

Consultation sur les **priorités** de veille sanitaire

dans le domaine des **maladies chroniques**
et des **traumatismes**



Florence Pasnick, Hubert Isnard, Thierry Lang
Javier Nicolau, Rosemary Ancelle-Park,
Laurence Chérié-Challine, Pascale Lecomte

Consultation sur les **priorités** de veille sanitaire

dans le domaine des **maladies chroniques**
et des **traumatismes**





Sommaire

1. Contexte	5
2. Méthodes	7
2.1. La conduite du projet	7
2.1.1. <i>Le comité de pilotage</i>	7
2.1.2. <i>L'équipe projet</i>	7
2.2. La consultation des experts	7
2.2.1. <i>Les experts sollicités</i>	7
2.2.2. <i>La méthode de consultation</i>	8
2.2.2.1. <i>L'enquête postale</i>	8
2.2.2.2. <i>Les ateliers</i>	8
3. Résultats	11
3.1. L'enquête postale	11
3.1.1. <i>Les répondants</i>	11
3.1.2. <i>Commentaires sur les priorités proposées par le DMCT</i>	11
3.1.3. <i>Propositions des experts</i>	13
3.2. Les ateliers	15
3.2.1. <i>Les priorités</i>	15
3.2.2. <i>Les critères de choix des priorités</i>	15
3.2.3. <i>Les orientations générales</i>	16
Conclusions	17
Annexe 1	19
Annexe 2	21
Annexe 3	25



1. Contexte

La création de l'Institut de Veille Sanitaire, par la loi du 1^{er} juillet 1998 sous la forme d'un établissement public administratif faisant suite au Réseau National de Santé Publique s'est traduite par un élargissement des missions à de nouveaux domaines au nombre desquels il faut compter les maladies chroniques et les traumatismes.

Ce domaine est particulièrement vaste et il peut être assimilé, dans une première approche, à celui des maladies non transmissibles et à leurs déterminants.

L'extrême étendue de ce champ et la multiplicité des acteurs y intervenant imposent de définir des priorités pour le département en ayant la charge (Département des maladies chroniques et des traumatismes). Celles-ci doivent permettre de définir les orientations de travail pour les trois ans à venir dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens 2001-2003 qui doit être signé entre l'InVS et les ministères de tutelle.

Cette démarche rejoint celle déjà mise en œuvre par les autres départements de l'InVS, en 1998 par le département des maladies infectieuses sur la révision de la surveillance des maladies transmissibles, en 1999 par le département santé travail et actuellement par le département santé environnement.

Afin de tenir compte au maximum des préoccupations de l'ensemble des partenaires concernés par la surveillance et de ne pas s'appuyer uniquement sur des avis techniques il a été décidé de mener une démarche ne se limitant pas à la seule expertise interne à l'InVS ou même à celle des professionnels de santé publique.



2. Méthodes

L'élaboration des priorités de veille sanitaire, dans le domaine des maladies chroniques et des traumatismes, s'est appuyée sur une consultation faisant appel à un large panel d'acteurs dans le champ de la santé et à des représentants de la société civile afin de tenir compte de plusieurs perceptions des besoins de veille sanitaire.

La consultation a visé d'une part à obtenir un avis sur des orientations élaborées par le département des maladies chroniques et des traumatismes de l'Institut et d'autre part à faire émerger un consensus sur les priorités de veille sanitaire entre les participants.

2.1. La conduite du projet

Le projet a été réalisé sur une durée de 6 mois d'avril à octobre 2000. Il s'est appuyé sur un comité de pilotage et une équipe projet.

2.1.1. Le comité de pilotage

Il regroupait Alfred Spira président du conseil scientifique de l'InVS, Jacques Drucker directeur général de l'InVS et Marianne Berthod membre du conseil scientifique.

Son rôle a été de valider la méthode de consultation des experts et les résultats de cette consultation.

2.1.2. L'équipe projet

L'étude a été menée sous la responsabilité de Florence Pasnick en collaboration avec Hubert Isnard, responsable du DMCT et Thierry Lang conseiller scientifique de ce département. L'ensemble du département a été associé à la démarche.

2.2. La consultation des experts

2.2.1. Les experts sollicités

Les experts ont été choisis sur la base de leur participation à des instances de concertation (Etats Généraux), d'avis (Conférence Nationale de la Santé, Haut Comité de la Santé Publique) ou de leur participation à la définition des priorités de santé publique par le HCSP en 1994.

Cent une personnes ont ainsi été consultées se répartissant en 8 catégories :

- Les responsables des politiques de santé au nombre de 14,
- Les généralistes en santé publique au nombre de 21,
- Les partenaires de l'InVS, au nombre de 15,
- Les acteurs du système de soins au nombre de 12,
- Les acteurs de la prévention et de l'éducation au nombre de 10,
- Les représentants d'associations d'usagers de la santé au nombre de 10,
- Les élus au nombre de 8,
- Les journalistes au nombre de 11.

2.2.2. La méthode de consultation

La consultation s'est déroulée en deux étapes :

- la 1^{ère} étape a consisté en une enquête par voie postale ayant pour objectif de faire proposer, par chaque personne, des priorités de veille sanitaire,
- la 2^{ème} étape s'est déroulée sous la forme d'ateliers de travail ayant pour objectif de présenter les résultats de la consultation écrite et de faire réagir de façon collective les experts sur les résultats afin de définir un consensus.

2.2.2.1. L'enquête postale

L'envoi fait aux experts comprenait :

- un document faisant l'inventaire des politiques et programmes de santé menés en France,
- un document présentant les thèmes de surveillance proposés par le DMCT, placé dans une enveloppe scellée.

Dans un premier temps il était demandé à l'expert, après lecture du document faisant l'inventaire des politiques et programmes de santé menés en France, d'identifier les dix domaines sur lesquels il lui semblait nécessaire de mener des travaux de veille sanitaire (questionnaire n° 1). Le questionnaire n° 1 n'a pas donné lieu à analyse.

Dans un deuxième temps, sur la base du document élaboré par le DMCT et placé dans une enveloppe scellée, il était demandé à l'expert de donner un avis favorable ou défavorable aux thèmes de surveillance proposés par le département. Chaque avis devait être argumenté à l'aide des critères de choix proposés dans le document ou d'autres propres à l'expert. Ces critères avaient été élaborés dans le cadre de la préparation du contrat d'objectifs et de moyens de l'InVS dans la perspective de définir des priorités de travail (questionnaire n° 2).

Enfin dans un troisième temps l'expert était sollicité pour proposer ses dix priorités de veille sanitaire pour le DMCT (questionnaire n° 3) et des les pondérer (A, B ou C selon le niveau d'importance à donner à ces priorités pour leur réalisation dans les trois ans).

2.2.2.2. Les ateliers

L'ensemble des experts consultés a été invité à participer à des ateliers de travail sur une durée d'une journée. Quarante cinq experts ont participé.

L'objectif des ateliers était de :

- mettre en commun les résultats de l'enquête,
- solliciter des commentaires sur ces résultats et éventuellement des propositions complémentaires,
- recueillir les recommandations finales quant au choix des priorités.

Les ateliers se sont déroulés sous la forme de trois groupes de travail regroupant un nombre limité de participants auxquels les mêmes questions étaient posées. Les résultats de ces groupes de travail ont été discutés en groupe plénier et des recommandations ont été faites d'une part sur les priorités et d'autre part sur les missions et méthodes de travail de l'InVS dans le champ des maladies chroniques et des traumatismes.



3. Résultats

3.1. L'enquête postale

3.1.1. Les répondants

Le taux de réponse à l'enquête est de 66 % sur les 101 personnes sollicitées. Quatre experts n'ont pas souhaité répondre au questionnaire mais ont répondu à l'interrogation sous la forme d'une contribution écrite. Le taux de réponse varie suivant les catégories d'experts. Il est particulièrement élevé (> 90 %) chez les responsables des politiques de santé et les acteurs de la prévention et de l'éducation alors qu'il est proche ou égal à 50 % chez les élus, les journalistes et les partenaires de l'InVS dans la surveillance.

3.1.2. Commentaires sur les priorités proposées par le DMCT

Les réponses ont été regroupées en deux catégories : accord et désaccord qui comprend les désaccords exprimés en tant que tel et les interrogations ou non réponse.

