorisme. Le HCSP considère que la Stratégie nationale de santé de la France doit

être articulée avec la stratégie européenne de santé, et préconise une évolution de la coopération européenne pouvant conduire à terme vers un véritable plan européen de santé publique.

- **L'articulation des politiques nationales et régionales :** un des constats fait par le HCSP à travers ses travaux est la cohabitation de logiques différentes à ces deux niveaux, qui ont pu nuire à l'efficacité des politiques publiques de santé. Une meilleure coordination entre les politiques régionales et la politique nationale de santé constitue une marge d'amélioration que le HCSP souhaite souligner. Le HCSP incite aussi à définir plus précisément les liens entre les différents niveaux territoriaux dans leur mise en œuvre de la SNS.

#### **Principe 4 : la nécessité d'impliquer les usagers et les citoyens, pour une démocratie d'apprentissage de l'utilisateur**

L'adhésion de la population aux mesures de santé publique est un enjeu majeur des politiques et des systèmes de santé modernes, les relations de la population aux décideurs et aux experts ayant été profondément modifiées par des crises sanitaires et par la modification des moyens technologiques de l'information et de la communication.

**Pour mettre en œuvre ce principe le HCSP recommande de :**

- **Prendre en compte le niveau de confiance de la population sur chaque mesure de santé :** la confiance est identifiée comme une variable déterminante de l'acceptabilité d'un risque. En fait, l'acceptabilité de certains risques est fortement déterminée par la confiance que les individus accordent aux gestionnaires du risque. La confiance peut être réduite vis-à-vis de certains acteurs (politiques) mais plus élevée pour d'autres (experts), quand tous deux sont directement impliqués dans la gestion du risque. Par ailleurs, la confiance peut coexister avec un niveau important de scepticisme ou d'attitude critique. L'absence de participation de la population dans les processus de décision est un facteur diminuant cette confiance.
- **Prendre en compte la perception du risque :** les individus et groupes sociaux jugent ou évaluent leurs risques à travers leur perception. La perception des risques pilote les comportements.
- **Prendre en compte l'évolution sociétale par rapport aux messages :** l'évolution de la société et des moyens d'information pose la question de la place de la science dans la conduite des politiques. Les faits alternatifs et les fausses nouvelles (*fake news*) sont en compétition à pied d'égalité avec des textes scientifiques revus par des pairs, ou des textes venant de sources considérées autrefois comme d'autorité. Les nouvelles techniques numériques, bien que servant d'accélérateurs et d'amplificateurs, fonctionnent sur des fondamentaux humains immuables qui doivent être connus.
- **Développer l'information du public et la démocratie sanitaire :** le développement de la démocratie sanitaire a fait l'objet de diverses mesures dans les lois et plans de santé publique. Le préalable est la mise à disposition d'une information accessible et adaptée aux différents publics comme le permettra le service public d'information en santé qui doit être mise en œuvre et développé rapidement. L'information en santé est en effet un des principaux leviers de l'accès aux soins et aux droits<sup>6</sup>. Le renforcement de la démocratie sanitaire a fait l'objet de plusieurs mesures dans la loi de modernisation de notre système de santé. Il doit être étendu.

<sup>6</sup> <https://sante.fr/service-public-dinformation-en-sante>

## 2. Stratégies d'action pour une SNS : cinq axes

### AXE 1 : une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse et soutenue.

Cette politique de prévention et de promotion de la santé doit être conçue selon une approche « vie entière » et prendre en compte les inégalités de santé.

Pour mettre en œuvre cet axe d'action, le HCSP recommande de :

- **Prévoir une structuration et un financement de l'effort de prévention à la hauteur des ambitions**, notamment *via* la création d'un fonds spécifique pour la promotion de la santé dédié à l'accompagnement et à l'intervention, à la formation et la recherche.
- **Développer une culture de la prévention et de promotion de la santé auprès des acteurs de santé**, par la formation initiale et continue des professionnels sanitaires, sociaux, éducatifs, mais aussi des décideurs, et l'éducation du citoyen.
- **Développer la promotion de la santé et la prévention au sein du système de santé** et particulièrement du système de soins.
- **Lutter contre les risques environnementaux avérés** pour diminuer l'exposition des individus et les interactions avec des facteurs de risque comportementaux.
- **Développer le dialogue et faire confiance à l'utilisateur** afin de renforcer la démocratie en santé et l'adhésion de la population à la politique de prévention.

### AXE 2 : cinq orientations pour un système de santé adapté aux enjeux.

Les enjeux et les attentes de la population obligent à faire évoluer le système de santé. Cinq orientations sont proposées par le HCSP pour engager cette adaptation.

