

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022

NOR : SSAZ1735885D

Publics concernés : autorités publiques, public et acteurs du système de santé.

Objet : définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

Entrée en vigueur : les dispositions du décret entrent en vigueur le lendemain de leur publication.

Notice : la politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement, qui détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant, un autre est spécifique à la Corse et un troisième concerne chacune des collectivités d'outre-mer régies par l'article 73 de la Constitution, ainsi que Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna.

Le décret a pour objet de définir la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

Références : le décret est pris en application de l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique. Les dispositions du présent décret peuvent être consultées sur le site Légifrance (www.legifrance.gouv.fr).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1411-1-1, R. 1411-1 et R. 1411-3 ;

Vu les observations formulées lors de la consultation publique réalisée du 6 novembre au 25 novembre 2017 ;

Vu l'avis du Haut Conseil de la santé publique en date du 29 novembre 2017 ;

Vu l'avis de la Conférence nationale de santé en date du 30 novembre 2017,

Décète :

Art. 1^{er}. – La stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 est définie conformément à l'annexe jointe au présent décret.

Art. 2. – Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur, le ministre d'Etat, ministre de la transition écologique et solidaire, la garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'Europe et des affaires étrangères, la ministre des armées, le ministre de la cohésion des territoires, la ministre des solidarités et de la santé, le ministre de l'économie et des finances, la ministre de la culture, la ministre du travail, le ministre de l'éducation nationale, le ministre de l'agriculture et de l'alimentation, le ministre de l'action et des comptes publics, la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, la ministre des outre-mer, la ministre des sports, la secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, la secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées, et le secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargé du numérique, sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 29 décembre 2017.

EDOUARD PHILIPPE

Par le Premier ministre :

*La ministre des solidarités
et de la santé,*

AGNÈS BUZYN

*Le ministre d'Etat,
ministre de l'intérieur,*
GÉRARD COLLOMB

*Le ministre d'Etat,
ministre de la transition écologique
et solidaire,*
NICOLAS HULOT

*La garde des sceaux,
ministre de la justice,*
NICOLE BELLOUBET

*Le ministre de l'Europe
et des affaires étrangères,*
JEAN-YVES LE DRIAN

La ministre des armées,
FLORENCE PARLY

Le ministre de la cohésion des territoires,
JACQUES MÉZARD

*Le ministre de l'économie
et des finances,*
BRUNO LE MAIRE

La ministre de la culture,
FRANÇOISE NYSSEN

La ministre du travail,
MURIEL PÉNICAUD

Le ministre de l'éducation nationale,
JEAN-MICHEL BLANQUER

*Le ministre de l'agriculture
et de l'alimentation,*
STÉPHANE TRAVERT

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*
GÉRALD DARMANIN

*La ministre de l'enseignement supérieur,
de la recherche et de l'innovation,*
FRÉDÉRIQUE VIDAL

La ministre des outre-mer,
ANNICK GIRARDIN

La ministre des sports,
LAURA FLESSEL

*La secrétaire d'Etat
auprès du Premier ministre,
chargée de l'égalité
entre les femmes et les hommes,*
MARLÈNE SCHIAPPA

*La secrétaire d'Etat
auprès du Premier ministre,
chargée des personnes handicapées,*
SOPHIE CLUZEL

*Le secrétaire d'Etat
auprès du Premier ministre,
chargé du numérique,*
MOUNIR MAHJOUBI

ANNEXE :
STRATEGIE NATIONALE DE SANTE (2018 – 2022)

INTRODUCTION

La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables.

Elle réaffirme le principe porté par l'Organisation Mondiale de la Santé, selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde. Elle vise à répondre aux grands défis que rencontrent notre système de santé, notamment ceux identifiés par le rapport du Haut Conseil de la santé publique :

- les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques ;
- les risques d'exposition de la population aux risques infectieux;
- les maladies chroniques et leurs conséquences;
- l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux.

Les inégalités sociales et territoriales de santé demeurent en France à des niveaux élevés. Elles se traduisent par un différentiel d'espérance de vie à 35 ans de 6,4 ans en moyenne entre les ouvriers et les cadres supérieurs masculins, et de 3,2 ans en moyenne entre les ouvriers et les cadres supérieurs féminins [1]. La différence d'espérance de vie entre les femmes et les hommes est de 6,1 ans en 2015 [1]. Chacun des objectifs de la stratégie nationale de santé contribue à la lutte contre l'ensemble des inégalités sociales et territoriales de santé.

La stratégie nationale de santé s'inscrit dans le cadre économique et financier fixé par le Gouvernement pour un rétablissement durable de la situation des finances publiques. Elle contribue à renforcer l'efficacité du système de santé en cohérence avec le plan d'appui à la transformation du système de santé et à garantir la soutenabilité des dépenses de santé, condition du maintien d'un accès de tous à des soins de qualité.

Le succès de la stratégie nationale de santé suppose la participation des usagers afin d'améliorer la qualité des parcours et du système de santé dans son ensemble.

La stratégie nationale de santé comporte quatre axes complémentaires :

1. Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux
2. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
3. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé
4. Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers

Au sein de ces quatre axes, elle détermine onze domaines d'action prioritaires (1°; 2°; 3°...) déclinés en 43 objectifs nationaux d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre les conséquences de la maladie, de l'accident et du handicap (a) ; b) ; c...).

Un volet précise sept priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune (V).

Deux objectifs propres à la Corse (VI) et quatorze objectifs propres à l'outre-mer (VII) sont également définis.

La politique en matière de bioéthique est traitée dans le cadre d'un dispositif législatif ad hoc.

La stratégie nationale de santé est mise en œuvre, d'une part par les plans et programmes nationaux, dont la cohérence sera notamment assurée par le plan national de santé publique et, d'autre part, par les projets régionaux de santé et d'autres outils régionaux.

Aux termes de l'article R. 1411-4 du code de la santé publique, la stratégie nationale de santé et les plans et programmes nationaux donnent lieu à un suivi annuel ainsi qu'à des évaluations pluriannuelles permettant d'apprécier les résultats sanitaires obtenus et l'impact sanitaire, social et économique de ces plans et programmes au regard des ressources mobilisées, et d'en tirer les enseignements nécessaires à l'adaptation des politiques publiques. Les résultats du suivi annuel et des évaluations sont soumis pour avis à la Conférence nationale de santé et au Haut Conseil de la santé publique, avant d'être rendus publics.

Principes d'action :

- Mobiliser l'ensemble des politiques publiques dans un objectif de préservation et d'amélioration de la santé de la population, dans une approche interministérielle, coordonnée et concertée
- Construire des stratégies d'action permettant de mettre en place des parcours de santé individuels fluides, adaptés aux populations et accessibles à tous (dispositifs d'« aller vers » et de médiation, clarté des messages, renforcement des capacités (« empowerment ») et de la littératie en santé)
- Adapter les stratégies d'action aux spécificités de chaque territoire (quartiers prioritaires de la politique de la ville, territoires ruraux, territoires de montagne, territoires à forte saisonnalité, territoires frontaliers)
- Simplifier le cadre réglementaire et donner davantage de souplesse aux acteurs de terrain
- Associer l'ensemble des parties prenantes (usagers, élus locaux et nationaux, associations, entreprises, organismes représentatifs des professionnels et des acteurs de la santé) en amont des décisions, notamment dans le cadre des instances de démocratie en santé
- Faire respecter par l'ensemble des acteurs les principes d'éthique et de solidarité (accessibilité, égalité, non-discrimination, continuité...) et développer une culture de transparence, d'indépendance et de prévention des conflits d'intérêt dans toutes les institutions, qu'elles soient publiques ou privées, et pour tous les professionnels
- Appuyer les décisions sur l'analyse critique des meilleures connaissances disponibles, notamment de celles issues des données concernant la santé des personnes et leur environnement, des évaluations des actions menées, des expertises indépendantes, des études d'impact en santé et de la recherche

Définition des concepts clé :

- Les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une optique de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation pour la santé.
- Les actions de prévention comprennent l'ensemble des actions qui permettent soit de prévenir la survenue des problèmes de santé (prévention primaire), soit de les détecter précocement et d'éviter leur aggravation (prévention secondaire), soit encore de pallier leurs conséquences ou complications (prévention tertiaire). La prévention est dite « passive » lorsqu'elle ne nécessite pas la participation active des personnes concernées (par exemple lorsque l'on modifie l'environnement pour supprimer l'exposition à un danger).
- L'éducation pour la santé comprend l'ensemble des activités d'information et d'éducation qui aident les individus à faire des choix favorables à leur santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver ou améliorer la santé, à mieux utiliser les services de santé et à recourir à une aide en cas de besoin.
- Les déterminants de santé sont les facteurs qui interagissent et influent sur l'état de santé d'une personne tout au long de la vie. Ces déterminants peuvent être individuels, environnementaux, sociaux et économiques. Au-delà des problèmes spécifiques qui touchent les populations exclues ou particulièrement vulnérables, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a montré en 2009 que l'état de santé varie selon la place de l'individu dans les structures sociales. Ces inégalités sociales de santé sont le produit des inégalités cumulées tout au long de la vie en fonction des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Elles dépendent également de leur niveau de littératie en santé, ainsi que de leur accès aux systèmes mis en place pour faire face à la maladie

I - METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTE, INCLUANT LA PRÉVENTION, DANS TOUS LES MILIEUX ET TOUT AU LONG DE LA VIE

1°) Promouvoir les comportements favorables à la santé

La promotion des comportements favorables à la santé peut réduire des facteurs de risque qui induisent des coûts sociaux considérables (20,4 milliards d'euros pour l'obésité, 15 milliards d'euros pour l'alcool et 26,6 milliards d'euros pour le tabac). L'enjeu est de renforcer les compétences psychosociales des individus par l'éducation pour la santé et de créer un environnement incitatif (fiscalité, aménagements).

Les inégalités sociales et territoriales d'accès aux actions de prévention et de promotion de la santé restent fortes. On constate des écarts selon les territoires, les catégories socioprofessionnelles et la situation, ou non, de handicap en termes de risques pour certaines pathologies ou d'espérance de vie en bonne santé.

Dimension essentielle du parcours de santé des personnes, cette politique est déclinée dans l'ensemble des milieux de vie, notamment l'école, l'entreprise, les administrations, les forces armées, les établissements de santé ou médico-sociaux, les structures d'accompagnement social, les lieux de prise en charge judiciaire et les lieux de privation de liberté. Les outils et moyens dédiés doivent être adaptés à tous les types de publics. Des actions de médiation sanitaire et d'accompagnement social doivent bénéficier aux personnes les plus éloignées du système de santé.

L'éducation à la santé nécessite une information simple et fiable pour la population. Cela passe par des repères comme le « 0-5-30 » de la campagne nationale du manger-bouger :

- 0 comme 0 fumée de tabac dans l'air que nous respirons
- 5 comme 5 fruits et légumes par jour, élément clé d'une alimentation saine et équilibrée
- 30 comme 30 minutes d'activité physique par jour

Ces repères résument, sans l'épuiser, la priorité faite par la stratégie nationale de santé à la promotion de la santé et la prévention des comportements à risque.

a) PROMOUVOIR UNE ALIMENTATION SAINTE

De nombreux travaux scientifiques ont mis en évidence le rôle de la nutrition, tant comme facteur de protection que comme facteur de risque, pour de nombreuses maladies chroniques dont les maladies cardiovasculaires et les cancers, les deux premières causes de mortalité en France, ou encore le diabète ou l'ostéoporose. Si la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte s'est stabilisée entre 2006 et 2015, elle reste à un niveau encore trop élevé, respectivement de 49 % et 17 % [10].

Une alimentation saine est facilitée par des repères nutritionnels et de comportements favorables comme le fait de réinvestir le petit déjeuner, notamment pour les enfants et les jeunes, d'éviter le grignotage ou les collations entre les repas, qui peuvent conduire à un apport calorique excessif.

La prévention et l'accompagnement de la dénutrition et des troubles du comportement alimentaire doivent également être une priorité.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Assurer l'appropriation par tous les groupes sociaux des bons repères alimentaires dès l'enfance en associant les parents ainsi que les professionnels de l'éducation nationale et de la petite enfance

- Assurer l'accès à une alimentation saine, en quantité suffisante, produite dans des conditions durables, d'un prix abordable et de bonne qualité gustative et nutritionnelle
- Favoriser le déploiement de l'étiquetage nutritionnel clair et simple sur les produits alimentaires (nutriscore)
- Limiter l'influence de la publicité et du marketing alimentaire sur les enfants en les réglementant et encadrer la promotion des marques associées à des aliments peu favorables au plan nutritionnel
- Rapprocher les politiques menées par les ministères chargés de l'agriculture et de la santé

b) PROMOUVOIR UNE ACTIVITE PHYSIQUE REGULIERE

Il est aujourd'hui établi que l'activité physique est un facteur de prévention de certaines maladies chroniques. En effet, la sédentarité est reconnue comme un facteur de mortalité et favorise le surpoids et l'obésité. L'activité physique est également bénéfique pour la santé en ce qu'elle permet de prévenir ou de contribuer à traiter certaines pathologies. Pour autant, un Français sur trois a un niveau d'activité physique limité et la sédentarité, notamment chez les jeunes, augmente de façon préoccupante.

Les comportements adaptés à la santé exigent aussi le respect d'un sommeil de qualité, notamment pour les enfants.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Encourager la pratique d'une activité physique à tous les âges de la vie, notamment grâce au développement de l'offre de pratique, à des aménagements de l'espace public favorisant le temps passé dans les espaces de nature et le développement des mobilités actives, dont la marche et le vélo pour les déplacements du quotidien
- Lutter contre les comportements sédentaires dans la vie quotidienne (domicile, travail, école...)
- Accompagner le déploiement de l'activité physique adaptée prescrite dans le traitement de certaines pathologies

c) PREVENIR L'ENTREE DANS LES PRATIQUES ADDICTIVES (TABAC, ALCOOL, SUBSTANCES PSYCHOACTIVES LICITES ET ILLICITES, ADDICTIONS SANS SUBSTANCES)

En 2013, le nombre de décès attribuables au tabagisme (première cause de décès évitable en France) est estimé à 73 000 [1]. En 2009, le nombre de décès attribuables à l'alcool est estimé à 49 000 [2]. On estime à 1,4 millions le nombre d'usagers réguliers de cannabis, dont 700 000 usagers quotidiens [3]. Concernant les autres substances, le nombre d'usagers problématiques (drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines) est estimé à 280 000 usagers [4]. Les pratiques addictives concernent aussi les comportements de jeu problématiques (jeux d'argent et de hasard, environ 2,7 % de la population, soit 1,2 millions de personnes) [5] et l'usage problématique des écrans qui concernerait entre 1 et 2 % de la population [6].

La prévention des addictions est indispensable, que les produits soient illicites (drogues), que l'on cherche à en réduire la consommation (objectif d'une première génération sans tabac) ou que leur consommation ou pratique excessives induisent des risques très graves pour la santé (alcool, jeux, écrans...).

Les conduites dopantes peuvent concerner toute personne qui cherche à améliorer ses performances dans sa vie personnelle ou professionnelle. Les jeunes peuvent être tentés, dans le cadre de leur vie personnelle ou scolaire, de recourir à des produits pour améliorer leurs performances intellectuelles ou pour modifier leur apparence physique (perte de poids ou augmentation de la masse musculaire). Le dopage et les conduites dopantes tendent aussi à se développer dans le cadre de la pratique de l'activité physique et sportive, notamment dans certaines disciplines comme le culturisme où près de 20 % des contrôles antidopage effectués faisaient apparaître un résultat anormal en 2011 selon la Direction des sports.

Les enfants sont immergés très tôt dans un environnement où le tabac, l'alcool, le cannabis et les écrans sont présents. La précocité des usages augmente le risque d'usage problématique ultérieur. En 2014, près de 9 adolescents de 17 ans sur 10 ont déjà bu de l'alcool, près de 7 sur 10 ont déjà fumé une cigarette et un peu moins de 5 sur 10 ont fumé du cannabis ; 32,4 % des adolescents de 17 ans sont fumeurs quotidiens, 12 % sont consommateurs réguliers d'alcool et 9 % consommateurs réguliers de cannabis. Par ailleurs, 3 à 5 % des jeunes de 17 ans pourraient présenter une pratique problématique d'internet [7].

Face à ces constats, il s'agit de retarder l'âge de l'initiation des usages problématiques, de les repérer et d'offrir une prise en charge adaptée. Cette stratégie doit évoluer en fonction des nouvelles pratiques, dont par exemple l'accessibilité facilitée par internet de la plupart des substances psychoactives.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Mieux informer le public sur les risques associés à ces pratiques et consommations
- Développer des programmes visant à renforcer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes et renforcer l'intervention précoce auprès des jeunes en difficulté
- Réduire l'attractivité des substances psychoactives (dénormalisation de ces substances, politique fiscale de santé publique, limitation de l'exposition des jeunes à la publicité)
- Sensibiliser et former les personnels de l'éducation nationale, notamment les chefs d'établissements et les enseignants de collèges et lycées sur la thématique du dopage et des conduites dopantes

d) REDUIRE LES PREVALENCES DES PRATIQUES ADDICTIVES ET
COMPOTEMENTS A RISQUE (TABAC, ALCOOL, SUBSTANCES
PSYCHOACTIVES LICITES ET ILLICITES, ADDICTIONS SANS
SUBSTANCES) ET LEURS CONSEQUENCES NOCIVES

La consommation de substances ou le recours à des pratiques ayant une interaction avec le fonctionnement du cerveau concernent la très grande majorité de la population. Ces pratiques peuvent entraîner des conséquences graves (accident après alcoolisation, surdose mortelle) et chroniques (addictions et maladies chroniques). En dépit de progrès indéniables dans ce domaine, une épidémie active d'hépatites virales de type C persiste chez les usagers injecteurs de drogues, avec une prévalence biologique du VHC de 64 % [8].