Le tableau n° 1 montre les priorités classées par ordre de réponse favorable.

La quasi-totalité des experts classe comme prioritaire la surveillance des suicides et tentatives de suicide.

Les activités concernant le cancer obtiennent un pourcentage élevé d'accord à l'exception de la surveillance des déterminants qui n'obtient que 67 % d'avis favorable.

La nutrition et le diabète sont classés aussi parmi les premières priorités.

Les maladies cardiovasculaires obtiennent des scores élevés d'accord à l'exception de l'insuffisance cardiaque qui ne reçoit que 52 % d'accord.

La surveillance des violences domestiques obtient un accord trois fois sur quatre.

Enfin on notera que les deux thèmes suivants n'obtiennent un accord que dans moins de 50 % des cas :

- les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) au titre que les connaissances concernant cette pathologie sont suffisantes pour agir sur les déterminants dont en priorité le tabagisme,
- l'insuffisance rénale chronique (IRC) au titre que d'autres acteurs dont l'EFG sont déjà largement impliqués.

TABLEAU 1 : avis sur les priorités du DMCT

Priorités	accord	
	nbre	%
Santé mentale / surveillance suicide et tentatives de suicide	62	93
Cancers / surveillance mortalité et morbidité	57	85
Nutrition / surveillance obésité et surpoids	55	82
Diabète	53	79
Démences séniles	53	79
Cancers / évaluation impact des programmes	52	78
Maladies cardiovasculaires / Accident vasculaire cérébral	52	78
Maladies cardiovasculaire / infarctus du myocarde	51	76
Cancers / évaluation des programmes de dépistage	50	75
Violences domestiques	50	75
Maladies pulmonaires / surveillance de l'asthme	50	75
Accidents de la vie courante / surveillance des produits	48	72
Accidents de la vie courante / surveillance des traumatismes	45	67
Cancers / surveillance des déterminants	45	67
Santé mentale / surveillance de la dépression	45	67
Reproduction et santé / surveillance contraception et IVG	44	66
Santé des adolescents	43	64
Inégalités de santé / surveillance de la mortalité et de la morbidité	42	63
Maladies de la bouche et des dents	39	58
Santé des enfants	39	58
Inégalités de santé / surveillance des populations défavorisées	37	55
Maladies cardiovasculaires / surveillance de l'insuffisance cardiaque	35	52
Reproduction et santé / surveillance de la fertilité	35	52
Maladies pulmonaires / bronchopathies chroniques obstructives	33	49
Insuffisance rénale chronique	31	46

Trois fois sur quatre les critères utilisés par les experts pour donner un avis favorable sont :

- des critères de santé publique : fréquence, gravité, tendance évolutive.
- des critères portant sur la demande sociale ou politique.
- des critères relatifs à l'existence d'un lien entre surveillance et possibilité d'agir sur la pathologie ou le déterminant.
- des critères plus institutionnels : possibilité de développer des partenariats ou thème peu exploré.

Les critères les plus utilisés pour donner un avis défavorable sont que :

- le thème est déjà traité,
- le sujet n'entre pas dans le cadre des missions de l'InVS,
- la surveillance se heurte à des problèmes méthodologiques particulièrement importants,
- le thème est beaucoup trop général.

3.1.3. Propositions des experts

Les thèmes les plus fréquemment proposés (tableau 2) sont :

- Les cancers (60 %)

Si on tient compte de l'ensemble des réponses portant sur tout ou partie de la thématique cancer alors 88 % des experts l'ont située parmi leurs 10 priorités.
- Les accidents de la vie courante (57 %)

Quelques-uns ont proposé de ne surveiller que les produits (système d'alerte). Enfin 1 expert sur 10 propose que l'InVS s'intéresse aux accidents de la circulation alors que nous avons écarté cette proposition dans le document introductif, du fait de l'existence de l'Observatoire des accidents de la route placé auprès du ministère des transports.
- La nutrition (52 %)

Un expert sur dix limite cette veille aux problèmes de l'obésité.
- Le diabète (51 %)
- Les maladies cardiovasculaires (49 %)

Quelques experts ont proposé de faire porter la veille sanitaire de façon plus précise sur les accidents vasculaires cérébraux (5), l'infarctus du myocarde (1) et l'insuffisance cardiaque (1).
- Le suicide et les tentatives de suicide (49 %)
- Les démences (48 %)
- Les inégalités de santé (46 %)

Ce thème apparaît de façon surprenante dans les priorités proposées par près d'une personne sur deux, alors qu'il avait été très critiqué dans les avis donnés sur les priorités proposées par le DMCT. Par ailleurs, il était souvent mentionné qu'il devait s'agir plutôt d'une approche transversale commune à l'ensemble des thèmes plutôt que d'une approche spécifique. On peut rapprocher de ce sujet la thématique de l'inégalité face à l'accès aux soins et à la prévention, qui est proposée par 1 expert sur 10.
- Les violences domestiques (36 %)
- La dépression (31 %)
- La santé mentale de façon globale (25 %)

Si on ajoute à ce thème celui de la dépression et celui du suicide, on constate que la thématique santé mentale est citée par 90 % des experts

TABLEAU 2 : priorités les plus fréquemment proposées par les experts

Priorités	Nbre réponses	%
Cancers	40	60
Accidents de la vie courante	38	57
Nutrition	35	52
Diabète	34	51
Maladies cardiovasculaires	33	49
Suicides et tentatives de suicide	33	49
Démences séniles	32	48
Inégalités de santé	31	46
Violences domestiques	24	36
Dépression	21	31
Santé mentale	17	25

Une pondération des réponses par une note à trois niveaux (A, B ou C selon le niveau d'importance à donner à ces priorités pour leur réalisation dans les trois ans) ne modifiait pas les dix premières priorités.

On trouvera la liste complète des priorités de veille sanitaire proposées par les experts en annexe.

L'analyse des dix premières priorités en fonction de la catégorie d'expert (tableau 3) permet de faire les constats suivants :

- seule la catégorie des politiques met l'insuffisance rénale chronique dans ses priorités,
- les pathologies bucco-dentaires ne sont retrouvées parmi les dix premières priorités que chez les experts en santé publique et les usagers.
- les acteurs du système de soins sont les seuls à proposer le thème de la dépendance aux produits. On notera d'ailleurs que les acteurs du système de soins ont un profil de réponse particulier avec la présence parmi leurs dix priorités outre le thème de la dépendance aux produits, de la douleur, de l'inégalité d'accès aux soins, des inégalités de santé.
- La santé de la reproduction n'est retenue que par les acteurs de la prévention et de l'éducation.

TABLEAU 3 : répartition des priorités de veille sanitaire en fonction de la catégorie d'experts

Catégories d'experts				
Priorités	Politiques	Santé publique	Partenaires	Acteurs de soins
1	Cancers	Accidents	Cancers	Cardiovasculaire
2	Accidents	Diabète	Diabète	Accidents
3	Diabète	Inégalités	Cardiovasculaire	Cancers
4	Cardiovasculaire	Suicide	Accidents	Soins douleur
5	Suicide	Démence	Suicide	Dépendance produit
6	Démence sénile	Nutrition	Asthme	Inégalités santé
7	Cancers/dépistage	Bucco	Nutrition	Inégalités accès aux soins
8	Nutrition / obésité	Cancers	Démence	Nutrition
9	Violences domestiques	Dépression	Reproduction	Démence
10	Insuffisance Rénale Chronique	Cancers/dépistage	Santé mentale	Santé mentale

Catégories d'experts (suite)				
Priorités	Education	Usagers	Elus	Média
1	Inégalités santé	Cancers	Cancers	Nutrition
2	Nutrition	Nutrition	Cardiovasculaire	Accidents
3	Accidents	Inégalités santé	Inégalités santé	Cancers
4	Reproduction	Accidents	Violences domestiques	Démence sénile
5	Adolescents	Diabète	Démence sénile	Diabète
6	Enfants	Bucco-dentaire	Incapacité chez personnes âgées	Cardiovasculaire
7	Cancers	Démence	Dépression	Suicide
8	Cardiovasculaire	Dépression	Suicide	Inégalités santé
9	Démence sénile	Suicide	Accidents circulation	Cardiovasculaire / AVC
10	Santé mentale	Violence	Cancers/dépistage	Pulmonaire

Les experts ont utilisé les critères proposés par l'InVS pour expliquer leur choix et n'ont que très rarement proposé d'autres critères (tableau 4).