Pour mettre en œuvre cet axe d'action, le HCSP recommande de :

- **Engager le système de santé et donc de soins dans un virage préventif** : Les établissements dits de santé sont en fait devenus des établissements de soins dont la quasi totalité des ressources provient des soins et est consacrée aux soins. La mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) peut être l'occasion de mieux reconnaître le rôle des établissements de santé dans des actions de prévention développées sur un territoire et de prévoir dans chaque projet médical partagé un volet promotion de la santé et un volet prévention.
- **Réorienter l'offre de soins vers les soins de ville (soins primaires et soins spécialisés)**. Les soins ambulatoires consistent plus souvent en une simple conversion de séjours d'hospitalisation complète en séjours ambulatoires, plutôt qu'au développement de prises en charge à domicile. Il est donc nécessaire de renforcer et de structurer les soins de ville. Il faut aussi sécuriser les points de rupture des parcours de soins et particulièrement la sortie d'hospitalisation, et promouvoir les actions d'accompagnement du patient et les actions visant à améliorer la coordination. Les établissements sont appelés à se concentrer sur leur missions de recours spécialisé. Cette évolution implique de prendre en compte les inégalités sociales d'accès aux soins et les inégalités territoriales de l'offre de soins. Elle nécessite d'importantes mesures d'accompagnement touchant notamment au dispositif de financement des soins, et à la disponibilité d'un système d'information partagé.
- **Améliorer la sécurité des patients** : un Programme national pour la sécurité des patients en quatre axes comporte une centaine d'actions qui n'ont pas toutes été mises en œuvre, alors que celui-ci se termine. Un nouveau programme semble nécessaire sur les axes actuels (information et place des usagers, déclaration et prise en charge des événements indésirables associés aux soins, formation) mais aussi sur de nouveaux axes, comme la

sécurisation des points de rupture des parcours ou la pertinence des actes et le bon usage des soins.

- **Améliorer la qualité de vie au travail (QVT) des personnels du système de santé** : le HCSP souligne l'importance de tenir les engagements de la stratégie nationale d'amélioration de la QVT des professionnels de santé. Celle-ci ambitionne d'objectiver le niveau de souffrance au travail de ces professionnels (plateforme d'écoute, observatoire de la souffrance au travail, avec développement d'outils de mesure et réalisation d'un état des lieux dans les différents secteurs d'activité). Il conviendra ensuite de trouver les moyens de sa réparation (accompagnement médico-psychologique des soignants souffrants dans des unités spécialisées, formation des *managers* de proximité au retentissement psychosocial du travail).
- **Renforcer les réponses face aux risques sanitaires émergents** : le système de santé a été confronté dans un passé proche à plusieurs situations de crise, qu'il s'agisse de risques épidémiques comme l'épidémie d'Ebola, de besoins sanitaires massifs du fait de menaces terroristes comme les attentats de Paris ou de Nice, ou de façon moins exceptionnelle à des crises d'organisation comme celles que vivent régulièrement les établissements de soins dont les capacités sont réduites pendant les périodes de vacances sans lien avec les besoins de la population.

### Axe 3 : Le développement de l'innovation en santé.

Les innovations ne se limitent pas aux produits de santé, mais englobent l'ensemble des soins (chirurgie, radiothérapie, radiologie interventionnelle,...), leur organisation/coordination ainsi que les interventions de santé d'amont (prévention, dépistage, diagnostic) et d'aval.

**Pour mettre en œuvre cet axe d'action le HCSP recommande de :**

- **Développer l'accès à l'innovation** : ceci suppose de favoriser les expérimentations, tout en respectant les règles sociales de la recherche en développant une culture de la recherche d'innovation mais aussi de favoriser les processus d'évaluation globale (« comprehensive ») de ces innovations. Ce développement doit reposer sur un accompagnement financier et en termes de formation des acteurs.
- **Comprendre la révolution technologique digitale comme une révolution sociétale** : cette évolution permet l'émergence d'un nouveau concept de médecine participative, venant au service de personnes fragilisées, déficientes, empêchées, mais aussi d'accompagner le virage ambulatoire et l'accès à un suivi médical dans les zones sous-médicalisées (télésurveillance...). Elle est également susceptible de concerner la prévention en permettant aux patients d'adopter des comportements plus favorables à leur santé. Cependant ce développement pose la question d'un marché non régulé avec de nouveaux acteurs industriels venant d'univers très variés, et dont le « business model » est très différent de celui qui prévalait dans le domaine de la santé. Il implique une réflexion éthique spécifique.
- **Prendre en compte le développement des Big Data en santé** : le développement du numérique en santé, qu'il s'agisse des systèmes informatiques classiques comme les systèmes d'information hospitaliers, de ceux de l'Assurance maladie, ou des dossiers informatisés des médecins traitants par exemple, comme des systèmes informatiques liés à des objets connectés, doit être pris en compte dans les politiques de santé. Notamment ces systèmes génèrent un nombre considérable de données souvent inexploitées faute de ressources et de méthodologie adéquates. Ce stockage de données massives doit pouvoir être utilisé pour l'évaluation des pratiques et des politiques de santé tout en connaissant les limites, ce qui nécessite le développement de programmes de recherche.