Les politiques publiques doivent donc viser à réduire le nombre de personnes souffrant d'une addiction, à aider ces personnes à mieux vivre et sortir de leur dépendance et à prévenir les accidents aigus et les maladies induites par ces substances (cancers, maladies cardiovasculaires, maladies infectieuses). Les usages ou pratiques problématiques sont marqués par d'importantes inégalités sociales de santé. La mise en place d'un parcours de santé « addictions » doit permettre d'offrir aux

personnes le nécessitant, une offre adaptée de prévention, de réduction des risques et de prise en charge sanitaire et sociale tout au long de la vie.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Réduire l'accessibilité des substances, en particulier pour les plus jeunes, notamment en élevant les barrières à l'accès (prix du tabac, tolérance zéro sur la vente d'alcool aux mineurs...)
- Dénormer les usages nocifs, notamment par le biais de campagnes de communication fortes et innovantes et par l'évolution des espaces publics (lieux sans tabac)
- Améliorer les pratiques professionnelles de repérage précoce, de prise en charge et de réduction des risques et des dommages (réduction des risques à distance, salles de consommation à moindre risque, accompagnement des événements festifs...)
- Faciliter l'accès à une prise en charge en soutenant les démarches d'arrêt (Moi(s) sans tabac, accès facilité aux traitements de substitution et de sevrage) et en améliorant la fluidité des parcours
- Réduire les inégalités sociales de santé par des stratégies ciblant les populations vulnérables (jeunes, femmes enceintes, travailleurs pauvres, personnes sans domicile, personnes incarcérées....)

e) PREVENIR LES RISQUES LIES A LA CONDUITE DANGEREUSE SUR LA ROUTE ET LEURS CONSEQUENCES

Certains comportements à risque tels que la conduite dangereuse sur la route peuvent affecter gravement la santé. Parmi les 3477 personnes décédées en 2016 sur les routes de France métropolitaine, la vitesse excessive ou inadaptée est la première cause d'accidents mortels (31 % des causes principales), suivie de la consommation d'alcool (19 %) ou de stupéfiants (9 %), et enfin de l'inattention et de l'usage du téléphone (9 %) [8].

Les 18-24 ans sont les plus touchés par les accidents de la route avec une nette prédominance des hommes. La mortalité routière demeure la première cause de mortalité dans cette classe d'âge. Près d'un tiers des jeunes hommes prennent des risques pour le plaisir de la vitesse (contre 4 fois moins chez les femmes) [9].

Si les jeunes de 15 à 24 ans sont les premières victimes des accidents de la route, la conduite à risque concerne toute la population. L'éducation à la sécurité routière vise à développer des savoirs et comportements réfléchis et civiques par rapport aux dangers de la route. Cette action doit se poursuivre tout au long de la vie.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Renforcer l'éducation à la sécurité routière en milieu scolaire en l'inscrivant dans le programme pédagogique et en s'appuyant sur le développement des compétences psychosociales de l'élève
- Mettre en place des incitations à réduire les comportements à risque (vitesse, alcool, stupéfiants, téléphonie au volant...)
- Renforcer la sensibilisation du grand public sur les risques associés à ces pratiques

f) PROMOUVOIR LA SANTE SEXUELLE ET L'EDUCATION A LA SEXUALITE

Malgré un niveau de contraception élevé, les grossesses non prévues restent trop fréquentes chez les 15-24 ans (une sur trois). Les infections sexuellement transmissibles (IST) ont augmenté de 10 % entre 2013 et 2015 [11]. Si l'épidémie du VIH est stable depuis 2007, près de 6000 nouvelles séropositivités ont été constatées en 2015 [12].

Pour répondre à ces enjeux, il s'agit d'engager une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive, qui vise à garantir à chacun une vie sexuelle autonome, satisfaisante et sans danger, ainsi que le respect de ses droits en la matière, mais aussi à éliminer les épidémies d'IST et à éradiquer l'épidémie du sida d'ici 2030. Cette démarche visera également à faire évoluer les représentations sociales liées à l'identité de genre, à l'orientation sexuelle, à l'âge ou au handicap, ainsi qu'aux personnes vivant avec le VIH, présentes au sein de la société et transposées dans l'offre de santé et à prévenir les comportements de violence, notamment sexuelle, envers les femmes.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale et positive, en particulier en direction des jeunes
- Améliorer le parcours de santé (prévention, dépistage et prise en charge précoces) en matière d'infections sexuellement transmissibles, dont le VIH et les hépatites virales, et adapter les modalités de dépistage aux caractéristiques des populations afin de faire face à l'épidémie « cachée »
- Améliorer l'accès aux différentes méthodes de contraception et à la prévention de l'infertilité
 - Assurer le droit à l'accès à l'interruption volontaire de grossesse
- Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables ou les plus exposées au VIH, aux hépatites et aux IST

g) PREVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE

La prévention de la perte d'autonomie doit permettre à chacun de vieillir sans limitation d'activité dans sa vie quotidienne et de retarder le plus possible l'entrée dans la dépendance. Aux polyopathologies chroniques, dont la prévalence s'accroît avec l'âge, s'ajoute un déclin physiologique, source de vulnérabilité accrue et de troubles sensoriels, qui aboutit à une perte d'autonomie. En 2015, à 85 ans, 80 % des femmes et 70% des hommes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, telle qu'une difficulté à se déplacer [13].

La prévention de la perte d'autonomie doit s'attacher notamment à la prévention de la dénutrition, de la dépression, de la iatrogénie médicamenteuse, des chutes, principaux facteurs d'hospitalisation évitable des personnes âgées et qui accentuent la dégradation de l'état de santé et l'entrée en dépendance.

Pour maintenir l'autonomie et la mobilité le plus longtemps possible, il s'agit de mettre en place une démarche globale de promotion de la santé, intégrant la prise en charge de la polypathologie, l'adaptation de l'environnement de vie et les aides techniques. Cette démarche peut contribuer à prolonger le maintien des personnes à domicile et à améliorer l'état de bien-être global, physique et mental, chez les personnes âgées. En parallèle, des mesures d'accompagnement doivent répondre aux autres conséquences de la dépendance, notamment pour les aidants. C'est un enjeu majeur pour faire face au vieillissement de la population.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Changer les représentations sur le vieillissement grâce aux alliances inter et multi générationnelles
- S'appuyer sur la médecine du travail pour diffuser des messages sur le « bien vieillir » et améliorer la prévention et le repérage des risques de fragilité lors du départ à la retraite
- Sensibiliser les personnes âgées elles-mêmes et les professionnels à l'importance de l'autonomie pour le bien vieillir et à l'existence d'outils de prévention, tels que l'adaptation du logement
- Lutter contre le risque d'isolement social des personnes âgées
- Organiser le repérage et la prise en charge des personnes les plus vulnérables et les plus éloignées de l'accès à l'information, à la prévention et aux soins, y compris pour les personnes sous main de justice
- Promouvoir une alimentation adéquate et une activité physique régulière et adaptée pour limiter les risques de dénutrition

h) PROMOUVOIR L'APPLICATION DES REGLES D'HYGIENE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

L'application des règles d'hygiène individuelle (par exemple le lavage de mains) et collective (par exemple la propreté des locaux de restauration) est la base sur laquelle repose la prévention de maladies infectieuses digestives (gastro-entérites) mais aussi respiratoires, ophtalmologiques et cutanées. Elle contribue aussi grandement à la limitation de la diffusion des bactéries résistantes aux antibiotiques.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Développer les campagnes d'information afin de diffuser les méthodes de prévention
- Améliorer l'accès dans tous les milieux de vie à des équipements permettant d'éviter la transmission des agents infectieux

2°) Promouvoir des conditions de vie et de travail favorables à la santé et maîtriser les risques environnementaux

Au-delà des comportements individuels, la promotion de la santé suppose de maîtriser les risques associés aux environnements dans lesquels les personnes se trouvent, et aux évolutions de ces environnements, notamment dans le contexte du changement climatique.

Au sens large, il s'agit de promouvoir la qualité sanitaire de notre environnement direct (eau, air, sols, bruit, objets du quotidien, salubrité, nuisibles, risques émergents, tels que les nanoparticules, etc.), en agissant sur les sources de pollution et en limitant notre exposition, en s'appuyant sur le principe de précaution le cas échéant, mais aussi d'améliorer nos conditions de vie et de travail, afin d'assurer une qualité de vie compatible avec un bon état de santé.

Dans ce domaine, les collectivités territoriales ont un rôle important à jouer, notamment dans le cadre de leurs politiques d'aménagement du territoire.

a) REDUIRE L'EXPOSITION A DES CONDITIONS D'HABITAT INDIGNES ET AUX POLLUTIONS INTERIEURES

Le logement est un déterminant majeur de santé marqué par de fortes inégalités sociales. L'impact de l'habitat dégradé sur la santé est établi aussi bien pour des troubles somatiques que mentaux.

En 2015, 33 600 dossiers étaient répertoriés par l'observatoire de repérage et de traitement de l'habitat indigne, dont 18 % au titre de l'insalubrité. En 2013, les logements de 8,5 % des ménages (hors étudiants), soit 2,7 millions de personnes, étaient en situation de surpeuplement, et 2,7 % des ménages rapportaient l'existence de signes d'humidité ou de moisissures sur certains murs de leur logement [14]. L'Observatoire de la Qualité de l'Air Intérieur estimait en 2014 à plus de 9 millions le nombre de logements contaminés par des moisissures en France.

Au-delà de l'insalubrité, il s'agit de promouvoir les conditions d'un habitat favorable à la santé et de réduire les effets des expositions dans l'habitat (pollution chimique, radon, etc.).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Développer des outils facilitant la bonne gestion du logement (économies d'énergie, isolation)
- Renforcer l'intervention de conseillers en environnement intérieur chez les personnes souffrant d'affections respiratoires et/ou allergiques
- Simplifier et renforcer la mise en œuvre des polices de l'insalubrité en lien avec les collectivités territoriales et désigner un acteur opérationnel unique, qui pourrait être l'intercommunalité
- Mener les expertises nécessaires pour réglementer les produits nuisibles à la santé dans l'habitat

b) PROMOUVOIR LA SANTE AU TRAVAIL, DEVELOPPER UNE CULTURE DE PREVENTION DANS LES MILIEUX PROFESSIONNELS ET REDUIRE LA FREQUENCE ET LA SEVERITE DES PATHOLOGIES LIEES AUX CONDITIONS DE TRAVAIL

Le travail exercé dans de bonnes conditions contribue au maintien d'un bon état de santé. Pourtant, en 2012, les régimes général et agricole ont reconnu plus de 56 000 nouveaux cas de maladies professionnelles dont 87 % de troubles musculo squelettiques et 8 % d'affections causées par l'amiante [15]. En 2010, 2,2 millions de salariés sont exposés à au moins un produit chimique cancérigène [16]. Les facteurs de stress sont également en cause. Aujourd'hui, 61 % des actifs occupés sont exposés à trois facteurs de risques psycho-sociaux au moins, les employés et les ouvriers étant les plus exposés [13]. Ces expositions peuvent générer des maladies cardio-vasculaires, des problèmes de santé mentale et des troubles musculo-squelettiques.

Au-delà de la réduction des risques, il s'agit de s'appuyer sur l'expérience de la prévention acquise par les acteurs de la santé au travail pour promouvoir le travail comme facteur de santé, en valorisant les pratiques managériales qui contribuent à la qualité de vie et à la santé au travail.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Mettre en place une politique globale de santé et de qualité de vie au travail dans l'ensemble des milieux professionnels publics et privés et renforcer le rôle de coordination des services de santé au travail
- Développer la prévention en milieu professionnel dans une approche globale de la santé en améliorant la coordination des acteurs, en développant l'utilisation du volet professionnel du dossier médical partagé, en intégrant mieux les services de santé au travail dans le parcours de santé et en renforçant la prise en compte de la prévention des risques professionnels dans la formation des futurs salariés et dirigeants des entreprises
- Permettre le suivi de certaines populations atteintes de pathologies ayant un impact important sur leur activité professionnelle afin d'améliorer les actions de lutte contre la désinsertion professionnelle
- Coordonner l'offre proposée par les acteurs de la prévention des risques professionnels sur le champ des risques psychosociaux pour mieux accompagner les entreprises et tester de nouvelles démarches de prévention de ces risques en entreprise
 - Renforcer le repérage et l'accompagnement des victimes du syndrome d'épuisement professionnel (« burn out »)
- Améliorer la prévention et la prise en charge précoce des troubles musculo- squelettiques en entreprise et des risques liés aux manutentions manuelles notamment dans des secteurs d'activité particulièrement concernés comme celui de l'aide et des soins à la personne
- Promouvoir le télétravail en raison de ses impacts positifs sur la santé des personnels, la qualité de vie au travail, la productivité et sur l'environnement compte tenu de la réduction des déplacements

c) REDUIRE L'EXPOSITION DE LA POPULATION AUX POLLUTIONS EXTERIEURES ET AUX SUBSTANCES NOCIVES POUR LA SANTE

Selon une étude de Santé Publique France, l'exposition à la pollution atmosphérique est responsable de 48 000 morts anticipées par an (cancers, maladies cardiovasculaires, affections respiratoires). Le coût global de la pollution de l'air, en incluant à la fois la pollution atmosphérique et la qualité de l'air intérieur, a été évalué à 101,3 milliards d'euros annuels, en prenant en compte les dépenses de santé, l'absentéisme et la perte en termes d'espérance de vie, de bien-être et de qualité de vie. Au-delà de ce danger bien connu pour la santé, les Français sont exposés à d'autres risques environnementaux, tels que les pollutions du sol et de l'eau, l'exposition à des substances allergènes, issues notamment des végétaux, les contaminations des aliments et les risques liés à l'usage de produits toxiques. Les études scientifiques ont mis en exergue le concept d'« exposome » qui prend en compte l'effet sur la santé d'un individu de la totalité de ses expositions à des facteurs environnementaux, tout au long de sa vie.

Notre alimentation est susceptible de contenir des contaminants issus de l'environnement ou des modes de production ou d'emballage. Il s'agit notamment des substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques, des pesticides, des métaux lourds, des toxines, des nanomatériaux et des substances au contact des denrées alimentaires (bisphénol A, huiles minérales), dont certaines sont potentiellement des perturbateurs endocriniens. L'exposition aux perturbateurs endocriniens est suspectée d'être responsable de nombreuses pathologies : trouble de la reproduction, diminution des capacités intellectuelles, cancers, troubles du métabolisme (diabète par exemple).

Pour la plupart des pesticides, les conséquences d'une exposition aiguë ont été mises en évidence par les études (réactions allergiques, dermatologiques ou respiratoires). Au-delà des effets liés aux expositions directes, il existe des effets indirects liés à la contamination de l'eau potable, de la flore et

de la faune. Une expertise collective de l'Inserm de 2013 conclut que des expositions professionnelles sont associées à une augmentation du risque de certaines pathologies (maladie de Parkinson, cancer de la prostate, lymphome non hodgkinien, myélome multiple), mais aussi que les expositions aux pesticides intervenant au cours des périodes prénatale et périnatale et lors de la petite enfance sont à risque pour le développement de l'enfant.

En France, l'accès à l'eau est un droit fondamental et la très grande majorité des habitations sont raccordées aux réseaux publics de distribution d'eau potable. Si, pour 13,2 % de la population résidant dans une zone de distribution d'eau alimentant moins de 500 habitants, l'eau n'est pas en permanence conforme sur le plan microbiologique, ce taux n'est plus que de 0,3 % pour les zones alimentant plus de 10 000 habitants. Toutefois, en 2014, 6 % de la population était alimentée par une eau dont la qualité ne respecte pas en permanence les limites fixées par la réglementation s'agissant des pesticides [17].

Les effets auditifs et extra-auditifs du bruit, parmi lesquels la perturbation du sommeil et les effets cardio-vasculaires, sont bien établis. En 2014, 9 % des personnes déclarent avoir des difficultés d'audition sévères : 40 % d'entre elles sont appareillées [18]. Environ un million de logements sont situés dans des zones considérées comme points noirs du bruit. En 2014, près des trois quarts des 15-35 ans déclaraient utiliser un casque ou des écouteurs pour écouter de la musique. Cette pratique concerne la quasi-totalité des 15-19 ans (96 %). L'usage fréquent et intensif concerne un quart des jeunes de 15-19 ans et les expose à une baisse d'audition et à des lésions précoces de l'oreille interne suivies de surdité et d'acouphènes [19].