Les critères de fréquence et de gravité des problématiques considérées reviennent le plus souvent pour expliciter les choix faits par les experts. Ils sont suivis par l'existence d'une possibilité d'intervention ou d'un lien entre surveillance et intervention. Enfin l'attente sociale est un des critères fréquemment évoqués.

TABLEAU 4 : les critères utilisés le plus souvent pour retenir une priorité de veille sanitaire

Priorités	Critères les plus utilisés
Dépression	Fréquence,
Maladies cardiovasculaires	Fréquence, gravité, possibilité d'intervention
Accidents de la vie courante	Fréquence, gravité, possibilité d'intervention, attente sociale
Cancers	Fréquence, gravité, possibilité d'intervention, attente sociale
Suicide	Fréquence, gravité, possibilité d'intervention, attente sociale
Démence	Fréquence, gravité, tendance évolutive, attente sociale
Diabète	Fréquence, gravité, tendance évolutive, thème peu exploré
Nutrition	Fréquence, gravité, tendance évolutive, thème peu exploré
Violence	Fréquence, thème peu exploré
Inégalités de santé	Possibilité d'intervention, attente sociale, demande politique

3.2. Les ateliers

3.2.1. Les priorités

Les discussions en ateliers n'ont pas fondamentalement remis en cause les priorités telles qu'elles ressortaient de la synthèse des réponses aux questionnaires.

Par contre des discussions vives ont porté d'une part sur les priorités proposées par le DMCT dans le document et d'autre part sur les modalités de regroupement des priorités en grandes catégories qui avait été réalisé pour la présentation des résultats.

Ainsi ont été débattus les points suivants :

- « Les thèmes ne sont pas homogènes : la thématique cancer est très vaste alors que celle sur le diabète cible une pathologie spécifique »,
- « il y a un mélange d'approches par pathologie (par exemple cancer), par déterminant (par exemple nutrition) et par population (par exemple enfants). Ce mélange des genres rend les choix difficiles »,
- « il y a des interrogations sur la pertinence d'une approche par population »,
- « le thème de l'incapacité chez les personnes âgées n'apparaît pas pertinent par contre le DMCT devrait s'intéresser à la surveillance des incapacités de façon générale ».

Enfin les participants insistent sur la nécessité de ne pas investir tous les moyens sur des thèmes prédéfinis et de garder un fonctionnement permettant de faire face à des problèmes émergents pouvant devenir prioritaires au plan politique.

3.2.2. Les critères de choix des priorités

Les experts proposent que le choix d'une priorité de veille sanitaire par le DMCT ne se fasse qu'aux conditions suivantes :

- il est indispensable de mettre en œuvre une surveillance sur ce thème parce que le problème est fréquent (voire croissant) et grave,
- il existe une demande sociale et politique,
- il n'existe pas de systèmes d'information pertinente sur le sujet, ou bien ils ne répondent pas à des nécessités de veille sanitaire, ou encore les résultats n'en sont pas valorisés pour la décision,
- la surveillance à mettre en œuvre est réalisable sur le plan technique, financier, juridique et éthique.

3.2.3. Les orientations générales

Deux orientations, initialement contradictoires, ont été débattues par les participants.

La première orientation insistait sur la nécessité pour l'InVS, du fait des missions qui lui sont confiées par la loi, de couvrir l'ensemble du champ des maladies chroniques et des traumatismes. L'InVS doit être, à terme, apte à répondre à toute interrogation des décideurs et du public sur l'épidémiologie descriptive de ces pathologies et de leurs déterminants (caractère universel de l'InVS).

La deuxième orientation insistait sur le fait que les acteurs œuvrant dans ce champ étaient déjà fort nombreux et que l'action de l'InVS devait être exemplaire pour apporter une plus value certaine.

La discussion a permis d'élaborer une recommandation qui tienne compte des deux propositions et qui soit réaliste pour les trois années à venir.

Ainsi, dans la phase de construction de l'InVS, le caractère universel doit s'appliquer aux systèmes d'information existants et non à l'ensemble du programme d'activité. En conséquence l'InVS doit réaliser un inventaire de l'ensemble des systèmes d'information par pathologie et déterminant. Cet inventaire doit permettre de proposer une première analyse de ces systèmes en termes d'efficacité pour la surveillance sanitaire et l'aide à la décision en matière de politique de santé.

Par contre les programmes qu'il met en œuvre doivent être exemplaires dans le sens où ils doivent apporter une réelle plus value par rapport aux systèmes d'information existant. Cependant cette plus value peut ne porter que sur un aspect par exemple la valorisation des données.

Le deuxième point abordé a porté sur l'articulation nécessaire entre la veille sanitaire et les politiques de santé. La production d'information doit servir de façon impérative à la conduite (monitorage) des politiques de santé et à leur évaluation. La notion de politiques de santé doit inclure la politique de soins et ne pas se limiter à la politique de prévention. Les systèmes d'information mis en place doivent permettre d'évaluer en population l'impact des politiques de soins et contribuer à la planification de l'offre.

On peut noter que les débats qui ont eu lieu durant les ateliers ont porté sur les orientations du DMCT, mais aussi, à cette occasion, sur le rôle plus général de l'InVS dans le système d'information sanitaire, voire sur l'organisation d'une politique de santé publique en France.



Conclusions

Une consultation écrite suivie d'une confrontation en ateliers a permis de générer un matériau extrêmement riche.

Une démarche d'élaboration de priorités de veille sanitaire pour l'InVS émerge, fondée sur la prise en compte de la fréquence et de la gravité du phénomène aux quelles s'ajoute l'attente sociale, et qu'il convient de confronter à l'absence de production d'informations par d'autres partenaires ainsi qu'à la possibilité d'intervention dans le cadre d'une politique publique.

Les résultats en sont moins une proposition d'une liste hiérarchisée de priorités qu'une confrontation des propositions du DMCT à un ensemble de personnes largement impliquées dans la santé à des titres très divers.

Cette confrontation a permis d'identifier les priorités majeures de travail à développer dans le futur et de mettre l'accent sur la nécessité d'acquérir une connaissance large des systèmes d'information. Par ailleurs même si la veille sanitaire est centrée sur les événements en population tant les propositions de thèmes que les discussions en atelier ont montré que la surveillance devait s'intéresser à la façon dont les pathologies étaient prévenues et prises en charge par le système de soins.

Enfin de la même façon que les autres départements de l'InVS, le DMCT doit être organisé pour faire face aux problèmes non planifiés et développer des projets de surveillance pour des thèmes émergents.



Annexe 1

Priorités proposées par les experts (questionnaire n° 3)

Priorité	nombre	Pourcentage
Cancers	40	60
Accidents vie courante	38	58
Nutrition	35	52
Diabète	34	51
Maladies cardiovasculaires	33	49
Santé mentale - Suicide	33	49
Personnes âgées - Démences	32	48
Inégalités de santé	31	46
Violences domestiques	24	36
Santé mentale - Dépression	21	31
Santé mentale	17	25
Reproduction et santé	16	24
Pathologies buccodentaires	15	22
Cancers - Dépistage	14	21
Dépendance aux produits	13	19
Maladies pulmonaires - Asthme	12	18
Santé adolescents	11	16
Santé enfants	10	15
Maladies pulmonaires	9	13
Soins - Douleur	9	13
Insuffisance rénale chronique	8	12
Inégalités de santé - Populations défavorisées	12	
Accidents de la circulation	7	10
Cancers - Mortalité - Morbidité	7	10
Cancers - Surveillance déterminants	7	10
Inégalités de santé - Accès aux soins, prévention	7	10
Nutrition - Obésité, surpoids	7	10
Personnes âgées	7	10
Personnes âgées - Incapacités	7	10
Cancers - Impact programme	6	< 10
Prévention	6	
Prévention - Éducation, information	6	
Santé des enfants et adolescents	6	
Accidents - Produits	5	
Dépendance - Tabac	5	
Maladies cardiovasculaires - AVC	5	