#### AXE 4 : Le développement et le soutien à la formation et à la recherche en santé publique

Les évolutions des différentes composantes de la santé nécessitent la **permanente évolution des pratiques des professionnels de santé**. Parallèlement, la performance du système de santé nécessite que soit mise en place et soutenue une politique de soutien à la recherche en santé publique.

Pour mettre en œuvre cet axe d'action le HCSP recommande de :

- **Concevoir et mettre en place des formations de tous les personnels de santé les préparant aux évolutions de leurs métiers** : de nombreux progrès ont été réalisés avec la mise en place des programmes d'éducation thérapeutique requérant le renforcement des compétences des professionnels. Les programmes de formations initiales des soignants doivent les préparer aux évolutions de leurs métiers. Des programmes de formation continue doivent accompagner les évolutions pour permettre l'adhésion des différents personnels à celles-ci. Les formations interprofessionnelles doivent être développées.
- **Définir et soutenir une politique de recherche en santé publique** : la recherche en santé publique doit être un champ de la recherche reconnu par les Instituts de recherche et capable de mobiliser des équipes de niveau international. Il faut noter le retard pris par les équipes de recherche en France, notamment dans le champ de la recherche sur les systèmes de santé, faute d'un soutien à la recherche en santé publique. Récemment, cette recherche a fait l'objet d'un programme sur cinq ans proposé par l'ITMO Santé publique pour promouvoir une recherche dans ce domaine.
- **Renforcer les interactions entre chercheurs et décideurs nationaux ou locaux**. L'INSERM, Aviesan (ITMO Santé publique) et l'IRESP (Institut de Recherche en Santé Publique), en lien avec la DGS, devraient lancer prochainement un appel à projet pour la création de centres d'expertises régionaux de recherche en santé publique (CERReSP). Ces centres auront comme mission de mettre à disposition une expertise pour les décideurs. Ces structures doivent être développées pour favoriser le développement de la SNS, notamment dans les programmes régionaux de santé. L'accès à une expertise universitaire et de recherche est un élément essentiel pour permettre aux agences régionales de santé de mettre en place des plans d'actions reposant sur des actions dont l'efficacité a été démontrée, de soutenir des programmes de recherche notamment en implémentation, et de mettre en œuvre des évaluations de ces plans.

#### AXE 5 : Une politique spécifique axée sur la santé des enfants et des adolescents

Alors que l'approche préconisée par le HCSP est centrée sur les déterminants, une politique spécifique devrait être définie pour les enfants et les adolescents. En effet, les comportements en santé sont acquis très tôt dans l'enfance et les inégalités sociales de santé se constituent donc rapidement à partir de cet âge.

Pour mettre en œuvre cet axe d'action le HCSP recommande de :

- **Poursuivre des politiques en faveur des jeunes** : le dernier plan d'action de promotion du bien-être et de la santé des jeunes (novembre 2016) s'inscrit dans une continuité de politiques menées en faveur de la jeunesse, visant la réussite éducative pour tous, l'égalité d'accès aux soins, la précocité des prises en charge. Il prévoit l'accès en ligne à des informations de santé fiables et à des ressources, un accès facilité aux consultations de psychologues, une coopération pluridisciplinaire, de la formation et de l'accompagnement des professionnels éducatifs et de santé autour des maisons des adolescents, un renforcement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il est aujourd'hui essentiel de constituer une culture partagée entre les personnels de l'Éducation nationale et le secteur de la santé.