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Sensibiliser les usagers sur les comportements à adopter pour réduire leurs émissions et leur exposition aux risques environnementaux, notamment dans les territoires les plus exposés
 - Réduire les expositions de la population :
 - Aux pollutions atmosphériques, notamment en les prenant en compte dans les politiques énergétiques, d'aménagement du territoire et de renouvellement urbain, en favorisant la nature en ville, dont les bénéfices pour la santé sont multiples (santé mentale, lutte contre l'îlot de chaleur et la pollution, etc.) et en réduisant les émissions polluantes dans tous les secteurs d'activité (industrie, transport, résidentiel et agricole)
 - Aux substances suspectées d'avoir un effet nocif sur la santé humaine, notamment en trouvant des substituts, en organisant leur traçabilité, en incitant les entreprises à évaluer et maîtriser durablement le risque chimique pour leurs salariés, en promouvant une agriculture durable et sans intrants, et en portant une attention particulière à l'exposition des populations riveraines de zones d'épandage agricole, en particulier les femmes enceintes et les enfants
 - A une alimentation en eau dont la qualité est inadéquate, notamment en renforçant la vigilance sur la présence de substances dites émergentes dans l'eau du robinet
 - Au bruit, notamment dans les entreprises, dans les transports et dans les écoles, en le prenant en compte dans les politiques d'aménagement et de transports, en améliorant la qualité acoustique du bâti et en prévenant les mésusages de l'écoute de musique amplifiée
- Développer les connaissances en matière de santé environnementale: nouveaux stressseurs (perturbateurs endocriniens, nano matériaux), effets des poly-expositions et effets cumulés des combinaisons de facteurs de risque de stress (« cocktail »), exposition au long de la vie et conséquences intergénérationnelles (exposome) :

- Produire un rapport annuel de mise à jour des connaissances en santé environnementale (niveaux d'imprégnation, exposome) afin d'évaluer le niveau de risque avec les principaux acteurs de la surveillance et de la recherche en santé environnementale
 - Développer la complémentarité des différentes approches et méthodes contribuant à la production de connaissances (Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation (ANSES), Agence nationale de santé publique (ANSP), Agence nationale de la recherche (ANR), Institut national du cancer (INCa), etc.)
 - Garantir la transparence et l'indépendance des études menées dans ce domaine
 - Développer les recherches prospectives sur l'impact de l'évolution de la biosphère sur la santé humaine
- Limiter l'impact du système de santé sur l'environnement (résidus de médicaments dans l'eau et dans les sols, déchets d'activités de soins, empreinte énergétique, etc.)

d) RENFORCER LA PREVENTION DES MALADIES VECTORIELLES

L'accroissement des risques liés aux maladies vectorielles (notamment dengue, chikungunya, zika, maladie de Lyme et paludisme) va se poursuivre avec le réchauffement climatique. Si les épidémies d'arboviroses concernent principalement les territoires ultramarins, des premiers cas sont apparus ces dernières années en Corse et dans le sud de la France. Ainsi, l'extension de l'aire d'implantation du moustique vecteur dans l'Hexagone, passée de 20 à 40 départements en 3 ans, entraînera inmanquablement des épidémies.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Limiter les risques d'endémisation et d'épidémisation par une surveillance et des contre-mesures adaptées à ce type de pathologies dites « tropicales »
- Organiser la surveillance entomologique et prévenir l'implantation et le développement des moustiques vecteurs, en lien étroit avec les collectivités territoriales
- Renforcer la prévention des maladies vectorielles par une meilleure information du public et des professionnels de santé notamment sur les mesures d'hygiène

3°) Mobiliser les outils de prévention du système de santé

Les services de santé jouent un rôle majeur dans la prévention de la survenue et de l'aggravation des maladies. Les professionnels de santé ont une responsabilité forte en la matière, en assurant la couverture vaccinale de la population, en permettant le dépistage et la prise en charge précoces des pathologies, et en diffusant des recommandations en matière de promotion de la santé, notamment auprès des personnes vulnérables.

A contrario, les services de santé peuvent être à l'origine de risques pour la santé. Il est donc indispensable d'y intégrer une démarche préventive globale, source à la fois de gains pour la santé et d'efficience, en l'intégrant systématiquement dans les pratiques professionnelles.

a) RENFORCER LA PROTECTION VACCINALE DE LA POPULATION

La vaccination permet à chacun d'une part de se protéger individuellement des maladies infectieuses graves, et d'autre part de protéger son entourage, notamment les personnes les plus fragiles telles que les nourrissons, les femmes enceintes, les personnes malades ou immunodéprimées et les personnes âgées. Elle renforce l'immunité de groupe et, à ce titre, constitue un véritable geste citoyen de solidarité.

Aujourd'hui, l'organisation mondiale de la santé se fixe pour objectif que 95 % de la population soit vaccinée pour tous les vaccins recommandés ou obligatoires. En France, ce taux est atteint pour les 3 maladies contre lesquelles le vaccin est obligatoire (diphtérie, tétanos et poliomyélite). En revanche, pour d'autres vaccins recommandés (hépatite B, méningocoque C, rougeole-oreillons-rubéole), les couvertures vaccinales sont très insuffisantes et peuvent être à l'origine d'épidémies et de décès ou handicaps évitables.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Améliorer l'information des professionnels de santé et du public sur les vaccins
- Étendre les obligations vaccinales de 3 à 11 vaccins : il s'agit d'ajouter aux trois vaccinations obligatoires (diphtérie, tétanos et poliomyélite) huit autres vaccins recommandés protégeant contre la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole (vaccin combiné ROR), l'infection invasive à *Haemophilus Influenzae* de type B (Hib), l'infection invasive contre le méningocoque C, l'infection à pneumocoque et l'hépatite B
- Améliorer l'accessibilité à la vaccination, développer les opportunités vaccinales et sécuriser l'approvisionnement en vaccins
 - Renforcer la protection vaccinale contre la grippe des personnes à risque
 - Renforcer la protection vaccinale des professionnels de santé

b) PRÉSERVER L'EFFICACITÉ DES ANTIBIOTIQUES

L'émergence des résistances bactériennes est identifiée par l'OMS comme l'une des menaces globales majeures des prochaines décennies: en France, l'incidence en 2012 des infections à bactéries multirésistantes a été évaluée à 158 000 cas dont 16 000 infections invasives (bactériémies et méningites) dont 12 500 cas mortels et 2 700 pour les infections invasives [20]. Le développement de l'antibiorésistance est lié à une consommation d'antibiotiques non maîtrisée (en population humaine et animale) et à une contamination secondaire de l'environnement. En France, la consommation d'antibiotiques en santé humaine est supérieure de 30 % à la moyenne européenne. De plus, 30 % des antibiothérapies sont prescrites inutilement, notamment pour le traitement d'infections virales des voies aériennes [21]. Enfin, le développement de nouvelles thérapeutiques est limité par le faible investissement de l'industrie dans ce domaine.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Diminuer la consommation d'antibiotiques de 25 % d'ici 2020, notamment grâce à une campagne de sensibilisation à l'utilisation prudente et appropriée des antibiotiques
- Améliorer la pertinence des prescriptions, notamment en augmentant la fréquence d'utilisation des tests de diagnostic permettant de différencier l'origine virale ou bactérienne des infections

- Développer des tests de diagnostic pour mieux cibler les traitements et les résistances éventuelles en médecine humaine et animale
 - Développer de nouveaux antibiotiques ainsi que des alternatives, en médecine humaine et animale
 - Favoriser la recherche concernant la résistance anti-microbienne et le développement de produits et de méthodes permettant de lutter contre l'antibiorésistance, notamment en adoptant de nouveaux modèles économiques
- c) DEVELOPPER UNE POLITIQUE DE REPERAGE, DE DEPISTAGE, ET DE PRISE EN CHARGE PRECOCES DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

Le repérage, le dépistage et la prise en charge précoces des pathologies chroniques permettent d'éviter leur aggravation. En France, vingt millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques. Leur diagnostic et/ou leur prise en charge ne sont pas toujours effectués de façon suffisamment précoce, notamment par rapport à l'apparition des premiers symptômes. Pourtant, il est bien établi que ce retard expose les patients à une évolution défavorable, à la constitution de lésions potentiellement irréversibles ou à des complications, notamment dans le cas des cancers, des maladies neuro-cardiovasculaires, du diabète ou de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Pour la majorité des maladies chroniques, un diagnostic plus précoce permet un traitement plus efficace, avec un impact positif avéré sur le pronostic de la maladie. Pour certains cancers, un dépistage avant l'apparition des symptômes permet de détecter et traiter les lésions précancéreuses. L'autovigilance (examen cutané, autopalpations des seins) peut permettre un repérage précoce de certaines lésions suspectes, mais il peut être nécessaire d'inciter les personnes à la consultation. Dans le champ des maladies neuro- cardiovasculaires, respiratoires et du diabète, la prévention s'appuie sur le contrôle des facteurs de risques (tabac) et les modifications des habitudes de vie (alimentation, activité physique).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Mettre en place un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans
- Faire évoluer le dépistage du cancer du sein en mettant à disposition les moyens techniques les plus performants et en personnalisant le dépistage proposé en tenant compte du niveau de risque
- Augmenter la participation de la population cible dans le dépistage du cancer colorectal
- Identifier les nouvelles opportunités de dépistage des cancers les plus fréquents ou les plus meurtriers
- Expérimenter des actions de prévention des risques cardiovasculaires s'appuyant sur un accompagnement au changement d'habitudes de vie chez les personnes à risque
- Mettre en place des stratégies visant à réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardio-neuro-vasculaires
- Poursuivre les actions de dépistage, d'accompagnement et de prise en charge des personnes souffrant de maladies neurodégénératives (Alzheimer, sclérose en plaques, Parkinson, etc.)

- Développer des parcours favorisant l'autonomie du fonctionnement rénal afin d'éviter la dialyse et de retarder la greffe pour les personnes souffrant de maladies rénales

d) FACILITER LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ
DANS TOUS LES MILIEUX DE VIE ET A TOUS LES ÂGES DE LA VIE

L'efficacité des actions de promotion de la santé tout au long de la vie et dans tous les milieux nécessite une excellente coordination de l'ensemble des acteurs de la prévention et un accès facilité aux lieux de vie.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Rapprocher les acteurs de la prévention, notamment médecine scolaire, services de santé universitaires, médecine du travail et autres professionnels de santé et les mobiliser autour des mêmes objectifs de promotion de la santé
- Faciliter l'action coordonnée des professionnels en matière de promotion de la santé dans les lieux de vie, dont notamment les écoles, collèges et lycées, les universités, les entreprises, les administrations, les structures sociales et médico- sociales et les lieux de prise en charge judiciaire, et notamment de privation de liberté en clarifiant les compétences de chacun

II- LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES D'ACCÈS À LA SANTÉ

Notre pays reste marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé, que cet accès soit limité par des obstacles financiers ou par l'insuffisance d'offre. Des dispositifs spécifiques doivent permettre de réduire ces inégalités, et de répondre aux besoins des personnes particulièrement éloignées de l'offre de santé, notamment les plus défavorisées. Les politiques menées par les collectivités territoriales jouent un rôle important en contribuant à améliorer l'attractivité des territoires et l'accessibilité des services de santé.

1°) Lever les obstacles sociaux et économiques à l'accès au système de santé

Le renoncement aux soins pour des raisons socioéconomiques reste trop élevé en France. Dû à des contraintes financières ou à une méconnaissance du système de santé, il est encore plus fréquent parmi les catégories les plus vulnérables de la population. En 2014, une personne sur quatre déclare avoir renoncé à au moins un soin dans l'année pour des raisons financières [18]. Pour remédier à cette situation, il est nécessaire d'assurer une meilleure prise en charge mais aussi de mener une politique volontariste de réduction du reste à charge pour les bénéficiaires.

a) RENFORCER L'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX À LA COUVERTURE MALADIE

La qualité de la prise en charge financière des soins dans notre pays est reconnue. La réforme de la protection maladie universelle mise en œuvre depuis 2016 tend à limiter autant que possible les ruptures de droits sociaux liées à des changements de situation personnelle. Deux dispositifs de couverture santé complémentaire contribuent à renforcer l'accès aux soins. En 2016, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) a permis à 5,5 millions de personnes avec des faibles revenus de bénéficier d'une couverture gratuite, tandis que 1,1 millions de personnes avec des revenus légèrement au-dessus de ce seuil ont souscrit une complémentaire santé en recourant à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) [22].

Pour autant, des situations de non recours persistent, notamment du fait de la complexité des démarches administratives et des dispositifs. En outre, le système de l'ACS est à l'origine d'effets de seuil importants pour les foyers situés juste au-dessus des plafonds de ressources, en particulier pour les personnes de 60 ans et plus.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Mener jusqu'à son terme la réforme de la Protection Universelle Maladie (PUMA)
- Porter une attention particulière aux publics les plus fragiles en les informant sur leurs droits, notamment en français facile à lire et à comprendre, en les orientant, en les accompagnant, et en aidant financièrement les populations qui en ont le plus besoin en s'appuyant sur des réseaux de proximité tels que les Maisons de service au public
- Poursuivre les simplifications des démarches des assurés (téléservices, échanges d'informations entre administrations, allègement des formalités administratives, possibilités de domiciliation pour les personnes sans domicile)
- Lutter contre le phénomène de refus de soins par les professionnels de santé par l'objectivation des pratiques et l'identification des outils les plus adaptés (conciliation, sanction, etc.) et par l'information des assurés sur leurs droits et les recours possibles

- Lisser les effets de seuil de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé afin de favoriser l'accès à une couverture de qualité pour les personnes juste au-dessus des plafonds actuels

b) LIMITER LES DEPENSES DE SANTE RES TANT A LA CHARGE DES ASSURES,
NOTAMMENT POUR LES PROTHESES DENTAIRES ET AUDITIVES ET POUR
L'OPTIQUE MEDICALE

En 2016, la dépense de santé (consommation de soins et de biens médicaux) est financée à hauteur de 78 % par la Sécurité sociale et l'Etat, et à hauteur de 13 % par les complémentaires santé. Le « reste à charge », c'est-à-dire ce qu'il reste à payer par les assurés eux-mêmes, s'élève à 8 % des dépenses de santé. Parmi les plus faibles de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ce reste à charge concerne les consultations, les médicaments, les transports sanitaires et les dépenses non couvertes [23].

Toutefois, pour certaines dépenses de santé, il est beaucoup plus élevé et peut parfois conduire à des phénomènes de renoncement aux soins. C'est le cas notamment pour les soins dentaires, les équipements d'optique médicale et les audioprothèses. En 2014, 17 % des personnes déclarent avoir renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières, et 5 % à des soins médicaux [18]. Les dépassements sur les prothèses dentaires ont augmenté de 66 % en 10 ans, et le taux de dépassement moyen des médecins de secteur 2 s'élève encore en 2016 à plus de 33 % des honoraires malgré les mesures d'encadrement mises en place depuis 2011 [24].

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Inciter les professionnels libéraux à modérer leurs dépassements d'honoraires, par le biais combiné des contrats responsables et des contrats de maîtrise de la pratique tarifaire
- Parvenir à un reste à charge nul sur les prothèses dentaires, l'optique, les audioprothèses d'ici 2022, ce qui suppose de définir un panier de soins indispensables, de qualité, à prix réglementés, et un partage de la prise en charge entre assurance maladie obligatoire et complémentaire
- Faire évoluer d'ici 2020 les modalités de détermination du reste à charge hospitalier afin de les rendre plus compréhensibles et équitables pour les patients

c) ACCOMPAGNER LE RECOURS AUX SERVICES DE SANTE DES PERSONNES
VULNERABLES OU QUI EN SONT ELOIGNEES

Certaines catégories de personnes ont moins recours au système de santé par méconnaissance de leurs droits ou des dispositifs, ou en raison d'obstacles pratiques, tels que leur manque de mobilité ou leur absence de domiciliation. Le non-recours au droit commun est plus fréquent chez les jeunes peu qualifiés sans emploi ni formation (28 % contre 18 % en moyenne), les jeunes chômeurs (27 %), les inactifs non-étudiants (24 %), les parents (26 %), les bas revenus (26 %), ainsi que les femmes (21 %).

Les personnes en situation d'exclusion, les gens du voyage et les personnes migrantes, ainsi que les personnes placées sous main de justice, qu'elles soient incarcérées ou suivies en milieu ouvert sont particulièrement concernés. De même, les jeunes vulnérables, pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) et par la protection judiciaire de la jeunesse ou sortant de ces dispositifs, les jeunes en errance, les mineurs non accompagnés et les mineurs de retour de zones de combat doivent également bénéficier d'une attention particulière.

Les publics vulnérables cumulent des difficultés qui peuvent être sociales, éducatives, sanitaires, ou liées aux discriminations qui rendent complexe le recours au droit commun. Leur prise en charge

nécessite donc de concilier plusieurs logiques d'intervention (santé, logement, mobilité, ressources financières, formation/emploi, environnement familial) afin de répondre à leurs besoins et d'éviter les ruptures dans leurs parcours de santé. Le programme expérimental «un chez- soi d'abord» a ainsi démontré que le logement (accès à la sécurité et à l'intimité) est un prérequis à l'accès à la santé pour les personnes en situation d'exclusion.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Renforcer la sensibilisation des professionnels de santé aux spécificités de ces publics afin qu'ils adaptent leur discours et leurs stratégies de prévention, d'alerte et de prise en charge
- Faciliter le décloisonnement et les liens entre les acteurs médicaux et médico-sociaux et les acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion
- S'appuyer sur les compétences des personnes et leur implication tout au long du parcours de santé
- Repérer les situations de non-recours et éviter les ruptures de parcours par la médiation sanitaire, en développant les structures de type permanence d'accès aux soins de santé (PASS), en déployant des plateformes d'accès aux soins et à la santé dans chaque caisse primaire et en organisant la continuité de la prise en charge lors des sorties d'hospitalisation
- Apporter des solutions complémentaires aux publics les plus vulnérables, dont notamment l'accès à la domiciliation et à l'interprétariat (préalable à l'accès aux droits), l'accès à l'information sur les lieux de soins, et le développement des solutions innovantes associant approches sociale et sanitaire (lits halte soins santé et de lits d'accueil médicalisés)
- Lutter contre les pathologies liées aux situations de grande précarité, notamment pour les personnes à la rue, en soutenant les projets d'insertion dans le logement, les méthodes de pair-aidance, les dispositifs d'« aller vers » (équipes mobiles psychiatrie précarité) et la connaissance du milieu sanitaire par les professionnels sociaux et médico-sociaux
- Améliorer le repérage des situations à risque et renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé auprès des jeunes en fragilité sociale et des femmes en situation de précarité
- Repérer et mobiliser des structures de proximité intervenant auprès des jeunes en fragilité sociale (Points Accueil Ecoute Jeune, Centres sociaux, Prévention Spécialisée)
- Repérer les situations de handicap, de troubles psychiques ou psychiatriques et de perte d'autonomie des personnes incarcérées, afin de mettre en œuvre les soins, les mesures de compensations individuelles et les aménagements nécessaires des conditions de détention
- Développer la prévention de la perte d'autonomie des personnes handicapées et âgées incarcérées, et faciliter leur accès aux actions de prévention et de promotion de la santé
- Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention

d) **P REVENIR LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE ET SOCIALE DES MALADES, DES BLESSES ET DES VICTIMES D'ACCIDENTS SANITAIRES OU TRAUMATIQUES ET DE LEURS AIDANTS**

Les blessés par accident de la route, par accident du travail, mais aussi les malades chroniques ou les victimes d'événements traumatiques (attentat ou fait de guerre), rencontrent souvent des difficultés

liées à une désinsertion professionnelle et sociale. Les parcours de soins sont souvent déconnectés des parcours de soutien social et professionnel qui contribuent pourtant à l'amélioration et au maintien de leur état de santé. La réinsertion des personnes dont l'état de santé est altéré nécessite une coordination de l'ensemble des acteurs intervenant sur ce champ (structures de soin, caisses de sécurité sociale), mais également un dialogue plus approfondi avec le monde du travail (employeur, services de santé au travail).