Priorité	nombre	Pourcentage
Dépendance - Alcool	4	
Handicap	4	
Maladies mortelles évitables	4	
Maladies ostéoarticulaires - Lombalgies	4	
Violences domestiques - Maltraitance enfant	4	
Accidents	3	
Dépendance - Produits illégaux	3	
Périnatalité	3	
Reproduction et santé - Procréation médicalement assistée	3	
Reproduction et santé - Contraception, IVG	3	
Santé mentale - Comportements violents	3	
Soins - Qualité	3	
Evaluation - Impact des programmes de santé	2	
Nutrition - Mesure de la consommation	2	
Personnes âgées - Maintien domicile	2	
Périnatalité - Prématurité handicap	2	
Reproduction et santé - Fertilité	2	
Reproduction et santé - Grossesses chez les adoclescentes	2	
Soins - Iatrogénie médicamenteuse	2	
Audition vision	1	
Cancers - Dépistage col	1	
Cancers - Dépistage sein	1	
Dépendance - Adolescents	1	
Evaluation économique des programmes santé	1	
Indicateurs de santé	1	
Indicateurs de santé - EVSI	1	
Maladies cardiovasculaires - Insuffisance cardiaque	1	
Maladies cardiovasculaires - Infarctus du Myocarde, angor	1	
Maladies ostéoarticulaires	1	
Maladies pulmonaires - BPCO	1	
Ostéoporose	1	
Santé des détenus	1	
Soins et dépistage des maladies chroniques	1	

Annexe 2

Les priorités de santé publique dans les travaux du Haut Comité de la Santé Publique, de la Conférence Nationale de la Santé et des Conférences Régionales de Santé, de la Société Française de Santé Publique et du ministère chargé de la santé

Priorités de santé publique assorties d'un score ***	Les objectifs de ces priorités
Les déterminants	
Inégalités	
Inégalités socio-économiques Inégalités de santé Inégalités d'accès aux soins et à la prévention ***	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire toutes les inégalités (sociales, régionales,...) - Améliorer l'accès des populations défavorisées et garantir à tous l'accès à des soins de qualité - Réduire les inégalités de santé intra et inter-régionales - réduction des écarts d'espérance de vie
Précarité : population en situation très précaire ***	Assurer des conditions de vie décentes et favoriser leur réinsertion sociale
Dépendances	
Dépendance : adolescent (alcool, tabac, drogue, médicaments psychotropes) ***	renforcer immédiatement les actions et les programmes de prévention-éducation visant à éviter la dépendance chez l'adolescent
Dépendance : alcool ***	<p>d'ici l'an 2000, diminuer de 20 % la consommation moyenne d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans</p> <p>réduire les conduites d'alcoolisation dommageables et leurs conséquences sanitaires et sociales</p> <p>réduire les disparités régionales vers le niveau le plus bas</p>
Dépendance : tabac ***	<p>d'ici l'an 2000, diminuer de 30 % la quantité de tabac vendue, diminuer de 25 % la proportion de fumeurs réguliers adultes, diminuer de 30 % la proportion de fumeurs réguliers et occasionnels chez les 12-18 ans</p> <p>diminuer le % de femmes fumant pendant leur grossesse,</p>
Dépendance : toxicomanie***	<p>réduire la consommation de l'héroïne sans augmenter la consommation de cocaïne ou de ses dérivés</p> <p>réduire l'apparition des problèmes de santé dont VIH et VHB,C</p> <p>favoriser l'insertion sociale</p>
Dépendances : pratiques addictives***	prévention, diagnostic, traitement, réinsertion des personnes ayant des pratiques addictives

* priorité choisie dans au moins 2 documents ** priorité souvent choisie et/ou reconduite *** priorité très souvent choisie et reconduite

Priorités de sante publique assorties d'un score ***	Les objectifs de ces priorites
Nutrition ***	Développer la prévention. Influencer, par des méthodes diversifiées, les consommations alimentaires, en fonction de l'évolution des connaissances, des goûts et des habitudes
Nutrition **	système cohérent de mesure des consommations alimentaires et de suivi des indicateurs cliniques et biologiques de l'état de santé nutritionnel aux différents âges
Les pathologies	
Cancer Qualité des soins **	Améliorer les performances et décloisonner le système de lutte contre le cancer
Cancer *	Mieux articuler les programmes nationaux et les programmes régionaux
Cancer **	organiser la continuité de la prise en charge (dépistage, prise en charge, rééducation, aide à domicile) d'ici l'an 2000, diminuer de moitié le nombre de malades déclarant souffrir au cours du cancer
Dépistage Cancer colo-rectal **	d'ici 2000 diminuer de 10 % le taux de décès
Dépistage Cancer du col de l'utérus **	d'ici 2010, diminuer de 30 % le taux de décès
Dépistage Cancer du sein **	d'ici 2010 diminuer de 30 % le taux de décès chez les femmes de 50 à 70 ans
Cancer prévention (voir dépendance tabac, alcool...) et	
Exposition au soleil : Cancer de la peau (mélanome) **	d'ici 2000 stabiliser le taux de décès
Cancer des voies aéro-digestives supérieures **	d'ici 2010 diminuer de 30 % le taux de décès
Cancer du poumon **	d'ici 2010 diminuer de 15 % le taux de décès par cancers du poumon
Diabète **	organiser la continuité de la prise en charge (dépistage, prise en charge, rééducation, aide à domicile) améliorer la prise en charge du diabète non insulino-dépendant
Diabète **	développer l'éducation thérapeutique du patient
Mal de dos **	d'ici l'an 2000, réduire la fréquence et la gravité des maux de dos en particulier les lombalgies sévères et invalidantes et sources de désinsertion sociale
Maladies cardio-vasculaires **	d'ici l'an 2000, réduire de 20 % la mortalité par maladies cardio-vasculaires chez les personnes de moins de 75 ans
Maladies mortelles évitables ***	définir et mettre en œuvre les politiques de dépistage de toutes les maladies mortelles évitables
Santé mentale ***	Améliorer la prise en charge des maladies mentales assurant continuité et qualité, du diagnostic à la réinsertion, aux différents âges de la vie
Santé mentale : comportements violents ***	prévenir les comportements violents
Santé mentale : dépression *	diminuer la gravité et la durée des dépressions
Santé mentale : maladies mentales chroniques **	améliorer la qualité de vie et l'insertion sociale des personnes atteintes d'affections psychiatriques de longue durée

* priorité choisie dans au moins 2 documents ** priorité souvent choisie et/ou reconduite *** priorité très souvent choisie et reconduite

Priorités de santé publique assorties d'un score ***	Les objectifs de ces priorités
Santé mentale : suicide ***	d'ici l'an 2000, réduire de 10 % le taux de suicide priorité à la réduction des suicides chez les jeunes
Approches des populations par âges de la vie	
Reproduction et santé ***	réduire les grossesses non désirées chez les adolescentes campagnes d'information pour la prévention des MST et des grossesses non désirées chez l'adultes
Reproduction et santé *	réglementer, contrôler et assurer la sécurité de l'AMP (assistance médicale à la procréation) Développer le suivi des enfants issus de l'AMP
Périnatalité *	– d'ici l'an 2000, réduire de 20 % la mortalité périnatale – réduire le nombre d'enfants nés vivants < 2500 g – diminuer de 30 % la mortalité maternelle – Dépistage prénatal
Périnatalité *	Développer l'épidémiologie périnatale
Enfance ***	coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux assurer la continuité de la maternité à l'adolescence
Enfance et adolescence ***	favoriser le dépistage des comportements nocifs pour la santé : violence, mauvaise nutrition
Enfance et adolescence ***	suivi du développement des enfants et adolescents pour la prévention et le dépistage précoce des désordres propres à chaque âge de la vie
Enfants : Mauvais traitements ***	diminuer leur fréquence, prévenir leur récurrence, réduire les conséquences
Handicaps et dépendance ***	– améliorer la qualité de vie et l'insertion sociale des personnes ne pouvant effectuer sans aide les activités de la vie courante que l'origine soit une déficience mentale ou physique – améliorer la qualité de prise en charge
Personnes âgées **	Politique globale de prévention des handicaps et des dépendances
Personnes âgées ***	Prévenir le vieillissement pathologique (ostéoporose) Implication des PRS personnes âgées, expérimentation sites pilotes, développement de l'expertise INSERM
Personnes âgées dépendantes ***	Maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées qui en font librement le choix
Personnes âgées **	Alzheimer et autres démences séniles
Accidents	
Accidents de la vie courante *	D'ici l'an 2000, réduire de 20 % le nombre et le taux de mortalité des accidents de la vie courante
Accidents de la vie courante **	Obtenir plus d'information sur les morts accidentelles (hors accidents de la route et du travail)