- **Agir dès la petite enfance** : un investissement dès la petite enfance se justifie sur les plans de l'efficacité, de l'équité, et d'une meilleure utilisation des ressources à travers les politiques sanitaires, sociales et éducatives. C'est au cours de cette période que les iniquités de santé commencent à avoir des effets sur la santé. Les parents sont les premiers éducateurs de leur enfant. Les programmes de soutien à la parentalité sont efficaces pour améliorer la santé des jeunes.
- **Soutenir les professionnels de Protection maternelle et infantile (PMI) et de santé scolaire** : les acteurs institutionnels de la PMI et ceux de promotion de la santé en faveur des élèves constituent des intervenants majeurs dans une politique à destination de l'enfance. Leurs ressources doivent être renforcées et un soutien méthodologique doit leur être proposé. Leurs actions doivent être intensifiées, accompagnées et évaluées par un cadrage national. Des instructions invitant à renforcer et à légitimer les collaborations intersectorielles de même que le maillage territorial santé-social-éducatif, permettront une meilleure cohérence et une continuité des interventions.
- **Accompagner la mise en place du parcours éducatif de santé** : le parcours éducatif de santé est une excellente opportunité pour articuler les enseignements et la promotion de la santé. Ce dispositif très récent nécessite un accompagnement important pour être opérationnel. L'objectif est de développer une véritable culture de santé dans tous les programmes d'enseignement (littérature en santé), c'est-à-dire de permettre aux élèves d'acquérir des connaissances fiables dans le champ de la santé, développer leur esprit d'analyse et de critique à ce sujet, leur apprendre à connaître et à utiliser le système de santé, et les conduire à adopter des comportements favorables à leur santé en développant leur autonomie et leur sens de la responsabilité. Cette préoccupation doit être inscrite systématiquement dans les projets régionaux de santé discutés dans la Commission de coordination des politiques publiques et associer l'ensemble des opérateurs régionaux et locaux de promotion de la santé.
- **Améliorer la participation des jeunes** : la démocratie en santé concerne aussi les enfants et les adolescents, ils doivent être systématiquement associés aux décisions qui les concernent. Cette politique doit aussi viser à augmenter leur *empowerment* (pouvoir d'agir).

### 3. Stratégies d'action pour une SNS : une méthode de mise en œuvre

Le HCSP a procédé depuis sa création à l'évaluation de nombreux plans de santé publique. Le bilan qui en a été fait montre que les modèles de conception ont varié d'un plan à l'autre, que l'environnement dans lequel ces plans ont été développés était aussi différent, affectant logiquement les résultats de ces plans. À titre d'exemple, les plans cancer ont bénéficié d'une agence dédiée à la mise en œuvre de ces plans (INCa), contrairement à d'autres comme les plans « maladies rares ».

Le HCSP formule quatre propositions concernant la mise en œuvre de la SNS :

- **Réaliser un pilotage par indicateurs** : en 2013, la ministre chargée de la santé a souhaité doter la SNS d'un outil réactif et didactique, sous forme d'un tableau de bord synthétique comportant un nombre restreint d'indicateurs, qui dresse un portrait annuel de notre système de santé et de l'état de santé de la population. Ce tableau de bord, proposé par le HCSP, avait une double vocation de pilotage interministériel et de communication vis-à-vis du grand public, sur le modèle de tableaux de bord mis en place par d'autres pays. Le HCSP propose donc qu'un tableau de bord d'indicateurs synthétiques soit réactualisé pour suivre la mise en œuvre de la SNS.

- **Renforcer l'accès aux données et les systèmes d'information** : les évaluations menées par le HCSP ont régulièrement porté sur les systèmes d'information dans le champ de la santé. Les constats réalisés durant ces dernières années confirment l'importance des systèmes d'information dans la conception même et la mise en œuvre des politiques de santé, ainsi que pour l'évaluation des mesures prises aussi bien dans le cadre de plans ou de programmes qu'en routine. Par ailleurs, il faut rappeler la complexité et le morcellement des systèmes d'information en santé, notamment des dossiers médicaux dans le secteur hospitalier et encore plus en secteur libéral, ainsi que la difficulté d'accès aux données correspondantes, même pour une instance publique d'expertise comme le HCSP.
- **Mettre en place un pilotage stratégique et un pilotage opérationnel adaptés** : le suivi de la mise en œuvre des mesures, c'est-à-dire le pilotage opérationnel consacré à de nombreux plans de santé publique a été souvent limité et pas toujours stable dans le temps, ce qui a pu nuire au déroulement harmonieux des plans ou des actions. En revanche, les plans cancer ou le PNSE ont bénéficié d'un suivi plus soutenu. De plus, le degré d'achèvement des mesures d'un plan est lié aux moyens consacrés à son suivi. Or, ces moyens apparaissent la plupart du temps insuffisants au regard du nombre de mesures ou d'acteurs concernés. Une des conséquences des faibles moyens consacrés au pilotage opérationnel est la difficulté à disposer d'indicateurs de résultats finaux ou intermédiaires à mettre en regard des actions entreprises. Une autre conséquence est le manque d'information permettant de réaliser un pilotage opérationnel performant et réactif.
- **Prévoir une évaluation** : le HCSP a recommandé, dans un séminaire en 2013, de prévoir l'évaluation de façon simultanée à la conception des politiques de santé et d'évoluer vers une évaluation *ex-ante*. La SNS doit être l'occasion de mettre en place une telle évolution. L'évaluation doit être financée par un budget propre permettant de la mener correctement.