L'amélioration des politiques de maintien en emploi repose sur une prise en charge précoce et sur un accompagnement de l'employeur pour favoriser tant que possible le retour à l'emploi. En cas d'impossibilité de retour à l'emploi initial, une attention doit être portée à la reconversion professionnelle de la personne.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Promouvoir l'intégration du soin dans une démarche globale de réhabilitation sociale et professionnelle de la personne malade ou blessée, ou durablement handicapée
- Favoriser la prise en compte précoce du contexte professionnel par le milieu soignant
- Davantage structurer le réseau des services de santé au travail, ainsi que leurs relations avec les caisses d'assurance maladie, pour gagner en efficacité dans les politiques de maintien dans l'emploi
- Renforcer le repérage et l'intervention précoces des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle pilotées par l'assurance maladie
- Favoriser le recours aux dispositifs de formation et de reconversion professionnelle ouverts aux personnes exposées à certains risques professionnels ou victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (compte professionnel de prévention, compte personnel de formation)

2°) Garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire

Tous les territoires ne bénéficient pas du même niveau de couverture de leurs besoins. En médecine générale, en 2013, l'accessibilité des 10 % des Français les mieux dotés est trois fois meilleure que celle des 10 % des Français les plus éloignés de l'offre. Les inégalités territoriales sont encore plus marquées pour l'accès aux professionnels paramédicaux et aux spécialistes hors médecine générale : ce rapport atteint 5 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers, 6 pour les ophtalmologues, 14 pour les pédiatres, 19 pour les psychiatres. Les spécialistes sont en moyenne 3 fois moins nombreux en quartier prioritaire de la politique de la ville que dans les autres unités urbaines [23].

Une action déterminée doit être entreprise pour garantir à chaque citoyen l'accès à des soins de qualité, quel que soit l'endroit où il vit. Il s'agit de définir une nouvelle organisation des soins, fondée sur l'accompagnement des dynamiques issues des territoires et le soutien à l'innovation. C'est également un enjeu central des politiques menées par les collectivités territoriales en matière d'aménagement territorial et de soutien à l'attractivité dans les territoires.

a) RENFORCER LA PRESENCE MEDICALE ET SOIGNANTE EN FONCTION DES BESOINS DES TERRITOIRES

Les tensions démographiques risquent de s'aggraver dans les prochaines années en raison de la diminution probable du nombre de médecins généralistes en exercice jusqu'en 2025 et du prochain départ à la retraite de générations de médecins. Tous les leviers doivent être mobilisés pour accroître la présence de professionnels de santé dans les territoires et la disponibilité de leur temps médical. Ainsi,

les tâches administratives comptent en moyenne pour 7 % du temps des médecins généralistes [26]. Les efforts de coordination avec les autres professionnels de santé consomment également une part importante du temps de travail des professionnels.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Favoriser la diversification de l'exercice des professionnels entre libéral et salarié, entre les activités de soins, de prévention et de recherche, ainsi qu'entre ville, médico-social et hôpital et accroître les possibilités d'exercice multi sites et d'évolutivité des carrières professionnelles au cours du temps
- Favoriser un nouveau partage des tâches au sein des équipes de soins, fondée sur un rôle accru des professionnels non médecins, le déploiement de la pratique avancée et le développement de formes innovantes de coopération
- Développer la maîtrise de stage et les stages extrahospitaliers proposés aux professionnels de santé au cours de leur formation initiale pour mieux les former à l'exercice en ville
 - Augmenter le temps des professionnels disponible pour les patients en les aidant à se décharger des tâches administratives et à se recentrer sur leurs activités cliniques directes et de prévention, en s'appuyant par exemple sur des services numériques mutualisés

b) GENERALISER LES USAGES DU NUMERIQUE EN SANTE POUR ABOLIR LES DISTANCES

Les promesses du numérique doivent être saisies par les professionnels de santé afin de développer l'accès à une médecine innovante et de qualité sur l'ensemble du territoire. La télémédecine abolit les distances et étend la capacité d'action des professionnels de santé, en leur permettant d'obtenir par exemple des avis cliniques par la téléexpertise. Elle offre à la population de nouvelles possibilités de consultation à distance aux médecins généralistes et aux spécialistes de recours difficiles d'accès, par exemple en psychiatrie.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Assurer la bonne couverture numérique de l'ensemble du territoire, et notamment de chacun des établissements de santé et médico-sociaux, ainsi que des structures d'exercice coordonné dans les territoires ruraux
- Généraliser dans la pratique quotidienne l'usage de la télémédecine, en premier lieu des téléconsultations et les téléexpertises et construire un cadre éthique de l'utilisation de la télémédecine afin qu'elle bénéficie à l'ensemble de la population
- Favoriser le partage sécurisé des données médicales entre les professionnels de santé consultés par les patients, en développant l'interopérabilité des systèmes d'information et la mise en commun des dossiers au travers du dossier médical partagé
- Permettre aux patients d'utiliser, en routine, des services numériques pour un meilleur accès au système de santé : prendre des rendez-vous, obtenir un conseil médical, consulter en ligne un professionnel de santé, effectuer les démarches de préadmission, faire renouveler une ordonnance, transmettre des données à un professionnel ou accéder à son dossier médical partagé
- Equiper les professionnels de santé et les intervenants médico-sociaux de services numériques d'appui à la coordination pour favoriser les échanges en temps réel entre eux et avec les patients notamment grâce à un système de messagerie sécurisée

- Déployer la prescription électronique qui permettra aux professionnels en charge d'un patient de partager les informations de prescription et de délivrance de produits de santé ou d'actes

c) FAIRE CONFIANCE AUX ACTEURS DES TERRITOIRES POUR CONSTRUIRE DES PROJETS ET INNOVER

Pour remédier à ce problème complexe de disparité d'accessibilité à l'offre de santé, la solution ne peut venir d'une mesure unique, mais d'un ensemble d'outils innovants, souples et adaptables au niveau local. Ceci nécessite une structuration des soins primaires et leur articulation avec les spécialistes de recours, qu'ils exercent en ville ou en établissement de santé. Plus généralement, il s'agit de libérer les capacités des acteurs locaux de développer des projets adaptés aux caractéristiques des territoires.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Améliorer l'attractivité des territoires, en commençant par les plus fragiles, en intégrant l'organisation en matière de santé à une politique globale d'aménagement des territoires
- Développer des systèmes de transports efficaces desservant les services de santé et promouvoir les services de santé itinérants notamment en milieu rural
- Faciliter la venue des étudiants et des internes dans les territoires fragiles, afin de leur faire connaître ces zones et les modalités d'exercice possibles
- S'appuyer sur la responsabilité territoriale et populationnelle en réunissant les acteurs au niveau régional et territorial (professionnels de santé, usagers, institutions, services de l'Etat et élus) pour co-construire des projets d'animation et d'aménagement des territoires
- Donner les moyens aux agences régionales de santé de conduire une politique intégrée de soutien à l'exercice coordonné et aux projets de territoire via le fonds d'intervention régional (FIR)
- Mettre en place au niveau national un cadre commun permettant d'expérimenter et d'évaluer de nouvelles pratiques et organisations et l'adosser à un Fonds pour l'innovation du système de santé

III- GARANTIR LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ ET LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE A CHAQUE ETAPE DU PARCOURS DE SANTE

Le niveau de compétences et d'expertise de nos professionnels de santé, ainsi que la qualité de l'offre de soins en France, sont reconnus au niveau international. Toutefois les évolutions de l'organisation de notre système de santé doivent être poursuivies pour répondre aux nouveaux besoins de santé de la population. La chronicisation des pathologies, le développement des polyopathologies mais aussi les progrès technologiques et médicaux nécessitent de mettre en place une organisation des soins moins centrée sur l'hôpital, pour accompagner le virage ambulatoire et favoriser la prise en charge des soins en ville. Cette organisation devra être fondée sur la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape des parcours de santé, mettre au premier plan l'intérêt du patient et contribuer à renforcer l'efficacité du système de santé.

1°) Transformer l'offre de santé des territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population

L'organisation de l'offre de santé dans les territoires doit garantir à chaque citoyen à la fois la qualité des prises en charge, leur accessibilité et leur efficacité. Dans ce but, les agences régionales de santé, en lien avec les professionnels, les établissements, les collectivités territoriales et les instances de démocratie en santé, ont la responsabilité d'encourager les initiatives locales de coopération, d'accompagner la création d'organisations innovantes et d'offrir au patient un parcours fluide, optimisant la qualité de prise en charge à chaque étape.

a) STRUCTURER LES SOINS PRIMAIRES POUR ASSURER LA QUALITE ET LA CONTINUTE DES PARCOURS

Les soins primaires, ou de premier recours, constituent un maillon essentiel pour la performance globale du système de santé. Ils sont en effet en première ligne pour les soins courants délivrés à la population et constituent de ce fait la pierre angulaire de toutes les politiques de santé, qu'il s'agisse de prévention, de suivi des pathologies chroniques, d'adressage pertinent aux spécialistes de ville ou à l'offre hospitalière, de retour ou de maintien à domicile.

Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques et une forte aspiration au maintien à domicile, la modernisation et l'adaptation des soins de premier recours sont devenues indispensables. L'enjeu est à la fois d'accroître l'attractivité de ces métiers en répondant aux aspirations des professionnels et de délivrer à la population le parcours de santé le plus pertinent. Par ailleurs, le développement d'une offre plus étoffée de soins de ville permettra aux établissements de santé de se repositionner sur leurs activités de recours et d'expertise.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Soutenir le développement de tous les modes d'exercice coordonné afin qu'ils deviennent majoritaires au sein du système de santé: équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, centres de santé et maisons de santé pluri professionnelles, pour lesquelles l'objectif est un doublement d'ici cinq ans
- Assurer l'accès aux médecins spécialistes (en ville et à l'hôpital) en développant leur articulation avec les soins de premier recours et en définissant des parcours clairs pour le patient
- Garantir la réponse aux demandes de soins urgents et aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets

- Faire évoluer des modalités de financement pour permettre aux professionnels de coopérer autour d'épisodes de soins ou de parcours du patient, avec comme objectifs l'amélioration du service rendu à la population et l'efficacité des prises en charge
- Développer des indicateurs de qualité des parcours de soins en matière d'efficacité et d'organisation
 - Développer la recherche en soins primaires

b) STRUCTURER L'OFFRE EN ETABLISSEMENTS DE SANTE POUR CONCILIER PROXIMITE ET ACCESSIBILITE DES PLATEAUX TECHNIQUES ET EXPERTISES DE RECOURS

Les recompositions hospitalières visent à réorganiser l'hôpital afin d'optimiser l'utilisation des moyens techniques et humains (mutualisation des plateaux techniques, lignes de garde) et de renforcer la qualité de l'offre sur l'ensemble du territoire. Sources de gains d'efficacité, elles permettent également de répondre à la tension sur la démographie médicale et de tirer bénéfice des opportunités offertes par les progrès de la médecine et des technologies. Elles concernent tant les établissements de santé publics que privés.

Pour réussir, les établissements doivent organiser une gradation commune de leur offre médicale mais aussi davantage coopérer, qu'il s'agisse de mutualiser des fonctions support ou médico-techniques, de partager des investissements dans des équipements onéreux et de pointe. Cette coopération doit s'étendre aux offres de ville et médico-sociale et aux autres acteurs de la prise en charge, notamment les SDIS, afin que les établissements de santé recentrent leur activité sur des hospitalisations plus pertinentes, plus courtes ou ambulatoires. Elle repose sur le principe de responsabilité territoriale.

L'objectif est de permettre à toutes les personnes d'accéder à des services de proximité (consultations avancées, imagerie, hospitalisations de médecine...) et de bénéficier de filières de recours fluides et accessibles, notamment pour les urgences, ainsi qu'à des plateaux techniques comprenant soins intensifs, réanimation, et traitements innovants. Cela suppose notamment une réflexion sur la disponibilité et l'adéquation de l'offre de transport des patients. Leur préférence pour le maintien à domicile doit pouvoir être prise en compte.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Poursuivre le virage ambulatoire et développer les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle
- Accélérer la mise en place des groupements hospitaliers de territoires, en garantissant la qualité et la cohérence de la mise en œuvre de leurs projets médico-soignants partagés
- Réviser le droit des autorisations et des conditions techniques de fonctionnement, afin de rehausser les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins et d'offrir plus de souplesse aux organisations qui émergent dans les territoires
- Faire évoluer les modes de financement de l'activité hospitalière en se fondant sur des modèles plus forfaitaires et incitatifs à la pertinence des parcours et sur une prise en compte plus importante de la qualité notamment sur la base d'indicateurs de résultat
- Investir dans la modernisation et l'interopérabilité des systèmes d'information

c) AMELIORER L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES HANDICAPEES ET DES PERSONNES AGEES ET FAVORISER LES PRISES EN CHARGE AU PLUS PRES DES LIEUX DE VIE

La prise en charge des personnes âgées ou handicapées nécessite des dispositifs adaptés pour répondre à des situations parfois complexes. Qu'elles soient à domicile ou hébergées en établissements, ces personnes sont particulièrement concernées par les inégalités sociales et territoriales en santé.

Certaines personnes âgées souffrant de polyopathologies n'ont pas accès aux soins. Or l'augmentation, dans les prochaines années, de la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus aura des incidences sur les dépenses projetées en matière de retraite, de santé et de prise en charge de la perte d'autonomie.

Par ailleurs, les personnes handicapées éprouvent de véritables difficultés d'accès aux soins. Les 1,1 millions de titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ont moins recours aux soins de médecine générale et dentaires que la population générale (- 10 et -17 points d'écart respectivement) [27]. Les personnes handicapées et leurs familles sont en attente de réponses beaucoup plus inclusives dans le milieu de vie ordinaire.

L'offre sanitaire et médico-sociale doit s'adapter pour répondre aux enjeux du virage ambulatoire, garantir l'accessibilité universelle des prises en charge et des actions de promotion de la santé, et respecter le souhait des personnes âgées et des personnes handicapées d'un maintien à domicile et dans le milieu de vie ordinaire. Cette politique doit être guidée par le respect des droits de la personne, la dignité, l'équité et la solidarité.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Mettre en œuvre les actions portées par le Comité interministériel du handicap, les engagements figurant dans la Charte Romain Jacob sur l'accessibilité des lieux de soins et le guide d'amélioration des pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé portant sur l'accueil, l'accompagnement et l'organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap
- Mieux prendre en compte la complexité de la prise en charge médicale des personnes en situation de handicap dans les tarifs des professionnels et établissements de santé et augmenter, lorsque c'est nécessaire, le nombre de lieux de soins adaptés, notamment les consultations dédiées
- Favoriser les prises en charge sur les lieux de vie, notamment en développant la télémédecine et les soins et l'hospitalisation à domicile
- Développer l'échange de données entre les régimes de sécurité sociale pour identifier les personnes âgées et handicapées les plus éloignées du système de soins
- Développer des actions de prévention et d'éducation à la santé adaptées aux besoins des personnes en perte d'autonomie et des personnes handicapées, tout au long de la vie et dans tous les lieux de vie, en s'appuyant notamment sur la pair-émulation
- Prévoir un bilan de santé annuel pour les personnes en situation de handicap accompagnées par des établissements et services médico-sociaux
- Favoriser la bienveillance des personnes et garantir le libre choix du parcours de santé
- Encourager l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

- Soutenir le développement et encourager l'évaluation des interventions non médicamenteuses et des aides techniques et technologiques de l'autonomie dans le champ de l'accompagnement des personnes âgées (silver économie) et du handicap

d) AMELIORER LA TRANSVERSALITE ET LA CONTINUTE DES PARCOURS EN SANTE MENTALE

La santé mentale est un défi majeur dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en particulier en France. Classés en 2013 au premier rang des maladies en termes de dépenses de soins, avant les cancers et les maladies cardiovasculaires, les troubles psychiques touchent près d'un quart des Français, directement ou via leurs proches (CNAMTS, 2016).

La prévalence des épisodes dépressifs caractérisés concernait 7,5 % de la population en 2010 [6] tandis que la prévalence des troubles anxieux est estimée à 17 % chez les hommes et 25 % chez les femmes [28]. Outre les incapacités et les altérations de la qualité de vie qu'ils entraînent, les troubles anxieux et dépressifs augmentent significativement le risque de maladie cardiovasculaire et en diminuent les chances de guérison.

La prévention du suicide, cause de nombreux décès évitables, est un enjeu majeur. En 2014, en France, près de 9 000 décès par suicide ont été déclarés (soit près de trois fois plus que par accident de la circulation) [29] et le nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide a concerné entre 176 000 et 200 000 personnes [30].

Les inégalités en matière de santé mentale sont prégnantes : la probabilité d'être atteint d'un trouble sévère de dépression est plus élevée chez les personnes vivant les situations les plus précaires. Les troubles mentaux peuvent tout à la fois être des facteurs et des conséquences de l'exclusion sociale. La qualité de l'environnement de vie (présence de la nature, facteurs de stress, bien-être) joue un rôle considérable qui défavorise en premier lieu les personnes les plus modestes. Par ailleurs, l'accès aux soins en psychiatrie se caractérise par de fortes inégalités en fonction de la catégorie socio-professionnelle des personnes.

Le secteur de la psychiatrie a développé précocement la prise en charge ambulatoire des patients. Il reste toutefois nécessaire de développer une approche transversale de la politique de santé mentale, associant l'ensemble des acteurs susceptibles d'agir sur les déterminants de la santé mentale, sur la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux, et sur leur accompagnement.