* priorité choisie dans au moins 2 documents ** priorité souvent choisie et/ou reconduite *** priorité très souvent choisie et reconduite

Priorités de santé publique assorties d'un score ***	Les objectifs de ces priorités
Qualité des soins Et amélioration de la prise en charge des patients	
Douleur ***	Réduire la fréquence des douleurs non contrôlées, aussi bien aiguës que chroniques, en agissant de façon préventive et curative
Douleur ***	D'ici l'an 2000, diminuer de moitié le nombre de malades déclarant souffrir au cours du cancer et au cours d'une intervention chirurgicale. Réduire la douleur de la petite enfance
Prévention	
Promotion de la santé ***	<ul style="list-style-type: none"> - donner des moyens à la promotion de la santé et à son évaluation - Education à la santé en milieu scolaire, en entreprise...
Prévention à tous les niveaux ***	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre les citoyens et usagers davantage responsables de leur santé en améliorant l'information et l'éducation pour la santé. - Donner à la prévention les moyens de se développer.

* priorité choisie dans au moins 2 documents ** priorité souvent choisie et/ou reconduite *** priorité très souvent choisie et reconduite



Annexe 3

Les priorités de veille sanitaire sélectionnées par le département des maladies chroniques et des traumatismes

Le DMCT a retenu onze thèmes prioritaires, d'ampleur inégale, sur la base des priorités et des politiques de santé publique plus un thème non présent dans cette liste, celui des pathologies pulmonaires

Accidents de la vie courante (programme initié en 2000)

Les critères de choix

– Critères de santé publique

Les accidents de la vie courante sont à l'origine d'environ 18 000 décès par an (1996), 845 000 hospitalisations (1993) et 8,4 millions traumatismes dont un sur huit entraîne une interruption d'activité.

– Critères de perception

La demande politique est forte et repose sur une politique active de protection du consommateur portée par la Commission de Sécurité du Consommateur et la DGCCRF.

La Conférence Nationale de Santé a inscrit en 1997, parmi ses dix priorités, la nécessité de disposer d'un système d'information performant sur ces accidents.

La perception de la gravité des accidents de la vie courante au sein du public est par contre assez faible malgré de nombreuses campagnes d'information.

– Critères stratégiques

La DGS a confié ce dossier à l'InVS en 1999

Les partenariats qui seront développés dans ce cadre avec les services d'urgence hospitalier permettront la mise en œuvre d'autres types de surveillance (par exemple tentatives de suicide, violences...)

Les objectifs de veille sanitaire

Créer un réseau d'alerte pour détecter les produits, services et pratiques dangereux

Mettre en œuvre un système de surveillance basé sur les services d'accueil des urgences permettant de suivre l'évolution des traumatismes accidentels

Faire évoluer le PMSI pour surveiller les accidents les plus graves donnant lieu à hospitalisation

Renforcer la surveillance des causes de décès accidentelles

Mettre au pont une enquête en population pour surveiller l'évolution de l'incidence des traumatismes accidentels

Cancers (programme initié en 1999)

Les critères de choix

– Critères de santé publique

Les cancers représentent la deuxième cause de mortalité en France avec 142 000 décès par an (1996)

Le nombre de nouveaux cas était, en 1995, de 240 000. Les localisations les plus fréquentes étant le sein (34 000 cas), le colon et le rectum (33 000 cas), la prostate (26 000 cas) le poumon (22 000 cas) et les voies aéro-digestives supérieures (22 000 cas). Incidence et mortalité augmentent régulièrement en particulier du fait du vieillissement de la population.

– Critères de perception

Un nouveau programme de lutte contre les cancers a été annoncé par la ministre de la santé en février 2000 qui englobe la prévention primaire, le dépistage et les soins.

La place des patients cancéreux dans la prise en charge de leur maladie est devenue une préoccupation majeure (cf : Etats Généraux de la santé et livre blanc de la Ligue contre le cancer).

– Critères stratégiques

La DGS a confié à l'InVS la mission de réaliser la surveillance des cancers et le suivi épidémiologique des programmes de dépistage.

La production d'informations épidémiologiques sur le cancer était essentiellement orientée vers la recherche. Le rôle de coordination et de renforcement des acteurs que se propose de jouer l'InVS vise à mettre en place un système permanent de surveillance.

Les objectifs de veille sanitaire

La surveillance des cancers (ensemble des localisations) : mortalité et incidence (niveau national, régional et départemental) dans un premier temps puis étude de la prévalence et de la survie pour certaines localisations.

Le suivi des indicateurs de performance des programmes de dépistage (évaluation du fonctionnement des programmes de dépistage).

L'analyse de l'impact des programmes de santé publique (dont les programmes de dépistage) et du système de soins.

La surveillance des cancers et des déterminants (physiques, infectieux, sociaux).

L'estimation de l'incidence des cancers dans le futur (prospective) en fonction de l'évolution des facteurs de risque et des programmes de santé (tabac, alcool, dépistage...).

Maladies cardio-vasculaires

Les critères de choix

– Critères de santé publique

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de décès en France avec 173 000 décès en 1996 dont 44 000 chez les personnes de moins de 75 ans. Les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux représentent chacun un quart de ces décès.

La prévalence déclarée par les personnes des maladies cardio-vasculaires est particulièrement élevée puisqu'elle est de 28 pour 100 hommes et de 37 pour 100 femmes. C'est l'un des premiers motifs de consommation médicale.

On constate une baisse de la mortalité par infarctus du myocarde aussi bien que par accident vasculaire cérébral. En ce qui concerne l'infarctus du myocarde on constate aussi une baisse de l'incidence mais moins faible que celle de la mortalité qui peut sans doute s'expliquer par l'efficacité des traitements mis en œuvre.

Les principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires sont bien connus et accessibles à la prévention primaire (tabac, consommation excessive d'alcool, de matières grasses d'origine animale, manque d'exercice physique).

– Critères de perception

La baisse de la mortalité pour les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux a été proposée comme objectif par le HCSP en 1994 sans qu'une politique spécifique soit mise en œuvre.

Par contre les objectifs de politique nutritionnelle annoncés dans le rapport du HCSP en juin 2000 concernent directement les maladies cardio-vasculaires.

– Critères stratégiques

Il n'existe pas de politique de surveillance des maladies cardio-vasculaires. Les informations disponibles sont essentiellement fournies par les trois registres de cardiopathies ischémiques et le registre des accidents vasculaires cérébraux.

Le développement d'un système d'information sur les maladies cardio-vasculaires qui représentent la première cause de décès et l'une des premières causes de dépenses de soins peut contribuer à l'établissement d'une politique de santé publique dans ce domaine.

Les objectifs de veille sanitaire

Les travaux porteront sur les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde et angor instable), les accidents vasculaires cérébraux et l'insuffisance cardiaque.

La priorité sera de tester l'utilisation du PMSI dans la surveillance de ces pathologies (évolution spatio-temporelle de l'incidence).

Diabète

Les critères de choix

- Critères de santé publique

Une maladie fréquente, aux complications graves pouvant être prévenues par une prise en charge adaptée.

- Critères de perception

Un des thèmes retenus comme sujet d'étude par le HCSP puis ayant donné lieu à des recommandations de la part de la Conférence Nationale de Santé en 1998 et enfin à une circulaire ministérielle.

L'une des pathologies chroniques où l'éducation du patient est la plus développée et ce depuis le plus longtemps.

- Critères stratégiques

Le diabète a donné lieu à peu de travaux de recherche en santé publique en France. On notera un travail récent de l'échelon médical de l'assurance maladie sur la prise en charge des malades diabétiques et son adéquation avec les recommandations de l'ANAES.