## CONCLUSION

Pour la future SNS, le HCSP est favorable à développer une approche par déterminants de santé, plutôt qu'une approche par pathologies, avec deux objectifs primordiaux, l'intersectorialité portant sur plusieurs domaines d'intervention, et la réduction des inégalités de santé. Si cette approche est plus complexe, son efficacité attendue est supérieure à des approches par pathologie « en silos ».

De plus, il ressort de son analyse que la multiplication des plans et programmes en lien avec la loi de santé publique de 2004 a conduit à une perte de lisibilité des priorités, à la formulation de plans et programmes faiblement dotés en ressources, induisant une complexité accrue dans la gouvernance du système de santé.

Pour pallier à ces difficultés et pour une meilleure lisibilité, **le HCSP préconise qu'un plan national de santé publique, intégrant les plans et programmes existants dans un objectif de cohérence, soit élaboré et mis en œuvre afin de constituer le cadre d'un développement régional à travers les programmes régionaux de santé.**

*Avis rédigé par le groupe permanent d'experts Stratégie nationale de santé-indicateurs (SNS-I), membres du HCSP. Aucun conflit d'intérêt identifié.*

*Cet avis a été soumis par vote électronique aux membres du bureau du Collège du HCSP le 31 juillet 2017 : 7 membres qualifiés sur 9 membres qualifiés votant, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 7 votants, 0 abstention, 0 vote contre.*

## Références bibliographiques

1. Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016
2. Décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé
3. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 DREES/Santé publique France. Disponible sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
4. OMS, (2013), Santé 2020 – Cadre politique et stratégie, Bureau Europe de l'OMS, 219 p. Sitographie [www.who.int](http://www.who.int)
5. Millat B "Enseigner la gestion des risques par l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS)" Disponible en ligne <http://www.emc-consulmte.com/revue/JCHIR/souspresse/journal-de-chirurgie-viscerale>
6. Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients
7. Pesticides : effets sur la santé. Expertise collective de l'Inserm. Disponible sur <https://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/pesticides-effets-sur-la-sante-une-expertise-collective-de-l-inserm>
8. HAS "Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. « Prendre soin de ceux qui nous soignent »" 5 décembre 2016. Disponible sur [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_qvt\\_05122016.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf)

Liste des membres du Groupe de travail mis en place pour répondre à cette saisine

Franck Chauvin, président du HCSP  
Zeina Mansour, vice-présidente du HCSP

### **Membres des commissions spécialisée**

- Commission spécialisée Système de santé et sécurité des patients  
Éric Breton  
Pierre Czernichow  
Anne-Paule Duarte  
Véronique Gilleron  
Olivier Lacoste  
Philippe Michel  
Matthieu Sibé
- Commission spécialisée Maladies Chroniques  
Joël Coste  
François Eisinger  
Liana Euller-Ziegler  
Pascale Grosclaude  
Isabelle Millot-Van Vlierberghe  
Anne-Marie Schott
- Commission spécialisée Risques liés à l'environnement  
Francelyne Marano
- Commission spécialisée Maladies infectieuses et maladies émergentes  
Christian Chidiac  
Emmanuel Debost

### **Personnalité invitée**

Pierre Arwidson, Santé publique France

### **Membres du Secrétariat Général du HCSP**

Jean-Michel Azanowsky, coordinateur  
Annette Colonnier  
Marie-France d'Acremont  
Bernard Faliu, Secrétaire général  
Roberte Manigat  
Ann Pariente-Khayat  
Gabrielle Vernouillet  
Judy Dossous, stagiaire  
Maryline Loubineau, secrétaire

Cet avis et le rapport du HCSP intègrent des contributions de nombreux experts du Haut Conseil de la santé publique.

Avis produit par le groupe de travail « Stratégie Nationale de Santé – Indicateurs »

Le 31 Juillet 2017

**Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)