L'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux nécessite une coordination précoce et resserrée entre les intervenants afin de préserver l'autonomie des personnes en situation ou à risque de handicap psychique. Elle doit garantir sur l'ensemble du territoire une prise en charge précoce, un repérage efficace et une dynamique d'« aller vers ».

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Adopter une approche transversale de la politique de santé mentale alliant la promotion de la santé mentale et du bien-être, la prévention des troubles mentaux, l'accès aux soins et à la prise en charge, l'éducation thérapeutique, la réhabilitation psychosociale, l'accompagnement médico-social et social du handicap psychique et le renforcement de la formation, de l'innovation et de la recherche
- Mettre en œuvre cette approche dans les territoires dans le cadre des Projets Territoriaux de Santé Mentale et des conseils locaux de santé mentale

- Maîtriser les délais d'accueil et garantir un niveau de disponibilité pour gérer les situations de crises et de détresse psychique
- Promouvoir le bien-être mental en agissant sur les déterminants individuels (compétences psychosociales), sociaux et environnementaux de la vulnérabilité sociale et psychique (environnement de vie, notamment la présence de la nature, comportements addictifs, violences, isolement...)
- Améliorer le repérage précoce de la souffrance psychique et des troubles mentaux
- Prévenir les troubles alimentaires (anorexie, boulimie), notamment chez les adolescents et les jeunes
- Améliorer les conditions de vie, l'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique notamment en créant de nouveaux groupes d'entraide mutuelle, en luttant contre la stigmatisation et en favorisant leur accès à l'emploi et à la formation professionnelle
- Renforcer la prévention du suicide, notamment le suivi et l'accompagnement des personnes à risque suicidaire, en particulier après une première tentative
- Améliorer le dépistage, la prise en charge et l'insertion sociale et professionnelle des personnes porteuses de troubles du spectre de l'autisme
- Expérimenter la prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les malades atteints de troubles de santé mentale légers et modérés

e) ASSURER LA CONTINUITÉ DES PARCOURS DE SANTÉ

Chaque secteur de l'offre sanitaire et médico-sociale a ses propres objectifs de modernisation et de progrès. Toutefois, pour être efficace, leur transformation doit se faire dans une logique de complémentarité. Il s'agit d'apporter une adaptation globale de notre système aux nouveaux besoins de prise en charge.

Cette complémentarité doit se traduire par des parcours de santé fluides, lisibles, sans redondance et sans rupture. En particulier, les étapes de transition, comme celles entre la ville et l'hôpital, doivent être mieux gérées. Les interventions au domicile doivent être mieux coordonnées. La dégradation de la situation des personnes, ou l'exacerbation de leurs pathologies, doivent être davantage anticipées.

En outre, la participation des services de santé au travail, de santé scolaire et universitaire à la construction des parcours de santé est fondamentale.

Ce sont les conditions indispensables à l'amélioration de la qualité des soins, de l'expérience des personnes et de la performance du système de santé. La gradation des soins et des prises en charge, c'est-à-dire le choix du bon niveau de recours et du juste soin en fonction de la situation de la personne, doit être au cœur de cette réflexion.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Soutenir les évolutions organisationnelles des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux susceptibles de renforcer la coordination des pratiques et la continuité des parcours pour les personnes, en lien avec les services de prévention notamment au travail, à l'école et à l'université

- Faciliter les échanges d'information grâce aux solutions digitales, notamment grâce au déploiement du dossier médical partagé et de la messagerie sécurisée de santé
- Renforcer la continuité des parcours entre soins de ville, soins en établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux et la prise en charge à domicile, en s'inscrivant, s'agissant des personnes handicapées, dans le cadre de la démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous » qui vise à ne laisser aucune de ces personnes « sur le bord du chemin »
- Développer des réponses inclusives par une transformation de l'offre médico-sociale et la promotion de solutions nouvelles, diversifiées et mieux équilibrées sur le territoire, et outiller les acteurs pour développer le logement inclusif
- Aligner les incitations financières des professionnels et des structures sur des objectifs partagés et notamment sur la mise en place de parcours pertinents pour les personnes
- Simplifier et faire converger les dispositifs d'appui à la coordination territoriale, qui ont pour objet de faciliter le parcours des personnes en situation complexe (« MAIA », « PTA », « PAERPA », réseaux), afin de les rendre plus lisibles et compréhensibles pour les professionnels de santé et les usagers

2°) Développer une culture de la qualité et de la pertinence

Le système de santé doit sans cesse améliorer le niveau de qualité des services et des produits de santé proposés à la population. Il doit aussi garantir la pertinence des pratiques afin d'améliorer la qualité du service et de limiter les dépenses évitables. Une part notable des (ré)hospitalisations est ainsi évitable, notamment celles, fréquentes, liées à des problèmes médicamenteux (iatrogénie, problèmes d'observance et sous-traitement) ou à un suivi post hospitalisation non optimal. On estime à entre 20 et 30 % la part des prescriptions non pertinentes. Cette situation concerne par exemple l'utilisation des rayonnements ionisants à des fins médicales, pour laquelle la mise en œuvre du principe de justification doit permettre d'éviter une surexposition pouvant générer des effets indésirables.

a) DEVELOPPER UNE DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS EN Y ASSOCIANT LES USAGERS

La qualité doit être encore davantage valorisée dans le pilotage et la régulation du système de santé. Pour cela, la mesure de la qualité doit se fonder sur les résultats obtenus pour les patients et usagers et sur leur expérience, que cela soit à l'hôpital ou dans le champ ambulatoire (soins de ville) et médicosocial. L'information des patients sur cette qualité doit être un facteur de décision utile dans leurs choix. Cela suppose d'une part de réduire l'asymétrie d'information entre usagers et professionnels et d'autre part d'outiller les usagers afin qu'ils puissent prendre leurs décisions de santé en connaissance de cause.

En matière de sécurité des soins, des actes de prévention et des prises en charge, la réforme des vigilances de 2016 instaure une obligation de déclaration des événements indésirables associés aux soins les plus graves aux agences régionales de santé afin d'éviter que ce type d'événements indésirables ne se reproduise. C'est un pas important vers une culture de la sécurité. A titre d'exemple, le nombre d'hospitalisations liées à un événement indésirable (complications, conséquences d'erreurs) en France se situe entre 330 000 et 490 000 par an, dont 160 000 à 290 000 seraient évitables. Celles-ci sont liées à une hospitalisation précédente dans un tiers des cas.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Faire évoluer les outils de mesure de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge ; développer la transparence vis-à-vis des professionnels et des usagers en publiant ces indicateurs
- Développer des indicateurs de résultat, de vigilance et d'alerte pour les trois secteurs de l'offre de soins : leur recueil devra être automatisé sans surcharge de travail pour les professionnels
- Poursuivre le développement des signalements des événements indésirables graves dans les soins et la création des structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients
 - Évaluer les effets de l'évolution des pratiques de soins par des indicateurs de résultat
- Développer la mesure de la satisfaction des patients (« expérience », « qualité ressentie et déclarée »)
- Impliquer davantage les patients et leurs représentants à toutes les étapes des prises en charge
- Conforter l'expertise et la qualité au bénéfice des établissements et services médico sociaux
 - Contribuer au développement de la culture de sécurité, et notamment : impliquer le management, objectiver le coût de la non qualité, promouvoir les valeurs du soin (travail en équipe, incidence des savoirs non techniques), protéger les déclarants d'un EIG, inciter soignants et usagers à développer un partenariat et tirer les enseignements des EIG déclarés
 - Développer les dispositifs de médiation

b) AMELIORER LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS, DES ACTES, DES EXAMENS ET DES HOSPITALISATIONS

La question de la pertinence offre un lien direct entre qualité, sécurité et efficacité. Un acte, une prescription ou une intervention non pertinents sont potentiellement délétères, d'un point de vue individuel mais aussi collectif. En effet, y compris pour des choix a priori anodins, de forts volumes à l'échelle de la population ont des implications en termes de dépenses et d'effets indésirables.

Récemment, des progrès ont été réalisés dans tous les secteurs : réduction des durées de séjour à l'hôpital ; développement de la chirurgie ambulatoire ; diminution des appendicectomies, des méniscectomies, de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants ; diminution de l'utilisation des psychotropes, etc. Pour que ces efforts se poursuivent, il s'agit de faciliter la diffusion des recommandations, de soutenir les initiatives des professionnels et de les intéresser à l'adoption des meilleures pratiques en pertinence médicale.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Faire évoluer les modèles de financement pour qu'ils incitent à la qualité et à la pertinence des soins (tarification au parcours ou à l'épisode de soins), et non pas seulement au volume d'activité
- Inciter les patients et les professionnels à discuter davantage de la balance bénéfice/risque de leurs prescriptions ou des actes tels que les interventions chirurgicales
- Rendre accessibles les recommandations de bonnes pratiques, via les groupes qualité, des formats plus adaptés ou au travers d'outils numériques (aide à la prescription et à la décision)
- Évaluer l'impact des différentes stratégies de soins, y compris les médecines complémentaires

c) PROMOUVOIR LE BON USAGE DES MÉDICAMENTS ET LE DÉVELOPPEMENT GÉNÉRALISÉ DES GÉNÉRIQUES ET BIOSIMILAIRES

La prévention de la polymédication et de la iatrogénie médicamenteuse justifient de poursuivre les travaux visant à promouvoir le bon usage des médicaments.

Tous les médicaments princeps ou génériques sont soumis au même encadrement garantissant la qualité, l'efficacité et la sécurité du médicament. Le potentiel d'économies pour la protection sociale est très important, et c'est un levier précieux pour pouvoir dégager des ressources pour financer l'innovation. Toutefois certains freins subsistent dans notre pays, davantage que dans les autres pays européens : en 2015 moins d'une boîte de médicaments remboursables sur trois est une boîte de génériques contre plus de trois sur quatre en Allemagne et au Royaume-Uni.

De nouvelles réflexions sur l'automédication et la distribution des médicaments à l'unité pourront être engagées.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Franchir une nouvelle étape avec un accompagnement renforcé des prescripteurs grâce au développement et à la mise à disposition d'outils numériques, avec pour objectif d'atteindre « 1 médicament sur 2 prescrit dans le répertoire » en 2020
- Promouvoir les médicaments biosimilaires qui présentent la même efficacité, la même qualité et la même sécurité que le médicament biologique de référence, avec pour objectif d'atteindre 80 % de pénétration des biosimilaires sur leur marché de référence d'ici 2022
- Lutter contre la polymédication et la iatrogénie, en particulier chez la personne âgée»
- Améliorer la pertinence de l'usage des produits de santé en établissement comme en ville

d) ADAPTER LE SYSTEME DE VEILLE ET DE VIGILANCE AUX « SIGNAUX FAIBLES » OU AUX RISQUES EMERGENTS ET RENFORCER LA RESILIENCE DU SYSTEME DE SANTE FACE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Nos services de santé doivent être préparés à s'adapter pour répondre efficacement aux situations de crise et d'urgence sanitaire. Le dispositif de veille et de sécurité s'inscrit dans une démarche globale : il s'agit d'éviter l'apparition ou la propagation d'un risque sanitaire en tout point du territoire. La sécurité sanitaire passe par la détection précoce des signaux et la préparation du système de santé, permettant une intervention rapide et efficace. Les crises sanitaires récentes (attentats, ouragan Irma, zika...) ont montré que le système de santé doit se préparer en permanence à des risques nouveaux. Lorsqu'une crise survient, il doit être en mesure de faire face à tous types d'événements (attentats, catastrophes naturelles, cyber-attaques, épidémies), d'apporter la réponse adaptée et d'en limiter l'impact sur la population.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Promouvoir la déclaration par les professionnels et le grand public via un portail accessible
- Revoir au niveau régional les systèmes de veille et de vigilance dans une logique de lisibilité et de performance pour le recueil et l'analyse des signaux faibles

- Définir avec les professionnels de santé des modes d'organisation et de réponse aux nouveaux risques afin de limiter leur impact et de faciliter la prise en charge des victimes et des patients
- Doter les autorités sanitaires des moyens opérationnels suffisants pour les risques émergents (afflux de victimes, adaptation des stocks vitaux, sécurisation des systèmes d'information)
- Accroître la réactivité et l'adaptabilité du système de santé face aux situations nouvelles, notamment en favorisant l'interopérabilité interministérielle

3°) Prendre soin de ceux qui soignent

La transformation de notre système de santé suppose de répondre aux besoins des professionnels de santé qui le font fonctionner au quotidien. L'actualisation régulière de leurs compétences, via une politique de formation initiale et continue adaptée aux nouvelles caractéristiques de l'activité, des prises en charge et des techniques, ainsi qu'un accompagnement étroit des questions liées à l'évolution des organisations, à la conduite du changement et à la qualité de vie au travail, sont indispensables.

a) ADAPTER LA FORMATION INITIALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

Les formations doivent s'adapter aux évolutions constatées ou à venir concernant les métiers, les conditions d'exercice des professionnels de santé ainsi que l'organisation et le fonctionnement du système de santé. Les priorités fixées par la stratégie nationale de santé, telles que le virage de la prévention, la transversalité des parcours ou le renforcement de la qualité, la sécurité et la pertinence des soins, devront se refléter dans les nouvelles formations.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- S'appuyer sur le service sanitaire pour former les futurs professionnels aux enjeux de prévention et plus généralement de promotion de la santé propres à l'ensemble des professions de santé et du médico-social.
- Développer la formation des étudiants au vécu du patient, à la prise en compte de ses conditions de vie et de travail, ainsi qu'aux enjeux de la relation de soin et de la vulnérabilité (handicap, dépendance, violences sexistes et sexuelles)
- Développer dès la formation une culture pluri-professionnelle et du travail en équipe et une plus grande proximité avec les autres professions, notamment grâce à des modules communs et à des échanges de pratiques entre professionnels de santé et avec les travailleurs sociaux et les acteurs médico-sociaux
- Développer et diversifier l'offre de stages en ambulatoire au cours des deuxième et troisième cycles des études médicales en cabinet comme en maisons et en centres de santé universitaires, en médecine générale comme dans les spécialités de premier recours
- Poursuivre l'« universitarisation » des formations sociales et paramédicales afin de renforcer la qualité de la formation, de favoriser la recherche en sciences paramédicales et d'encourager la pluridisciplinarité comme une incitation à l'exercice pluri professionnel ultérieur
- Concevoir les formations destinées aux professionnels appelés à exercer en pratique avancée au fur et à mesure que de nouveaux champs d'exercice seront reconnus

- Assurer tout au long des études des professionnels de santé des conditions d'études et de travail favorables à leur santé, à leur épanouissement et à la construction de leur identité professionnelle, en veillant notamment aux conditions d'accueil en stage
- b) FAIRE PROGRESSER LES COMPETENCES TOUT AU LONG DE LA VIE PROFESSIONNELLE

Parce que les connaissances et les techniques évoluent, et pour maintenir un haut niveau de qualité et de pertinence dans les pratiques médicales et soignantes, les professionnels doivent pouvoir accéder à une offre de formation continue de haut niveau et sans risque de conflit d'intérêt dans les contenus. Une telle offre doit correspondre à des priorités de santé publique et être conçue, pilotée et validée avec les représentations et ordres professionnels et les autorités sanitaires. Elle doit également permettre de développer une culture professionnelle partagée entre les différentes professions. Au-delà des contenus, le financement des formations doit être assuré de manière incitative, équitable et transparente.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Consolider et assurer la promotion du dispositif de développement professionnel continu
 - Adapter le contenu des formations aux priorités de santé publique, aux évolutions importantes des spécialités et à l'émergence de nouveaux métiers, en incluant les enjeux liés à la transformation numérique, à la robotisation, à l'intelligence artificielle et aux innovations en santé et les compétences complémentaires nécessaires aux professionnels de santé dans l'exercice de leur métier (management, gestion de projet...)
 - Développer, de manière progressive et pertinente, en s'inspirant notamment de modèles déployés à l'étranger, des modalités de re-certification des compétences à même de garantir la qualité des pratiques et la confiance des usagers dans leur système de santé
- c) AMELIORER LA QUALITE DE VIE ET LA SECURITE AU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX

Les métiers de la santé et du médico-social jouissent d'une très forte reconnaissance du public. Leur choix relève souvent de la vocation et leur exercice repose sur un engagement fort au service du public. Ce sont toutefois des métiers qui portent en eux des facteurs de stress (exposition au public, prise en charge de situations de souffrance individuelle, travail de nuit, réalisation d'actes invasifs porteurs de risque) et des risques professionnels (port de charges lourdes, exposition aux rayonnements ionisants ou à des substances toxiques). En outre, les professionnels font face à un environnement de travail en évolution constante (changement de réglementation, réorganisation des méthodes de travail, recomposition de l'offre de soins, digitalisation...) et à des exigences parfois difficiles à concilier (polyvalence et spécialisation, qualité des soins et maîtrise des coûts, automatisation et individualisation, robotisation et humanisation du soin...).

Dans ce contexte, l'amélioration de la qualité de vie au travail est un enjeu majeur pour la qualité et la soutenabilité de notre système de santé. En effet, la santé et le bien-être au travail des professionnels de santé ont un impact direct sur la qualité du service rendu, et donc sur l'état de santé de la population.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Renforcer les équipes de santé au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et développer leur formation sur les enjeux de promotion de la santé et du bien-être au travail

- Mettre en place des méthodes de management favorables à la qualité de vie au travail, et notamment renforcer l'écoute et le sens donné au travail, développer le travail en équipe et valoriser l'engagement, l'expression et l'initiative des équipes médicales et soignantes
- Accompagner les professionnels de santé et médico-sociaux et les salariés de particuliers employeurs dans l'évolution des organisations afin d'améliorer la qualité de vie au travail
- Poursuivre les efforts déployés pour améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien, y compris leur sécurité d'exercice
- Améliorer la détection et la prise en charge des risques psycho-sociaux, et notamment des syndromes apparentés à l'épuisement professionnel (« burn out »)

IV - INNOVER POUR TRANSFORMER NOTRE SYSTEME DE SANTE EN REAFFIRMANT LA PLACE DES USAGERS

Notre système de santé doit s'adapter en permanence aux évolutions des connaissances et des technologies, mais aussi aux nouvelles attentes des professionnels de santé et des usagers. Robuste, il manque encore d'agilité et de souplesse dans sa politique de recherche et d'innovation et dans son modèle de gouvernance, qui doit associer encore plus étroitement le citoyen grâce à des démarches innovantes. En outre, l'innovation en santé portée par la France doit pouvoir s'enrichir des expériences étrangères et contribuer aux objectifs en santé mondiale, grâce à un renforcement de la coopération internationale et européenne.