Le développement par l'InVS d'une politique de surveillance du diabète répondrait à un besoin important d'information aussi bien pour le suivi de la pathologie en population que pour l'évaluation des politiques de santé.

Les objectifs de veille sanitaire

Réaliser un état des lieux sur les sources d'information disponible pour la surveillance du diabète. Sur cette base proposer les objectifs et méthodes de surveillance à mettre en œuvre. Les objectifs pourraient porter sur :

- l'utilisation des causes médicales de décès dans la surveillance du diabète. Améliorer la qualité des certificats de décès,
- l'incidence du diabète (insulino et non-insulino dépendant) et son évolution par une enquête en population répétée à intervalles réguliers,
- la fréquence des complications du diabète.

Démences

Les critères de choix

– Critères de santé publique

Le vieillissement de la population va s'accompagner d'une augmentation croissante des pathologies chroniques.

Les programmes qui seront développés par le DMCT sur les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les traumatismes (fracture du col du fémur), la nutrition (ostéoporose) permettront d'aborder un nombre important de pathologies.

Par contre les démences d'origine neuro-dégénérative et vasculaire nécessitent une action spécifique du fait de leur fréquence et de leur gravité en termes d'incapacités et de charge de soins. En France on estimait la prévalence de la démence chez les personnes âgées de plus de 65 ans à 4,3 % dont 75 % de maladies d'Alzheimer et 11 % de démences vasculaires.

– Critères de perception

La dépendance des personnes âgées a donné lieu à de multiples rapports et débats parlementaires. Le problème de la démence y figure comme une priorité.

– Critères stratégiques

De nombreux acteurs interviennent dans le domaine des personnes âgées et de la dépendance. Cependant peu de travaux permettent de disposer de données de surveillance sur les démences.

Les objectifs de veille sanitaire

Un état des lieux sur les systèmes d'information existant et leur qualité est un préalable indispensable. Celui-ci devrait être réalisé avec les services centraux du ministère (DGS, DAC, DREES), l'ODASS et les équipes de recherche oeuvrant dans ce domaine.

On analysera la façon dont l'enquête Handicap, Incapacité Dépendance (HID) réalisée par l'INSEE permet de répondre à certaines questions dans ce domaine.

Des travaux spécifiques devront être développés pour estimer de façon régulière l'incidence et la prévalence des démences en fonction de leur cause.

Santé mentale/suicide

Les critères de choix

– Critères de santé publique

Le taux de décès par suicide a connu en France une croissance régulière jusqu'en 1985 où il atteignait 23 pour 100 000 puis a connu une légère décroissance avec un taux de 19.5 pour 100 000 en 1996 soit 11 300 décès.

Chez les 15-24 ans il représente la 2^e cause de décès, derrière les accidents de la route.

Sa part dans la mortalité prématurée (avant 65 ans) a augmenté de 50 % en 25 ans.

On estime le nombre de tentatives de suicide accueillies dans les hôpitaux entre 153 000 et 164 000 par an.

En Europe, la France se situe au 3^e rang des décès par suicide.

- Critères de perception

Les suicides et tentatives de suicide, en particulier chez les jeunes, ont été inclus dans les priorités de HCSP (1994) puis dans les recommandations de la CNS (1997) et ont enfin donné lieu à un programme national de lutte contre les suicides chez les jeunes (1998) puis élargi à l'ensemble de la population (2000). Dix régions ont choisi de mettre en œuvre un programme régional de santé sur cette thématique.

La prévention du suicide donne lieu à la mobilisation de nombreuses associations dont un certain nombre offre des services d'écoute téléphonique.

- Critères stratégiques

Les travaux sur le suicide et les tentatives de suicide sont relativement limités et ce tout particulièrement dans une perspective de surveillance.

Il existe une opportunité forte de réaliser des comparaisons entre pays européens dans le cadre du programme communautaire sur la prévention des blessures et dans le futur programme de santé publique.

Les objectifs de veille sanitaire

La proposition d'un programme de surveillance devrait être faite dans le cadre du nouveau programme de lutte contre les suicides du ministère.

La qualité et l'exhaustivité des certificats de décès par suicide devront être renforcées afin de disposer d'un outil fiable de surveillance des décès.

Il conviendra, par ailleurs, de développer des outils de surveillance des tentatives de suicide et de leur modalité de prise en charge, en population, en médecine ambulatoire et en milieu hospitalier. Ces outils doivent permettre en particulier de répondre aux besoins de pilotage et d'évaluation des programmes régionaux de santé...

Santé mentale/dépression

Les critères de choix

- Critères de santé publique

La situation de la dépression est mal connue. Une enquête menée au niveau européen et incluant la France a permis d'estimer le taux de prévalence de la dépression à 17 % dont 9,1 % pour les dépressions graves, celles-ci étant deux fois plus fréquentes chez les femmes.

Il est convenu que la dépression est mal diagnostiquée par les médecins et qu'un tiers des personnes présentant une dépression majeure ne consultent pas pour leurs troubles.

– Critères de perception

La dépression est une préoccupation forte au sein du public se traduisant par un grand nombre de publications sur ce thème et à de nombreux articles dans les magazines. Cette pathologie n'a cependant pas donné lieu à des orientations de politique de santé précises.

Les objectifs de veille sanitaire

Les travaux portant sur la surveillance de la dépression devraient prioritairement s'orienter vers la mesure de la prévalence et de l'incidence de cette pathologie. Cette surveillance devra être étroitement associée à l'évaluation des modalités de prise en charge.

L'enquête décennale santé (2002-2003) pourrait être l'occasion de mesurer à nouveau la prévalence de la dépression en population.

Violences domestiques

Les critères de choix

– Critères de santé publique

La fréquence de la maltraitance à enfant et de la violence faite aux femmes est très mal connue.

Le nombre des appels téléphoniques reçus par les services d'écoute mis en place par le ministère ou des associations montre qu'il s'agit d'un phénomène fréquent.

Les conséquences, en particulier sur le plan psychologique, sont extrêmement graves.

– Critères de perception

La lutte contre les violences au sein des familles est devenue une priorité dans le champ des politiques sociales.

Il s'agit d'un sujet largement débattu.

– Critères stratégiques

Inexistence de tout système d'information dans le domaine.

Les objectifs de veille sanitaire

Une étude préalable à toute mise en place d'une politique de surveillance dans le domaine est nécessaire. Elle doit permettre de préciser les attentes des décideurs et des acteurs en termes d'information et de faire le point sur les systèmes de recueil de données existant.

Maladies pulmonaires

Les critères de choix

– Critères de santé publique

Les bronchopathies chroniques obstructives (BPCO) représentent une maladie fréquente et grave évoluant vers l'insuffisance respiratoire avec une létalité importante.

La prise en charge médicale est lourde nécessitant fréquemment une oxygénothérapie à domicile.

Le facteur de risque prédominant est le tabagisme et rend donc cette pathologie accessible à la prévention.

La fréquence et la gravité de l'asthme sont en augmentation régulière en France comme dans de nombreux autres pays industriels.

– Critères de perception

L'asthme a donné lieu, sous l'impulsion du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, à une campagne nationale en 1990 visant à réduire les facteurs de risques environnementaux.

Les politiques de santé mettent très peu l'accent sur les BPCO tant en termes de prévention que de prise en charge médicale.

– Critères stratégiques

Bien qu'il s'agisse d'un problème majeur de santé publique la production d'information sur les maladies pulmonaires est extrêmement faible.

L'InVS peut être à l'initiative d'un programme de surveillance sur ces pathologies en partenariat avec l'INSERM en ce qui concerne l'asthme.

Les objectifs de veille sanitaire

Ils pourraient porter sur :

- le renforcement de la qualité des causes de décès et ce particulièrement pour les crises aiguës d'asthme qui font partie de la mortalité évitable.
- La validation du PMSI pour la surveillance des pathologies respiratoires (BPCO, asthme)
- la mesure de la prévalence de l'asthme et des BPCO en population dans l'enquête décennale santé.