1°) Soutenir la recherche et l'innovation

Le développement des innovations numériques, technologiques et organisationnelles en santé est un enjeu clé pour l'évolution des pratiques professionnelles, l'accélération du virage ambulatoire, la qualité du suivi des patients chroniques ou le partage de l'information par les acteurs du système de santé et du médico-social. La médecine de demain ne sera pas la même que celle d'aujourd'hui : prédictive, personnalisée, numérique, elle devra sans cesse s'adapter aux nouveaux enjeux et aux nouvelles technologies.

a) DEVELOPPER LA PRODUCTION, LA DIFFUSION ET L'UTILISATION DES CONNAISSANCES

Indispensable pour faire émerger des pratiques et des traitements innovants, mais aussi pour orienter les interventions de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge des pathologies, la production de connaissances en santé s'exerce à plusieurs niveaux : depuis la recherche biologique (au niveau cellulaire et infra, par exemple dans le cadre de la génomique) jusqu'à la recherche clinique (au niveau des individus) et la recherche en santé publique (au niveau des services de santé et de la santé de la population).

Dans tous ces domaines, la recherche fondamentale, qui cherche à faire progresser les connaissances sans projet d'application, la recherche translationnelle qui développe des applications, et la recherche interventionnelle qui étudie ce qui se passe en situation réelle en appui aux décisions, sont toutes trois essentielles et complémentaires pour parvenir à des résultats concrets au bénéfice de la santé de la population.

Pourtant, tous les leviers ne sont pas suffisamment mobilisés. La recherche en santé publique, notamment interventionnelle, devrait ainsi être plus développée, et ce d'autant plus qu'elle ne s'accompagne pas nécessairement de retombées industrielles, ce qui réduit son attractivité pour les capitaux privés, alors que son impact social est important. Le développement d'une recherche multidisciplinaire, incluant les sciences humaines et sociales, contextualisée et participative apparaît en effet essentiel pour appuyer les ambitions de la stratégie nationale de santé.

Au-delà de la production de connaissances nouvelles par la recherche, il faut également développer nos capacités à tirer tous les enseignements utiles de l'expérience acquise sur le terrain grâce à la recherche interventionnelle et aux évaluations. Par ailleurs, il s'agit de mobiliser et d'utiliser l'ensemble des connaissances disponibles, qu'elles soient issues de l'observation et de la surveillance, de la recherche, ou de l'évaluation rigoureuse des actions menées, en appui aux décisions des acteurs et des responsables des politiques de santé.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Améliorer la coordination de la programmation et des soutiens public et privé à la recherche et à l'innovation sur l'ensemble du continuum allant de la recherche biologique à la recherche en santé publique, et de la recherche fondamentale à la recherche appliquée, en prenant en compte l'importance des enjeux de santé publique pour la programmation de la recherche finalisée
- Développer des études médico-économiques, et notamment mesurer les coûts générés par l'absence ou les retards de soins, ainsi que les coûts évités par la prévention et la lutte contre le non recours
- Renforcer la sécurité des recherches impliquant la personne humaine
- Mettre en place des registres de suivi des patients, des observatoires ou des études de cohortes pour les pratiques complexes et innovantes et favoriser les recherches issues des données de santé
- Soutenir le développement des interactions entre équipes de soin ou acteurs de prévention et équipes de recherche
- Soutenir l'animation, la structuration et la coordination des efforts de recherche en santé publique dans la durée, dans le cadre d'un programme national de recherche en santé publique mis en œuvre par l'Institut de Recherche en Santé Publique et financé à un niveau suffisant
- Développer la recherche interventionnelle et l'évaluation des actions menées et faciliter l'utilisation des résultats de ces travaux pour l'aide à la décision des acteurs et des responsables des politiques de santé, notamment en développant une plate-forme d'accès aux données probantes (projet Inspire-ID)

b) SOUTENIR LES INNOVATIONS EN SANTE MEDICALES ET TECHNOLOGIQUES

Le cadre financier et réglementaire des innovations de santé n'est plus adapté aux besoins du XXIème siècle. Le cadre financier de l'innovation comprend le financement de plusieurs phases : de la pré-preuve de concept au suivi en vie réelle, en passant par des essais sur la personne humaine. Ces phases étant onéreuses tant pour le secteur public que le secteur privé, un foisonnement d'instruments publics de financement précoce s'est développé pour inciter à la prise de risque initiale et à la création de start-ups. Néanmoins, ces initiatives sont focalisées sur des phases d'amont, et n'accompagnent pas bien le développement et le changement d'échelle des innovations. En outre, cette incitation peut générer une multitude de projets très proches, parfois concurrents, qui gagneraient à être regroupés et coordonnés selon une planification stratégique de niveau national. Il est donc nécessaire de réduire la dispersion des ressources afin de financer l'investissement en santé, permettant aux projets à fort potentiel de traverser les phases dites d'aval, plus onéreuses mais indispensables à leur diffusion. Enfin, l'innovation issue du secteur privé doit également être encouragée et le travail en réseau en partenariat public – privé poursuivi.

De même, le cadre réglementaire actuel de l'innovation doit évoluer pour améliorer les modalités d'accès au marché, en s'appuyant sur de nouvelles modalités d'évaluation tout en garantissant la sécurité des patients. En France, les innovations ne peuvent pénétrer sur le marché de la santé sans évaluation de sécurité par l'Agence nationale de sécurité du médicament et sans l'obtention du marquage CE pour les dispositifs médicaux. Or un certain nombre d'effets indésirables ne peuvent être identifiés à un stade précoce, ce qui peut conduire au retrait du marché des innovations bien après leur première utilisation.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Promouvoir l'évaluation en continu, tout au long du cycle de l'innovation, notamment par l'utilisation des données en vie réelle et en prenant en compte le volet éthique
- Encourager l'innovation et sa diffusion en améliorant la coordination des acteurs chargés de l'accompagnement et du développement et en simplifiant le cadre juridique et financier des innovations en santé

c) FACILITER L'EMERGENCE ET LA DIFFUSION DES ORGANISATIONS INNOVANTES

L'engagement des responsables tant régionaux que nationaux est indispensable pour aider à l'émergence et à la réussite des projets pilotes en matière d'organisation, qu'il s'agisse de renforcer l'attractivité d'un territoire, de faire évoluer les modes de financement ou de mieux organiser les parcours de soins au bénéfice des patients. C'est pourquoi il est essentiel de faciliter l'expérimentation par les acteurs de terrain, au premier rang desquels les professionnels de santé, les structures de prévention et de prise en charge, les associations et les élus locaux. Dans ce cadre, il est indispensable d'assurer une impulsion nationale et de développer une capacité d'évaluation et de diffusion des bonnes pratiques.

Les territoires vont prochainement bénéficier d'un projet de santé adapté à leurs spécificités. C'est une opportunité pour innover dans le domaine des organisations, dans le cadre d'une responsabilité territoriale partagée. Ce projet devra s'appuyer sur les initiatives des professionnels de santé, sur des coopérations entre structures publiques et privées, mais aussi sur les collectivités territoriales. Il devra apporter à la population une réponse en santé accessible et lisible, et aux professionnels de santé et du médico-social des réponses à leurs attentes en termes d'emplois, de diversité d'exercice, d'articulation entre offreurs de soins ou de pluri professionnalité.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Mettre en place un cadre juridique facilitant les expérimentations locales et nationales
- Soutenir financièrement les organisations innovantes via le Fonds d'intervention régionale (FIR) ou le fonds pour l'innovation du système de santé
- Renforcer les modalités d'évaluation des expérimentations pour permettre la diffusion de celles qui auront démontré leur efficacité
- Favoriser la recherche notamment médico-économique sur les organisations innovantes

d) ACCELERER L'INNOVATION NUMERIQUE EN SANTE

Le virage numérique du système de santé est une chance pour l'amélioration de la qualité du service au patient. L'usage de ces outils numériques libère du temps médical, améliore la pertinence et la qualité des soins ainsi que l'expérience des patients et peut contribuer à la maîtrise durable des dépenses de santé. Le renouvellement des systèmes d'information, l'analyse systématique de l'ensemble des données collectées dans le cadre des soins et l'intelligence artificielle permettront des transformations de grande ampleur. Pour que cette évolution profite à tous et n'accroisse pas les inégalités sociales de santé, il convient d'assurer un accès effectif aux technologies numériques et de définir un cadre éthique adapté pour leurs applications.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Déployer le dossier médical partagé à l'ensemble de la population

- Développer la médiation numérique vis-à-vis des usagers les plus fragiles afin de garantir l'accès effectif aux téléservices proposés, en s'appuyant notamment sur les Maisons de services au public
- Proposer aux patients une offre complète d'éducation pour la santé en ligne ainsi que des services numériques personnalisés d'éducation thérapeutique
- Offrir aux professionnels des outils numériques d'aide à la décision médicale, reposant sur les bases de données massives et les technologies d'intelligence artificielle: évaluation des risques, aide au diagnostic, aide à la décision de prise en charge thérapeutique, modélisation et simulation, planification chirurgicale
- Développer l'usage des technologies en matière de prévention et de suivi des pathologies chroniques
- Utiliser les potentialités offertes par le numérique et les outils de simulation en matière de formation
- Soutenir l'innovation en santé en favorisant l'émergence d'expérimentations locales et la co-construction des solutions numériques entre start-up, incubateurs, industriels des systèmes d'information, professionnels de santé et usagers

e) GARANTIR L'ACCES AUX TRAITEMENTS INNOVANTS

L'accès aux innovations en santé doit être disponible pour l'ensemble de la population. Les perspectives d'innovations pharmaceutiques et technologiques constituent autant d'espoirs de guérison, de préservation et d'amélioration de la santé et de la qualité de vie des Français. Elles représentent également un véritable défi financier, compte tenu des prix de plus en plus élevés de ces traitements, dans le contexte toujours fortement contraint de la dépense publique.

Pour relever ce défi de l'accès aux traitements innovants (médicaments, dispositifs médicaux, biotechnologies) pour tous, des efforts constants ont été menés. Il s'agit notamment du développement et du renforcement des autorisations temporaires d'utilisation et de l'introduction de mécanismes de régulation économique, qui ont permis le financement et l'accès rapide aux derniers traitements tels que ceux de l'hépatite C.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Assurer l'accès des patients aux traitements les plus innovants tout en maintenant la soutenabilité des dépenses pour l'assurance maladie
- Renforcer le suivi en vie réelle de l'efficacité thérapeutique des nouveaux traitements
- Renforcer le rôle de la France et plus précisément de l'Agence nationale de la sécurité du médicament dans la délivrance d'autorisations européennes d'accès au marché

2°) Réaffirmer la place des usagers dans le système de santé.

Les évolutions portées par la stratégie nationale de santé doivent s'appuyer sur une gouvernance renouvelée des politiques de santé. Celle-ci doit être à la fois plus transversale et plus proche des usagers, des familles et des aidants.

- a) REAFFIRMER LE RÔLE DES USAGERS COMME ACTEURS DE LEUR PARCOURS DE SANTÉ ET LES ASSOCIER À LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

La démocratie en santé a fait l'objet de grands progrès depuis la loi du 4 mars 2002 avec notamment le rôle croissant de la Conférence nationale de santé et des conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA). Toutefois il reste encore d'importantes étapes à franchir.

Dans un environnement en pleine évolution (sociétale, technologique, économique), permettre à chacun d'être acteur de son parcours de santé et de participer aux processus de décision est une exigence citoyenne et un enjeu majeur pour la réussite de notre politique de santé. L'ambition est de donner les moyens à chaque citoyen de trouver, d'évaluer et d'utiliser les connaissances disponibles sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche.

Par ailleurs, il est nécessaire de mieux associer les usagers à la gouvernance du système de santé et à la construction des politiques de santé, en s'appuyant sur des démarches innovantes et sur les nouvelles technologies.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Développer le service public d'information en santé (SPIS) afin de permettre aux usagers de recourir au système de santé de façon pertinente, d'identifier aisément les lieux de soins ou de diagnostic accessibles, de connaître leurs droits et d'accéder à une évaluation de la qualité des prises en charge s'appuyant sur des indicateurs et sur les contributions des autres personnes
- Renforcer la lisibilité des dispositifs et leur accessibilité et simplifier les démarches administratives pour les usagers et les professionnels
- Renforcer la représentation et le rôle de l'expertise des usagers dans le système de santé par le développement de la formation et par la simplification des instances de démocratie sanitaire
- Outiller les acteurs de la démocratie en santé en s'appuyant sur les leviers du numérique pour faciliter l'expression collective et la participation active des usagers à la veille sanitaire
- Garantir l'accessibilité des différents supports de communication et d'information par leur traduction dans les langues étrangères les plus répandues en France et par leur mise à disposition en français facile à lire et à comprendre
- Développer des indicateurs de résultat et de qualité des parcours et des soins issus des expériences individuelles des patients, et impliquer les usagers dans les actions de recherche et d'amélioration de la sécurité et de la qualité de l'offre de santé
- Favoriser l'autonomie et la participation des usagers par des démarches innovantes d'accompagnement et d'éducation pour la santé (démarches de renforcement des capacités) et d'éducation thérapeutique, mobilisation des technologies e-santé, démarches de type patient/usager « expert », médiateur de santé pair, accompagnement de l'observance)
- Améliorer l'effectivité des droits des usagers sur l'ensemble de leur parcours de santé et créer une culture de décision partagée entre soignants et patients ou leurs représentants
- Protéger le rôle des usagers comme vigies et lanceurs d'alerte et renforcer les dispositifs pédagogiques permettant de les impliquer dans ce rôle (interventions d'experts indépendants, forums citoyens...)

b) ACCOMPAGNER LES AIDANTS

Les aidants sont des acteurs majeurs du soutien des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes atteintes de maladies chroniques. En 2008, 8,3 millions de personnes de 16 ans ou plus

aident régulièrement et à titre non professionnel 5,5 millions de personnes âgées de 5 ans ou plus vivant à domicile, pour des raisons de santé ou de handicap, par une aide à la vie quotidienne, un soutien financier ou matériel, ou un soutien moral. Parmi elles, 4,3 millions aident au moins une personne de leur entourage âgée de 60 ans ou plus [31]. Les types d'accompagnement sont variés : 68 % des adultes âgés de 20 à 59 ans vivant à domicile et aidés par un proche ou un professionnel pour des raisons de santé ou de handicap, le sont au moins pour des tâches de la vie quotidienne, 31 % pour une aide matérielle ou financière et 81 % reçoivent un soutien moral par l'entourage ou par des professionnels [32]. Les parents d'enfants porteurs de maladies chroniques ou en situation de handicap sont particulièrement concernés par ces difficultés associées au statut d'aidant.

Il s'agit de reconnaître et préserver dans la durée l'implication des aidants auprès des personnes âgées, des personnes handicapées ou des personnes atteintes de maladies chroniques, tout en limitant les effets négatifs de leur implication sur leurs revenus, leur vie professionnelle et sociale, leur état de santé et leur bien-être.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Améliorer le repérage et la reconnaissance du rôle des aidants de personnes âgées, de personnes handicapées ou de personnes atteintes de maladies chroniques notamment par le personnel soignant et les établissements de santé
- Développer les dispositifs de répit dans les territoires.
- Promouvoir la formation des professionnels de santé au repérage et à la prise en charge des aidants en difficulté
- Mettre en place un guichet unique permettant aux aidants de connaître les aides à leur disposition dans les territoires

3°) Agir au niveau Européen et sur la scène internationale

Compte tenu des enjeux, crises et menaces sanitaires contemporains auxquelles la France fait face, dans un cadre mondialisé et un environnement institutionnel et juridique européen, les priorités de la stratégie nationale de santé doivent être promues, autant que possible, lors de nos coopérations européennes et internationales, tant dans nos relations bilatérales que multilatérales.

a) PROMOUVOIR UNE ACTION EUROPEENNE ET INTERNATIONALE DE SANTE

La politique nationale de santé doit s'inscrire dans l'action européenne et internationale de la France. En Europe, les politiques de santé sont de la responsabilité des États-membres. L'Union européenne agit via la mise en place du marché unique sur les produits et services en santé pour lesquels elle travaille, avec les États-membres, à l'élaboration de normes communes (médicaments, dispositifs médicaux, santé en ligne, soins transfrontaliers). Elle intervient également pour faciliter la coordination entre États-membres dans la lutte contre des défis communs tels que les pandémies et pour aider les États à recenser les bonnes pratiques et financer des travaux sur des défis de santé publique (nutrition, alcool, vaccination ou évaluation des technologies de santé).

A titre d'exemple, la directive sur les soins de santé transfrontaliers a notamment permis que les prescriptions établies dans un pays de l'Union soient valides dans un autre, que des réseaux européens de référence soient développés entre autorités sanitaires, prestataires de soins de santé et centres d'expertise, et que cette coopération soit étendue à la lutte contre les maladies rares, le développement de la santé en ligne et l'évaluation des nouvelles technologies médicales.

Au-delà de l'Europe, la France contribue activement à la définition d'un cadre mondial avec les instances internationales (OMS, G7, G20, etc.) et s'efforce de transmettre les valeurs qui sous-tendent son action en santé publique : universalisme, droits humains, solidarité, accès équitable à des soins de qualité. En retour, la France bénéficie des travaux de ces instances et de leurs recommandations ainsi que d'un partage d'expérience et de bonnes pratiques avec les autres États et partenaires.

La France inscrit enfin son action dans la pleine réalisation des Objectifs du développement durable, adoptés en septembre 2015 par l'Assemblée générale des Nations unies. Ces objectifs définissent pour l'horizon 2030 des cibles pertinentes pour tous en termes de santé publique nationale et internationale, notamment en santé environnementale et invitent à adopter une approche transversale et pluri-partenaire pour leur réalisation.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Renforcer l'influence de la France, en cohérence avec les priorités définies dans la stratégie de la France en santé mondiale, auprès des instances européennes et internationales (l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation des Nations unies (ONU), G7, G20) notamment en matière de prévention, promotion de la santé et sécurité sanitaire
- Poursuivre les coopérations engagées au niveau européen sur les axes prioritaires de la stratégie nationale en santé, notamment par le biais de la normalisation et de la recherche
- Utiliser les outils européens et internationaux pour aider à définir, mettre en œuvre, renouveler et évaluer la pertinence et l'efficacité des politiques nationales de santé

V - PRIORITÉS SPÉCIFIQUES A LA POLITIQUE DE SANTE DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE

Les mesures citées précédemment s'appliquent également aux enfants, aux adolescents et aux jeunes. Toutefois, la politique de santé de l'enfant doit faire l'objet d'une attention particulière compte tenu de ses effets de long-terme sur le développement de l'enfant et sa réussite éducative, ainsi que sur les inégalités de santé. Elle doit couvrir l'ensemble des problématiques spécifiques aux différentes périodes du développement : la conception, la grossesse, la naissance, la période périnatale, la petite enfance, l'adolescence et le passage à l'âge adulte. Elle favorise l'éducation en santé dès le plus jeune âge, la prise en charge précoce et adaptée des pathologies et la prévention des risques spécifiques à l'enfance, notamment par la vaccination.

L'organisation des parcours de santé des enfants et des adolescents doit prendre en compte les spécificités liées au jeune âge ainsi que la situation parfois difficile des familles, notamment monoparentales. De même, l'ensemble des politiques doit concourir à créer un environnement favorable à la parentalité et au développement de l'enfant, par exemple en améliorant la coopération entre les services de santé et l'Éducation nationale, ou en intégrant cette problématique dans les politiques d'urbanisme et d'aménagement du territoire.

a) ACCOMPAGNER LES PARENTS DES LA PERIODE PRENATALE DANS LA REDUCTION DES RISQUES POUR LA SANTE DE L'ENFANT

Si la plupart des 800 000 enfants qui naissent chaque année en France est en bonne santé, il reste nécessaire de réduire au maximum les risques de morbidité grave et de mortalité à la naissance et au cours de la première année de vie. Les conditions de vie des femmes enceintes et leurs comportements de prévention peuvent avoir un impact important sur les enfants in utero, avec un risque particulier en cas de consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives. On observe encore des différences sociales marquées pour les indicateurs de santé périnatale, particulièrement pour les femmes seules, très jeunes, sans ressources ou arrivées récemment sur le territoire. Les disparités sont aussi territoriales, non seulement au niveau de la santé, mais dans les comportements de prévention et dans l'accessibilité des services de prévention.

Les inégalités de santé sont déjà installées avant l'âge de 6 ans. L'enfance et l'adolescence sont souvent décrites comme des périodes de « fragilité » qui peuvent être à l'origine de difficultés rencontrées plus tard dans la vie adulte. Toutefois il s'agit aussi de périodes « d'opportunité » : une action menée précocement auprès de l'enfant et de sa famille peut donc avoir un effet positif majeur, en particulier si elle permet aux parents de prendre confiance en leur capacité à accompagner leur enfant sur le long terme. C'est pourquoi il est indispensable d'accompagner les parents dès la période prénatale afin qu'ils acquièrent des réflexes clés.

En particulier, il s'agira de prévenir les accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans, qui ont entraîné 191 décès en 2013. Malgré une baisse observée du nombre de cas entre 2000 et 2013, ces accidents restent la principale cause de décès par traumatisme chez les moins de 15 ans et la première cause de décès chez les enfants de 1 à 14 ans. Les circonstances de décès par accident de la vie courante les plus fréquentes sont les chutes, les suffocations, les noyades, les intoxications et les accidents par le feu [13].

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Agir dès la grossesse, à l'accouchement et durant la période néonatale sur les facteurs qui peuvent affecter la santé et le développement psychomoteur des enfants, et/ ou favoriser la survenue de maladies chroniques à l'âge adulte

- Améliorer la coordination des acteurs intervenant auprès des familles et susceptibles d'accompagner les parents quant à la santé de l'enfant, qu'ils relèvent du champ sanitaire, médico-social, éducatif, judiciaire ou social
 - Mettre en adéquation les offres d'accompagnement proposées aux parents avec les besoins de santé de leur enfant, en utilisant des méthodes innovantes et participatives (Malette des parents par exemple) et en mettant à la disposition des parents des ressources pédagogiques de confiance et accessibles
 - Renforcer le réseau de la protection maternelle et infantile
 - Étudier les circonstances de survenue des accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans, afin d'analyser les facteurs de risque, de déployer des campagnes de prévention et d'améliorer la réglementation sur les produits dangereux
 - Sensibiliser les parents aux risques associés aux addictions ou aux usages nocifs des écrans (téléphone, tablette, ordinateur) et aux enjeux associés à la qualité du sommeil
- b) AMELIORER LE REPERAGE ET LA PRISE EN CHARGE PRECOCES DES TROUBLES ET MALADIES DE L'ENFANT

Le dépistage néonatal peut permettre de prévenir certaines maladies à forte morbidité, ou d'en minimiser les symptômes apparus dès les premiers jours ou les premières semaines de vie par un traitement adapté. Aujourd'hui, le dépistage néonatal ne concerne que cinq maladies rares, dont la mucoviscidose, ainsi que la surdité. Il est souhaitable d'augmenter le nombre de maladies dépistées.

Le repérage et la prise en charge précoce des troubles sensoriels, des troubles du langage et des troubles du comportement et autres troubles du neuro-développement conditionnent la qualité des apprentissages, nécessaires à la réussite éducative et scolaire des enfants et des adolescents. En 2013, 7 % des enfants de 3 ans ½ présenteraient un retard significatif du développement du langage oral, 8,5 % à 13 % des enfants de CE1 auraient un retard significatif en lecture, et de 6,6 % à 7,5 % présenteraient une forme spécifique, sévère et durable des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe) ; les troubles d'acquisition des coordinations concerneraient 6 % des enfants entre 5 et 11 ans ; le trouble déficit d'attention / hyperactivité concernerait de 3 à 5 % des enfants de 6 à 12 ans [33]. La mise en place du dépistage néonatal de la surdité, les examens obligatoires de l'enfant réalisés en protection maternelle et infantile ou en ville par des pédiatres ou des médecins généralistes, la création du médecin traitant de l'enfant en 2016 sont des leviers forts. L'articulation et la coordination des différents acteurs auprès des enfants et leurs familles méritent toutefois d'être améliorées.

En matière de nutrition, les bons repères alimentaires s'apprennent dès l'enfance. Les inégalités restent marquées : 23 % des enfants âgés de 6 à 17 ans dont les parents n'ont pas le baccalauréat sont en surpoids (obésité incluse) contre moins de 9 % pour les enfants dont les parents ont un diplôme supérieur à bac +3 [10].

Les troubles psychiques ont un poids important chez les plus jeunes. Ils constituent en 2015 le premier motif d'admission en affection de longue durée des moins de 15 ans [34]. En 2010, près de 2 % des femmes et 0,4 % des hommes de 15-19 ans ont fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois [6]. La moitié des troubles mentaux se déclarent avant l'âge de 14 ans. Compte tenu du risque de persistance des troubles psychiques à l'âge adulte et de leur incidence sur les apprentissages et, à terme, l'insertion professionnelle, il est indispensable d'organiser la prévention et le repérage précoce de ces troubles en particulier durant les périodes de la périnatalité et de la petite enfance.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Renforcer le dépistage néonatal et évaluer les possibilités d'augmenter le nombre de maladies dépistées, notamment pour les maladies rares en s'assurant d'un parcours d'aval de qualité et coordonné dans chaque région
 - Garantir l'accès au diagnostic prénatal
 - Soutenir l'intervention des professionnels libéraux (médecins, chirurgiens- dentistes, professions paramédicales...) en matière de dépistage auprès des jeunes enfants, notamment des troubles visuels et des troubles du langage, en lien avec l'Education nationale, les modes d'accueil formels (crèches, assistants maternels...) et les services de santé scolaire
 - Soutenir la réalisation des bilans de santé par les services de protection maternelle et infantile à l'école maternelle (3 ans) et par les services de santé scolaire (6 ans), et atteindre 100 % d'enfants ayant eu une visite préventive avant six ans d'ici 2020 en facilitant le lien entre médecine scolaire et médecine de premier recours sur le territoire concerné
 - Améliorer le repérage précoce et la prise en charge du surpoids et de l'obésité des enfants
 - Développer le repérage précoce des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent, assurer l'accès des parents d'enfants atteints de tels troubles au soutien à la parentalité, et organiser un travail en réseau entre les acteurs de la petite enfance, de la santé scolaire et de la pédopsychiatrie
 - Organiser sur chaque territoire des filières de prise en charge des troubles psychiques et dys en renforçant notamment l'offre en centre de référence et en pédopsychiatrie
- c) DEVELOPPER DES LE PLUS JEUNE AGE L'EDUCATION POUR LA SANTE ET LES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES

Les comportements des individus, leurs modes de vie et les inégalités de santé sont en partie déterminés par la littératie en santé, c'est-à-dire la capacité des individus à comprendre et utiliser l'information de santé pour faire des choix responsables et éclairés. Ces compétences psychosociales doivent se développer dès le plus jeune âge, et tout au long de la vie, grâce à un effort collectif d'éducation pour la santé. En particulier, l'éducation à la sexualité ne doit pas se limiter à la transmission de connaissances biologiques, mais doit s'attacher à accompagner les enfants, adolescents et jeunes adultes dans leur réflexion sur le respect mutuel, l'égalité filles-garçons, la réciprocité et le consentement des relations à l'autre. L'Education nationale joue un rôle essentiel en la matière, notamment avec la mise en œuvre du parcours éducatif de santé et en contribuant activement au programme de réussite éducative dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Développer des outils innovants (jeux ludo-éducatifs, marketing social) afin d'intéresser les enfants et les adolescents à leur propre santé
- Intégrer la littératie en santé et l'éducation pour la santé dans tous les programmes d'enseignement et garantir la mise en œuvre effective du parcours éducatif de santé de la maternelle au lycée
- Mettre en place des méthodes de promotion de la santé permettant d'aller vers les publics les plus éloignés du système de santé (pairs-aidants, équipes mobiles, ateliers santé ville)
- Mobiliser les structures sanitaires et sociales accueillant des enfants et jeunes vulnérables dans une démarche globale de promotion de la santé

- Faire du service civique une étape clé du parcours de santé des jeunes
- Promouvoir les formations aux premiers secours pour tous les jeunes

d) PREVENIR LES VIOLENCES ET LES MALTRAITANCES SUR LES ENFANTS

De nombreux enfants sont concernés par des situations de violences intrafamiliales ou conjugales et de maltraitements. Ces phénomènes ont une incidence grave sur la santé de ces enfants et leur développement. Des dispositifs de signalement existent, tel que le numéro 119 « Allo enfance en danger », mais ne suffisent pas à garantir la prise en charge de l'ensemble des victimes ni à prévenir les récidives. Les liens entre les politiques publiques de santé et les politiques de protection de l'enfance doivent être renforcés.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Sensibiliser le public aux effets de la violence par des campagnes de communication
- Renforcer les techniques de repérage des signaux de maltraitements et de violences, notamment pour les différents types de professionnels en contact avec les enfants
- Développer des actions d'information en direction des médecins et des enseignants sur les problématiques de la protection de l'enfance
- Améliorer la prise en compte de la santé physique et mentale des enfants en protection de l'enfance
- Poursuivre le travail de professionnalisation du recueil de la parole des enfants victimes ou suspects de l'être (formation continue des professionnels concernés de la police et de la gendarmerie, déploiement des Unités d'Accueil des Mineurs Victimes)
- Accompagner les mineurs auteurs de violences pour prévenir la récidive

e) POURSUIVRE L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS AUX SPECIFICITES DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

La prise en charge des enfants et des adolescents nécessite des compétences, des organisations et des produits de santé spécifiques. En hospitalisation, ou dans le cadre de pathologies lourdes, les enfants et adolescents doivent être accueillis dans des structures adaptées (services de pédiatrie) avec des prises en charge globales répondant à l'ensemble des besoins au-delà du soin (présence des familles, scolarité adaptée).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Améliorer l'attractivité des statuts et des conditions d'exercice des professionnels de santé de protection maternelle et infantile et de médecine scolaire
- Structurer les prises en charge de l'enfant (allaitement, soutien à la parentalité, suivi des pathologies chroniques, vaccination, handicap) en développant les coopérations entre pédiatres, puéricultrices, psychologues, éducateurs, professionnels de la petite enfance et professionnels de soins primaires
- Développer les possibilités d'accueil des proches dans les lieux de soins et de vie
- Renforcer l'accès à une scolarité adaptée dans tous les lieux de soins

- Développer des médicaments et des dispositifs médicaux adaptés aux enfants et adolescents

f) AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT ET L'INSERTION SOCIALE DES ENFANTS HANDICAPES

L'insertion sociale et scolaire des enfants handicapés est un enjeu majeur pour leur état de santé. En particulier, l'accès à un mode d'accueil formel (crèche, assistant maternel) et la scolarisation en milieu ordinaire doivent être développés. En 2016, près de 400 000 élèves sont scolarisés dans des établissements publics et privés de l'Éducation nationale (+ 7 % par rapport à 2015), dont 150 000 enfants et jeunes environ sont scolarisés au sein d'établissements médico-sociaux [35]. Par ailleurs, l'accompagnement des enfants concernés par une mesure d'aide sociale à l'enfance et en situation de handicap doit être amélioré. Ceux-ci souffrent de ruptures de parcours au moment de l'évaluation de leurs besoins, dans l'attente d'une réponse adaptée à ces derniers et de leur prise en charge, ainsi qu'à leur sortie du dispositif de protection de l'enfance.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Développer l'accès aux dispositifs de droit commun (crèches, périscolaire et loisirs) et soutenir les dispositifs spécifiques (soutien à la parentalité)
- Fluidifier les parcours scolaire et médico-social et éviter les ruptures en fin de cycle ou de dispositif
- Accroître le taux de scolarisation, notamment des enfants porteurs de troubles autistiques
- Transformer et professionnaliser les modalités d'accompagnement des élèves pour gagner en qualité
- Développer la recherche pour améliorer la prise en compte du handicap dans une société inclusive

g) AMELIORER LA SANTE DES ETUDIANTS

S'ils sont à un âge où ils conquièrent leur autonomie, les étudiants sont souvent de fait éloignés des services de santé et se trouvent dans une situation de rupture de prise en charge ou de renoncement aux soins pour des raisons financières. En 2016, 62 % sont satisfaits ou très satisfaits de leur état de santé. Nombre d'étudiants déclarent des fragilités psychologiques : 61 % souffrent d'épuisement, 60 % de stress et 45 % de problèmes de sommeil. Les addictions touchent particulièrement les étudiants, avec une progression constante de la consommation de tabac et d'alcool [36].

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Mettre en place des actions de promotion de la santé ciblées (santé sexuelle, stress, addictions)
- Améliorer la protection sociale des étudiants en l'adaptant à leurs besoins
- Augmenter le nombre de services de santé universitaires constitués en centres de santé pouvant accueillir des médecins spécialistes et renforcer les liens avec la médecine de ville
- Développer la prévention par les pairs en l'organisant au niveau territorial et en s'appuyant sur les associations étudiantes, les étudiants relais santé et les étudiants en service sanitaire

VI - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES A LA CORSE

Les objectifs identifiés dans les parties précédentes s'appliquent à la Corse. Cependant, dans le cadre de sa mise en œuvre en Corse, la stratégie nationale de santé prend également en compte :

- Les contraintes et les fragilités de ce territoire dues à son statut d'Île-montagne, notamment en matière d'accessibilité (temps de trajet, pénibilité des déplacements, renoncements aux soins...)
 - La forte précarité observée, puisqu'un habitant de Corse sur cinq vit sous le seuil de pauvreté, ce qui génère des inégalités d'accès aux soins élémentaires pour les plus démunis
 - Le vieillissement de la population plus important que sur le continent : 18,9 % de la population est âgée de 75 ans et plus, pour une moyenne de 9,2 % en France [13] et le faible bassin de population concerné pour une région (environ 320 000 habitants en 2017)
- a) ASSURER UNE OFFRE DE SOINS GRADUÉE ADAPTÉE AUX CONTRAINTES DE L'INSULARITÉ

Une offre de soins graduée et continue suppose une coordination efficace des moyens présents sur l'île, mais aussi l'accessibilité des plateaux techniques et des transports ou évacuations sanitaires vers le continent. Par ailleurs, le maillage de l'offre de soins doit intégrer les contraintes liées au statut d'île-montagne.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Cibler les actions sur les enjeux de santé publique spécifiques au territoire
 - Préserver une offre de premier recours en grande fragilité dans le monde rural
 - Compenser l'inaccessibilité par des moyens dédiés à l'innovation (télémédecine, téléconsultation...)
 - Garantir l'appui et l'expertise des centres hospitalo-universitaires de Marseille et de Nice à la Corse en définissant un cadre conventionnel agréé au niveau national
 - Renforcer les capacités d'évacuation sanitaire vers le continent et améliorer les conditions de transports sanitaires insulaires hélicoptérés
 - Accompagner une véritable dynamique de prévention, en particulier face au tabagisme et aux déterminants de santé de la région et renforcer les actions en faveur des dépistages des cancers
 - Prendre en compte les chronodistances dans la définition du maillage pertinent de l'offre de proximité
 - Autoriser des expérimentations dans les territoires notamment ruraux
 - Moderniser et réorganiser les établissements afin d'en accroître l'efficacité
- b) TENIR COMPTE DES FLUCTUATIONS SAISONNIÈRES DANS UN CONTEXTE D'INSULARITÉ

La population de Corse est de 320 000 habitants, pour autant, durant l'été jusqu'à 450 000 touristes séjournent au quotidien, sans compter les semi-résidents de retour sur l'île. Ce doublement de la population pèse sur les urgences et les services de santé qui doivent être dimensionnés pour répondre à ce défi compte tenu de la distance du trajet de la Corse vers le continent.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Ajuster l'offre à ces variations saisonnières marquées mais aussi d'anticiper le développement de risques émergents environnementaux ou infectieux

VII - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES A L'OUTRE MER

Les objectifs identifiés dans les parties précédentes s'appliquent dans les Outre-mer avec une intensité d'effort supplémentaire eu égard à l'acuité des problématiques dans ces territoires. La gouvernance et la capacité opérationnelle des agences de santé de ces territoires devront être adaptées en conséquence.