Seule, parmi les thèmes portant sur les déterminants de l'état de santé, la nutrition a été retenue dans les priorités du DMCT. Le programme a débuté en 2000. En effet les autres grands déterminants de l'état de santé identifiés dans les priorités et politiques de santé tels que la consommation d'alcool, de tabac et de drogues sont traités par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies qui du fait de l'élargissement des missions de la MILDT à l'ensemble des produits légaux a intégré dans ses programmes la surveillance des consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes.

Nutrition

Les critères de choix

– Critères de santé publique

La nutrition est un des déterminants majeurs de l'état de santé en général et des cancers et maladies cardio-vasculaires en particulier.

Le suivi spatio-temporelle des principaux facteurs de risque et facteurs de protection nutritionnels permet d'anticiper sur les risques d'aggravation de nombreuses pathologies chroniques et donc de proposer des objectifs de prévention.

Le régime alimentaire de la majorité de la population en France lui offre une protection importante (à l'exclusion de la consommation d'alcool). L'évolution de ce régime alimentaire ainsi que l'augmentation de la surcharge pondérale peuvent faire craindre l'augmentation, à terme, de certaines maladies chroniques.

– Critères de perception

Jusqu'ici la nutrition n'était pas considérée comme une priorité de santé publique. L'année 2000 marque un tournant dans ces préoccupations avec la publication par le HCSP d'un rapport sur la nutrition proposant des objectifs de santé publique. Ces objectifs devraient être traduits, d'ici la fin de l'année, en un programme nutritionnel.

L'alimentation est une préoccupation majeure de la population mais avec de très grandes inégalités sociales dans cette perception, les comportements « sains » étant essentiellement le fait des catégories sociales favorisées.

– Critères stratégiques

La proposition d'un programme de surveillance devrait accompagner l'annonce du programme nutritionnel du ministère fin 2000. La création en cours d'une Unité de Surveillance et d'Epidémiologie nutritionnelle en partenariat avec l'Institut Scientifique et Technique de l'Alimentation et de la Nutrition devrait permettre la réalisation de ce programme.

Les objectifs de veille sanitaire

La surveillance doit permettre :

- de connaître la distribution des facteurs de risque (et de protection) liés à la nutrition,
- de surveiller dans le temps, l'évolution de ces facteurs de risque,
- d'identifier des facteurs de risque émergents, notamment en fonction du développement de nouveaux comportements ou de nouveaux aliments et ce par groupe d'âge et statut socio-économique,
- de mettre en relation l'exposition aux facteurs de risque (et de protection) et les pathologies (mortalité, morbidité) pour lesquelles un lien a été mis en évidence.

Elle contribue ainsi à :

- la définition des priorités et des politiques de santé dans le domaine de la nutrition,
- l'évaluation de l'efficacité de la mise en place d'une politique nutritionnelle et des actions de prévention,
- apporter une expertise auprès des pouvoirs publics,
- l'information des acteurs de santé et du public.

Le thème des inégalités de santé est apparu comme un thème prioritaire transversal concernant l'ensemble des pathologies mais aussi des populations spécifiques, celles des personnes défavorisées.

Inégalités de santé

Les critères de choix

– Critères de santé publique

Dans son rapport de 1994 sur la santé en France le Haut Comité de la Santé Publique insistait sur l'émergence d'inégalités de plus en plus importantes face à la santé alors que globalement l'état de santé de la population continuait à s'améliorer.

A côté des inégalités géographiques et des inégalités entre sexes, les inégalités entre catégories sociales représentaient un des enjeux majeurs des politiques de santé d'autant plus que la plupart des travaux menés dans ce domaine montraient une augmentation de l'écart entre catégories sociales. Des travaux européens comparant les écarts de mortalité entre catégories sociales ont montré que la France se caractérisait par des différences sociales de mortalité prématurée les plus élevées d'Europe.

Les groupes de population les plus défavorisés (jeunes en situation de désinsertion sociale, chômeurs de longue durée, allocataires du RMI, gens du voyage, détenus...) ont un état de santé qui se caractérise par l'accumulation de problèmes médicaux et sociaux et une plus grande difficulté d'accès aux soins et à la prévention.

– Critères de perception

De nombreux programmes de santé sont orientés vers les groupes en situation défavorisée mais en général plutôt orientés sur l'amélioration de l'accès aux soins.

La thématique des inégalités géographiques a fait l'objet d'une des dix priorités de la Conférence Nationale de Santé.

– Critères stratégiques

La notion d'inégalité (sociale, de sexe, géographique) de santé est une dimension transversale qui concerne l'ensemble des programmes de l'InVS.

En ce qui concerne les inégalités sociales il existe un important besoin de coordination des différents acteurs (INSEE, DREES, INSERM, CFES, CREDES...) produisant des données pour impulser des travaux dans une logique de surveillance.

Les objectifs de veille sanitaire

En s'appuyant sur les bases de données existantes, il est proposé de suivre l'évolution de la mortalité, de la morbidité et des déterminants de l'état de santé en fonction des facteurs socio-économiques.

Proposer une politique de surveillance de l'état de santé des populations défavorisées en partenariat avec la DREES.

Les cinq thèmes ci-dessous représentent **un deuxième niveau de priorité**. Certains apparaissent dans les priorités et politiques de santé publique (reproduction et santé, santé de l'enfant ou santé de l'adolescent), d'autres ont été rajoutés au cours de la réflexion interne au dmct (santé bucco-dentaire, insuffisance rénale chronique).

Reproduction et santé

Les critères de choix

– Critères de santé publique

Les problèmes de reproduction ont connu une médicalisation croissante avec l'introduction des méthodes moderne de contraception (oestro-progestatifs, stérilet...), de l'interruption volontaire de grossesse et de l'aide médicale à la procréation (AMP).

80 % des femmes en âge de procréer utilisent un moyen contraceptif et 200 000 IVG sont pratiquées chaque année.

Le nombre d'enfants naissant chaque année grâce aux techniques d'AMP ne cesse de croître.

Les risques de baisse de la fertilité des couples, en particulier du fait des expositions environnementales, est une préoccupation.

– Critères de perception

Les questions touchant à la contraception viennent de donner lieu à une récente campagne d'information de la part du ministère de la santé et la diminution du nombre de grossesses non désirées chez les mineures est devenue une priorité.

Les techniques d'AMP donnent lieu à un encadrement réglementaire particulièrement strict.

L'ensemble des questions touchant à la reproduction est considéré comme un problème de société et donne lieu à de nombreux débats.

– Critères stratégiques

De nombreux travaux touchant à la surveillance et à l'évaluation de programmes (AMP) ont été menés par l'unité 292 de l'INSERM.

L'opportunité de construire un partenariat avec cette unité existe et pourrait permettre à l'InVS de développer un programme de surveillance dans ce domaine.

Les objectifs de veille sanitaire

Suivre l'évolution des pratiques contraceptives et d'interruption de grossesse dans le temps et dans l'espace en partenariat avec l'INSERM et la DREES.

Mettre au point, en relation avec les CECOS, un suivi dans le temps et dans l'espace, de la qualité du sperme.

Tester la faisabilité d'un suivi des délais à la conception.

Assurer, en relation avec l'U292 de l'INSERM, le suivi des programmes d'Assistance Médicale à la Procréation.

Insuffisance rénale chronique

Les critères de choix

– Critères de santé publique

Le nombre total de patients présentant une insuffisance rénale terminale est estimé à 35 000 et son augmentation serait constante (+ 8 % par an) principalement en raison du vieillissement de la population.

Le coût estimé des traitements par patient est de 350 000 F par an et le coût global à 8 milliards de francs pour la seule dialyse.

– Critères de perception

De très nombreux rapports ont été publiés ces dernières années sur l'insuffisance rénale terminale. Tous ces rapports ont souligné la nécessité de disposer d'un système d'information : IGAS (1994), étude IRC 2000 (1996), ANDEM (1996), SANESCO (1996), HCSP (1997).

– Critères stratégiques

L'Etablissement Français des Greffes (EFG) a inscrit dans son contrat d'objectifs et de moyens 2000-2002 la réalisation d'un système d'information sur l'insuffisance rénale terminale traitée (REIN). La mise en œuvre de système d'information, véritable registre national des insuffisances rénales terminales traitées par dialyse ou greffe, est l'occasion de développer un partenariat avec l'EFG et l'INSERM dans lequel il est proposé à l'InVS de développer la partie surveillance, du système d'information.