Dans les collectivités d'Outre-mer, la stratégie nationale de santé poursuit également les objectifs suivants :

DANS L'ENSEMBLE DES COLLECTIVITES D'OUTRE-MER REGIES PAR L'ARTICLE 73 DE LA CONSTITUTION ET A SAINT-BARTHELEMY, SAINT-MARTIN, SAINT-PIERRE ET MIQUELON ET WALLIS-ET-FUTUNA :

a) AMELIORER L'ETAT DE SANTE DES MERES ET DES ENFANTS

Les conditions sociales généralement plus défavorables dans les territoires ultramarins, mais aussi la prévalence plus importante des pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète) contribuent à une surmortalité maternelle (en 2012, le ratio de mortalité maternelle dans les départements d'outre-mer (DOM) est 4 fois plus élevé que dans l'Hexagone [37]), périnatale et infantile (entre 6 et 8 morts pour 1000 naissances en 2015 contre 3 dans l'Hexagone [13]).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Prévenir les décès maternels évitables parmi les décès de causes obstétricales
- Renforcer les actions de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile
- Encourager les dépistages en période pré et néonatale, notamment celui de la drépanocytose, du syndrome d'alcoolisation fœtale et de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et des situations de violence en s'assurant de la structuration de la filière d'aval

b) REDUIRE L'INCIDENCE DES MALADIES CHRONIQUES, ET NOTAMMENT DU DIABETE ET DE SES COMPLICATIONS

Le diabète est en progression constante depuis plus de 20 ans dans les outre-mer. La Réunion a par exemple le taux de diabète traité le plus élevé de France (10,2 %), à structure d'âge comparable [13]. La fréquence des complications est également beaucoup plus importante dans les territoires ultramarins, et ces complications se produisent à un âge plus jeune. Il s'agit essentiellement de diabète de type 2, associé à la progression de l'obésité et au manque d'activité physique. L'enjeu majeur est donc de prévenir cette maladie en agissant sur tous ses déterminants, notamment ceux liés au mode de vie. Certains cancers (prostate, col de l'utérus, côlon et rectum) ont une incidence spécifique dans les outre-mer. Cette situation appelle des actions ciblées en termes de prévention et de dépistage.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Renforcer le développement des actions de prévention et d'information en liaison notamment avec les services de l'Education nationale, de l'agriculture, des sports et de la cohésion sociale
- Appliquer la réglementation en matière de limitation de la teneur en sucres ajoutés des denrées alimentaires de consommation courante
- Accentuer les efforts de prévention et de dépistage des cancers

c) RENFORCER LES STRATEGIES DE PREVENTION, DE LUTTE CONTRE LES MALADIES ZONOTIQUES ET DE GESTION DES FLAMBEES EPIDEMIQUES

Les outre-mer sont confrontés à des risques épidémiques infectieux latents favorisés par les conditions climatiques ou des retards d'équipements ou d'infrastructures, à des risques sanitaires à diffusion rapide et à des évolutions possibles de situations endémiques favorisant la propagation de maladies à transmission vectorielle (arboviroses (dengue, chikungunya, zika), leptospirose, paludisme etc.).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Améliorer les dispositifs de prévention et de lutte contre les épidémies, dont la lutte anti-vectorielle
- Maintenir une veille sur les pathologies émergentes et tropicales

d) REDUIRE L'EXPOSITION DES POPULATIONS AUX RISQUES NATURELS

L'expérience récente des dévastations résultant des cyclones qui ont touché les Antilles a illustré tragiquement le risque météorologique auquel sont soumis les territoires d'outre-mer en zone tropicale. A ce type de risque, s'ajoutent les autres risques naturels et environnementaux (éruptions volcaniques, séismes) qui nécessitent une anticipation tant au niveau des infrastructures et des organisations sanitaires que des populations. Les territoires ultramarins doivent ainsi disposer d'infrastructures (établissements de santé, usines de dessalement, centres d'approvisionnement, etc.) capables de mieux résister aux risques et se doter d'organisations leur permettant d'assurer une bonne coordination entre les acteurs concernés en cas de crise.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Améliorer la résilience du système de santé par des investissements de mise aux normes parasismiques et paracycloniques des établissements sanitaires et médico-sociaux
- Améliorer la coordination et l'articulation des acteurs au niveau régional et zonal et nouer des partenariats pour faciliter le recours à des ressources complémentaires en cas de crise
- Renforcer la participation et l'adhésion de la population à la gestion de crise par une communication « à froid » sur les comportements adaptés aux crises sanitaires
- Mettre en place des mesures d'accompagnement des populations touchées par une catastrophe naturelle, et notamment de gestion du stress post-traumatique

e) AMELIORER L'ACCESSIBILITE ET L'APPROVISIONNEMENT EN PRODUITS DE SANTE

Du fait notamment de l'isolement et de l'éloignement des territoires ultramarins, les médicaments, dispositifs médicaux et produits de santé sont acheminés via des transporteurs, généralement aériens, à des tarifs largement majorés par rapport à ceux pratiqués dans l'Hexagone. De plus, l'absence d'obligation de service public en matière d'acheminement des médicaments peut présenter une difficulté, alors même que les compagnies desservant les outre-mer bénéficient, directement ou indirectement, de concours publics importants.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Evaluer le coût réel de certains produits de santé et du montant des taxes d'octroi de mer appliquées par les collectivités territoriales afin de les réduire ou d'obtenir leur exemption
 - Garantir la permanence et la régularité de l'approvisionnement des outre-mer
- f) FAIRE EVOLUER LA GOUVERNANCE DU SYSTEME DE S ANTE ET REN F O R C E R L'ATTRACTIVITE DE CES TERRITOIRES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET POUR LES EQUIPES DE DIRECTION

La direction d'un établissement ou d'une administration de santé et l'exercice médical dans les territoires ultramarins s'avèrent particulièrement complexes compte tenu des tensions sociales fortes. La nomination dans ces postes, le suivi, l'évaluation et l'accompagnement des professionnels occupant ces postes constituent donc un enjeu pour la stabilisation d'équipes compétentes sur ces territoires. En effet, les administrations de santé rencontrent parfois des difficultés en termes de positionnement, mais également de moyens (sous-effectifs par rapport à leur population et problématiques de santé, effets de seuil, inadéquation des compétences, etc.).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Prévoir des dispositifs spécifiques permettant d'accompagner les personnels en matière de recrutement, pendant leur prise de poste et au retour afin de valoriser la période en outre-mer dans les parcours professionnels et renforcer son attractivité
- Repenser la gouvernance locale du système de santé pour réaffirmer la place des autorités sanitaires, assurer l'adéquation des moyens et des compétences et rationaliser le fonctionnement des structures
- Mettre en place des contrats d'installation ou de mobilité spécifiques à l'outre-mer pour les professions de santé afin de favoriser leur installation sur les territoires à très faible densité médicale

g) RENFORCER ET ADAPTER L'OFFRE DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Au-delà de l'attractivité, le renforcement de la présence de professionnels de santé en outre-mer passe également par des mesures s'attachant à leur formation initiale et au développement de leurs compétences et à l'amélioration de leurs conditions d'installation et d'exercice.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Accroître le nombre de postes d'étudiants admis à passer en deuxième année d'études médicales et celui d'internes admis au concours de l'Examen Classant National sur les campus des deux unités de formation et de recherche de santé Antilles-Guyane et Océan indien
- Etendre aux outre-mer les expérimentations d'accès à la deuxième année d'études médicales via des licences adaptées
- Favoriser la création de classes préparatoires aux études de santé, notamment à Mayotte et en Guyane
- Evaluer les dispositifs de recrutement de médecins à diplôme hors Union Européenne existants en Guyane et à Saint-Pierre et Miquelon
- Développer et coordonner les activités de recherche en santé

h) DEFINIR UNE TRAJECTOIRE DE RATTRAPAGE DE LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE PAR RAPPORT A L'HEXAGONE

Les territoires de Mayotte et de Guyane sont confrontés principalement à une situation d'insuffisance de l'offre de soins face à des besoins croissants, induits par des flux migratoires et une forte natalité. Les établissements de santé à la Réunion, à la Martinique et en Guadeloupe sont quant à eux marqués par des difficultés en termes de qualité et de gestion, notamment financière. Enfin, les événements tragiques récents à Saint- Martin et Saint-Barthélemy exigent un effort de reconstruction rapide de l'offre.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Adapter les réponses aux besoins de Mayotte et de la Guyane afin d'organiser le rattrapage de ces territoires au regard de la faiblesse des taux de recours de leur population au système de santé et du déséquilibre hôpital/ville
- Définir des modalités d'accompagnement adaptées pour garantir une prestation de service de qualité, tout en améliorant la situation financière des établissements de santé de La Réunion et des Antilles
- Créer et développer une offre en santé mentale, en particulier à Mayotte, à la Réunion et en Guyane
- Accompagner la reconstruction de l'offre de santé à Saint Martin et Saint- Barthélemy à la suite des ouragans Irma et Maria

i) STRUCTURER ET PRIORISER LES TRANSFERTS ET EVACUATIONS SANITAIRES AU SEIN DES TERRITOIRES D'OUTRE-MER ET ENTRE CES TERRITOIRES ET L'HEXAGONE

L'insularité et l'absence de certaines spécialités médicales et/ou chirurgicales outre-mer suscitent un nombre élevé d'évacuations sanitaires, généralement par voie aérienne. L'organisation en est souvent complexe et les coûts élevés. En Guyane, et surtout à Mayotte, s'y ajoutent les difficultés spécifiques liées à la prise en charge de patients non assurés sociaux. Pour les patients et leurs proches, l'éloignement lors des prises en charge, parfois longues et effectuées en dehors de leur terre d'attache peut être difficile. Enfin, les risques liés aux évacuations sanitaires sont plus grands que lors de transferts inter-hospitaliers dans l'Hexagone.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Garantir l'accès prioritaire des patients urgents des outre-mer en négociant avec les compagnies aériennes (fréquence de desserte, type d'appareil, horaires, tarifs, exigences en termes de continuité d'exploitation, etc.) pour assurer la continuité territoriale et maîtriser les coûts des transferts
- Eclairer et objectiver les décisions d'évacuations sanitaires, en s'appuyant notamment sur des études médico-économiques et sur des analyses de rapport coût/efficacité
- Organiser la mutualisation entre établissements de santé du marché « EVASAN et transferts sanitaires » pour réduire les coûts

j) RENFORCER LA COOPERATION REGIONALE ET INTERNATIONALE ET LA COOPERATION ENTRE TERRITOIRES D'OUTRE-MER

Les outre-mer vivent chacune dans des environnements géopolitiques où leur place est stratégique en matière de santé. L'excellence de l'offre de santé française est reconnue et attractive pour les pays voisins. L'expertise française est recherchée en matière de veille sanitaire, notamment en matière de lutte anti-vectorielle pour prévenir des épidémies telles que la dengue, le chikungunya ou le zika. En permettant la prévention commune des risques et la coordination des moyens en cas de situation sanitaire exceptionnelle, les politiques de coopération régionales et internationales contribuent à une meilleure prise en charge des populations ultramarines. Les acteurs de santé doivent pouvoir agir au niveau international dans un cadre clairement défini, tant pour leurs interventions conduites à l'étranger que pour l'accueil de patients étrangers.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Développer les coopérations internationales en matière de veille sanitaire
- Promouvoir les capacités des agences de santé et des établissements de santé outre-mer, en matière de coopération sanitaire à l'international et dans les instances et organisations régionales
- Renforcer les capacités de détection et de prise en charge des patients atteints de pathologies infectieuses
- Développer les synergies entre territoires d'outre-mer en termes d'investissements et d'équipements, voire d'organisation, afin de développer les complémentarités et spécialisations

CONCERNANT PLUS PARTICULIEREMENT LA GUADELOUPE ET LA MARTINIQUE

k) REDUIRE L'EXPOSITION DE LA POPULATION AU CHLORDECONE

La Guadeloupe et la Martinique font face à une contamination historique et massive par le chlordécone, insecticide autrefois utilisé pour lutter contre le charançon, dont l'effet est nocif sur la santé des enfants à naître.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Mettre en place une action spécifique de prévention et de protection des populations vulnérables et décontaminer les denrées et les sols pollués par le chlordécone

CONCERNANT PLUS PARTICULIEREMENT LA GUYANE, MAYOTTE ET WALLIS-ET-FUTUNA

l) RENFORCER L'ACCES A L'EAU POTABLE ET A L'ASSAINISSEMENT POUR TOUS

L'approvisionnement en eau potable, la qualité de l'assainissement et la pratique de l'hygiène contribuent de façon essentielle à l'amélioration de la santé publique. Or, toutes les populations ultramarines ne disposent pas d'un accès continu et sûr à de l'eau potable et à un dispositif d'assainissement adapté.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Maîtriser en permanence les risques sanitaires liés à la production et à la distribution d'eau

CONCERNANT MAYOTTE

m) AMELIORER L'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS

Les trois dispositifs de droit commun de soutien à l'accès aux soins pour les ménages modestes (CMU-c, ACS et aide médicale d'Etat) ne sont actuellement pas applicables à Mayotte. Les modalités de prise en charge en vigueur sur l'île, et la gratuité des soins dispensés par le Centre hospitalier de Mayotte et les centres qui en dépendent, constituent actuellement une première réponse dans l'accès aux soins pour les assurés et les non-assurés. Toutefois cette solution n'est pas durable compte tenu du niveau de saturation de cet établissement. Dans ce contexte, il s'agit de favoriser l'accès aux soins de ville, actuellement peu développés sur l'île.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Accélérer la protection sociale par l'amélioration des fichiers de la caisse, l'attribution généralisée de la carte vitale, l'amélioration de l'accueil physique et dématérialisé des assurés, et à terme, la généralisation des assurances complémentaires aidées par les employeurs
- Améliorer l'attractivité de Mayotte pour les professionnels de santé libéraux afin de normaliser la tarification des soins et de créer des aides de droit commun à la solvabilisation des ménages

n) GARANTIR UNE COUVERTURE VACCINALE PROTECTRICE POUR LA POPULATION

Par sa situation géographique et ses conditions socio-économiques, la population de Mayotte reste fortement exposée aux maladies infectieuses. Or, le niveau de la couverture vaccinale sur ce territoire connaît des taux inférieurs aux seuils requis dans certaines tranches d'âges, notamment chez les jeunes enfants.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- S'assurer de la mise en place d'un protocole de vaccination afin de renforcer les mesures de contrôle de l'état vaccinal et d'organiser un rattrapage en lien avec les différents acteurs (protection maternelle et infantile, centres hospitaliers, santé scolaire, médecins libéraux etc.)
- Permettre, dans le cadre de protocoles, la délégation de la prise en charge vaccinale par les infirmiers, notamment de protection maternelle et infantile

RÉFÉRENCES

1. Bonaldi C et al., BEH. 2016 ; 30-31
2. Guerin S et al., Eur J Public Health. 2013;23
3. Baromètre santé 2016, Santé publique France, Enquête Escapad 2014 et Espad 2015, OFDT, HBSC 2014, rectorat de Toulouse
4. « Drogues chiffres clefs 2017 », OFDT
5. Enquête nationale sur les jeux d'argent et de hasard 2014 OJE – Inpes
6. Baromètre santé 2010, Inpes
7. Enquête Escapad 2014, OFDT
8. Enquête Coquelicot 2011, Invs
9. « Bilan de l'accidentalité 2016 », ONISR
10. Esteban 2015, Santé publique France
11. RésIST 2015, Santé publique France
12. Surveillance du VIH 2015, Santé publique France
13. « L'état de santé de la population en France », rapport 2017, Drees-Santé publique France
14. Enquête logement 2013, Insee
15. « Dares résultats 2016 », DARES
16. Enquête SUMER 2010, DARES
17. SISE-EAUX 2014, DGS
18. ESPS 2014, Drees-Irdes
19. Baromètre santé 2014, Inpes
20. Etude Burden BMR 2012, InVS
21. « Evolution de la consommation d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015 », ANSM 2017
22. Rapport annuel 2016, Fonds CMU
23. « Comptes nationaux de la santé 2016 », Drees
24. AMOS 2016, Cnamts
25. « Portrait des professionnels de santé 2016 », Drees
26. « Les emplois de temps des médecins généralistes libéraux », Etudes et résultats n°797, 2012, Drees
27. Enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS) 2012, Drees
28. « Santé mentale en population générale : images et réalités », 1999-2003, CCOMS - Drees
29. Certificats médicaux de décès 2014, Inserm-CepiDc
30. Oscour 2007-2011, Santé publique France
31. « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie », Etudes et résultats n°799, 2012, Drees
32. « L'aide humaine auprès des adultes à domicile : l'implication des proches et des professionnels », Etudes et résultats n°827, 2012, Drees
33. « Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages » 2013, CNNSE
34. ALD, 2015, Cnamts (Ameli.fr)
35. « La scolarisation des enfants en situation de handicap, 2016-2017, Depp
36. Enquête nationale conditions de vie des étudiants, 2016, OVE
37. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, 2010-2012, Inserm – Santé publique France