Les objectifs de veille sanitaire

Analyser l'évolution spatio-temporelle de l'insuffisance rénale terminale traitée.

Pathologies bucco-dentaires

Les critères de choix

– Critères de santé publique

Les pathologies dentaires sont très fréquentes et ont un coût particulièrement important pour la collectivité et pour les personnes puisque les soins dentaires sont mal remboursés par la sécurité sociale. Il existe donc de grandes inégalités sociales dans les possibilités de faire effectuer des soins dentaires. Cette inégalité se retrouve dans la prévention des caries dentaires (fluor et alimentation) qui se traduit par une amélioration de l'indice CAO beaucoup plus nette dans les catégories sociales supérieures.

Les traitements par le fluor ont montré leur efficacité dans la survenue des caries dentaires.

– Critères de perception

Les pathologies dentaires du fait sans doute de leur niveau de gravité faible n'ont pas fait l'objet de programmes de santé nationaux. Il existe par contre de multiples programmes locaux auxquels participent de façon active les dentistes.

La perception des problèmes de santé dentaire est très variable selon les catégories sociales avec une forte préoccupation dans les catégories sociales favorisées attentives à la prévention et aux traitements orthodontiques.

– Critères stratégiques

L'InVS pourrait favoriser l'émergence d'un véritable programme de surveillance en partenariat avec les professionnels de santé.

– Les objectifs de veille sanitaire

Suivi spatio-temporel de l'indice CAO au niveau national avec des études spécifiques dans les groupes de personnes plus défavorisées.

Santé de l'enfant

Les critères de choix

– Critères de santé publique

La santé des enfants de 1 à 14 ans peut-être considérée comme globalement satisfaisante en France. Sauf, cependant, dans certains groupes défavorisés.

– Critères de perception

La CNS a inscrit dans ses dix priorités la nécessité de mieux coordonner les actions en faveur de l'enfance pour assurer une continuité de la maternité à l'enfance.

– Critères stratégiques

L'effort de soins et de prévention en direction des enfants est relativement important : protection maternelle et infantile (PMI), santé scolaire, politique vaccinale, médecine libérale (médecins généralistes et pédiatres)...

Par contre on ne dispose pas de dispositif systématique de surveillance de la santé des enfants : les remontées d'information issues des certificats de santé de l'enfant des conseils généraux vers le ministère de la santé (DREES) ne sont que partielles et de qualité insuffisante, ce n'est qu'en 2000 que se met en place une enquête en milieu scolaire. On connaît mal les problèmes de santé mentale ainsi que les violences subies par les enfants.

L'enjeu serait donc de mettre en œuvre une coordination des différents acteurs pour surveiller l'état de santé des enfants avec un accent mis sur les enfants issus de milieux défavorisés.

Les objectifs de veille sanitaire

Une étude préalable sur l'ensemble des systèmes d'information concernant l'état de santé de l'enfant devrait être réalisée. Elle permettrait d'analyser la pertinence des systèmes existant et leur capacité à répondre aux besoins d'information des acteurs et décideurs.

La DREES développe une enquête régulière auprès des enfants en milieu scolaire en partenariat avec la santé scolaire. L'InVS pourrait être associé à l'analyse de ces données et à l'évolution du dispositif.

L'InVS pourrait mettre en œuvre, avec un échantillon de Conseils Généraux volontaires, une analyse des données issues des certificats de santé de l'enfant (8^e jour, 9^e mois et 24^e mois), s'appuyant sur un renforcement de la qualité de ces données.

Des enquêtes spécifiques en directions des enfants défavorisés permettraient de mieux cerner les problèmes de santé dans ce groupe.

Santé de l'adolescent

Les critères de choix

– Critères de santé publique

L'approche de la santé des adolescents est de plus en plus souvent élargie aux jeunes adultes pour concerner l'état de santé des 12-24 ans du fait du retard de plus en plus grand à l'entrée dans l'âge adulte et à la similitude des problèmes de santé rencontrés.

Alors que la santé de cette catégorie de la population était considérée jusqu'à maintenant comme satisfaisante des travaux récents ont montré que les problèmes de santé étant fréquents : troubles psychiques (dépression, idées suicidaires, troubles du comportement alimentaire), conduites à risque en particulier chez les garçons et jeunes hommes se traduisant par une surmortalité masculine importante, violences subies et sur autrui, conduites addictives...

– Critères de perception

De nombreuses politiques sont directement orientées vers les « jeunes » : lutte contre la consommation d'alcool, de tabac et de drogue, prévention contre le VIH, prévention des accidents de transports, lutte contre le suicide (dont le programme national de lutte contre le suicide chez les jeunes)...

La Conférence Nationale de Santé a inscrit dans ses dix priorités la lutte contre les dépendances chez les adolescents.

La préoccupation au sein du public telle qu'elle est transcrite par les médias se focalise plus particulièrement sur la violence et la consommation de drogues.

– Critères stratégiques

L'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) est chargé de la surveillance des consommations d'alcool, de tabac et de drogues y compris chez les adolescents.

Le Baromètre Santé permet de connaître les comportements et principaux problèmes de santé dans cette population. Sa périodicité tous les trois ans permet d'effectuer un suivi dans le temps.

Les objectifs de veille sanitaire

De même que pour la santé des enfants la priorité dans le domaine de la santé des adolescents est de faire l'état des besoins d'information et des systèmes d'information existant.

Notes

La création de l'Institut de Veille Sanitaire s'est traduit par un élargissement du champ de la surveillance et a rendu nécessaire un travail sur les priorités dans le domaine des maladies chroniques et des traumatismes.

Celui-ci s'est appuyé sur la consultation d'un panel d'experts en santé publique mais aussi de représentants du monde politique et de la presse ainsi que des citoyens.

Cette consultation d'abord sous une forme écrite puis dans le cadre d'ateliers a permis de préciser dix priorités majeures pour le département des maladies chroniques et des traumatismes de l'InVS : les cancers, les accidents de la vie courante, la nutrition, le diabète, les maladies cardiovasculaires, le suicide et les tentatives de suicide, les démences séniles, les inégalités de santé, les violences domestiques, la santé mentale et la dépression.

Les nouvelles priorités devront répondre à quatre critères : problèmes fréquents (voire croissants) et graves, demande sociale et politique forte, absence ou insuffisance des systèmes d'information, mise en œuvre de la surveillance possible au plan technique, financier et éthique.

L'identification des systèmes d'information existants devra être réalisée pour l'ensemble des pathologies chroniques et de leurs déterminants. La réalisation des programmes spécifiques devra apporter une plus value importante par rapport à l'existant.

Since 1999, the Réseau National de Sante Publique is replaced with the Institut de Veille Sanitaire.

The field of surveillance covered by the Institute has been broadened and new priority definitions for chronic diseases and injuries were required.

An expert panel of public health professionals, citizens, journalists, elected politicians was convened. A questionnaire was mailed to 100 experts who, secondary met in a workshop to present and discuss the result of the written questionnaire.

Ten priorities for chronic diseases and injuries were selected : cancer, domestic injury, nutrition, diabetes, cardiovascular disease, suicide, Alzheimer disease, health inequalities, domestic violence, mental health and depression.

New priorities will be further examined based on the following four criteria :

- the issue must be frequent (and/or growing) and severe,*
- the social and political demand must be high,*
- the information system must either non existing or unefficient*
- and, finally, the implementation of the surveillance system must be technically, financially and ethically feasible.*

The Institut de Veille Sanitaire will have to make a comprehensive analysis of the existing health information system in chronic diseases and injuries. To be implemented, new surveillance programs will need to substantially contribute to the existing information.



ISBN : 2-11-092743-7
Tirage : 700 exemplaires
Prix : **9,06 €** - 59,43 F
Imprimé par Maulde & Renou – Paris
Dépôt légal : Janvier 2002



INSTITUT DE
VEILLE SANITAIRE

Département des Maladies Chroniques et des Traumatismes
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice cedex
Tél. : 33 (0) 1 41 79 68 50 - Fax : 33 (0) 1 41 79 68 11
<http://www.invs.sante.fr>