

Stratégie nationale de santé 2023 - 2033

Projet soumis à consultation

10 juillet 2023

PROJET

Table des matières

| | |
|-------|----|
| 1 | 5 |
| 2 | 8 |
| 2.1 | 8 |
| 2.2 | 8 |
| 2.3 | 8 |
| 2.4 | 8 |
| 3 | 9 |
| 3.1 | 9 |
| 3.2 | 9 |
| 3.3 | 9 |
| 3.4 | 10 |
| 3.5 | 10 |
| 3.6 | 11 |
| 3.7 | 11 |
| 3.8 | 11 |
| 4 | 12 |
| 4.1 | 12 |
| 4.1.1 | 12 |
| 4.1.2 | 15 |
| 4.1.3 | 20 |
| 4.1.4 | 23 |
| 4.1.5 | 25 |
| 4.1.6 | 26 |
| 4.1.7 | 27 |
| 4.1.8 | 28 |
| 4.2 | 28 |
| 4.2.1 | 29 |
| 4.2.2 | 31 |
| 4.2.3 | 37 |
| 4.2.4 | 38 |
| 4.2.5 | 39 |
| 4.3 | 43 |
| 4.3.1 | 43 |
| 4.3.2 | 45 |
| 4.3.3 | 46 |
| 4.3.4 | 46 |
| 4.3.5 | 47 |
| 5 | 49 |
| 5.1 | 49 |
| 5.1.1 | 49 |
| 5.1.2 | 50 |
| 5.1.3 | 53 |
| 5.2 | 53 |
| 5.3 | 56 |
| 5.3.1 | 56 |
| 5.3.2 | 56 |
| 5.3.3 | 57 |

| | | |
|-----|-------|----|
| | 5.3.4 | 58 |
| | 5.3.5 | 58 |
| | 5.3.6 | 59 |
| 5.4 | | 59 |
| | 5.4.1 | 59 |
| | 5.4.2 | 60 |
| | 5.4.3 | 60 |
| 5.5 | | 61 |
| | 5.5.1 | 61 |
| | 5.5.2 | 61 |
| | 5.5.3 | 62 |
| | 5.5.4 | 62 |
| | 5.5.5 | 63 |
| 5.6 | | 65 |
| | 5.6.1 | 65 |
| | 5.6.2 | 66 |
| | 5.6.3 | 66 |
| | 5.6.4 | 67 |
| | 5.6.5 | 67 |
| 5.7 | | 67 |
| 6 | | 69 |
| 6.1 | | 69 |
| | 6.1.1 | 71 |
| | 6.1.2 | 71 |
| | 6.1.3 | 71 |
| 6.2 | | 72 |
| | 6.2.1 | 73 |
| | 6.2.2 | 80 |
| | 6.2.3 | 81 |
| 6.3 | | 81 |
| | 6.3.1 | 81 |
| | 6.3.2 | 82 |
| 6.4 | | 83 |
| | 6.4.1 | 83 |
| | 6.4.2 | 84 |
| | 6.4.3 | 84 |
| | 6.4.4 | 85 |
| | 6.4.5 | 85 |
| 7 | | 86 |
| | 7.1 | 86 |
| | 7.2 | 86 |
| | 7.3 | 86 |

1 INTRODUCTION

La stratégie nationale de santé, prévue par la loi et définie par le Gouvernement, constitue le cadre de la politique nationale de santé en France. Elle doit ainsi déterminer les domaines d'action considérés comme prioritaires et fixer des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie, sur la base d'une analyse de l'état de santé de la population, de ses déterminants et des stratégies d'action envisageables qu'a menée le Haut Conseil de la santé publique. Ce cadre d'orientation est mis en œuvre au travers des différents plans nationaux et feuilles de route ayant un lien avec la santé, ainsi qu'au travers des projets régionaux de santé que doivent adopter les agences régionales de santé (ARS) en cohérence avec la stratégie nationale.

La stratégie nationale de santé précédente, lancée début 2018 pour une durée de cinq ans, s'est achevée fin 2022. Elle n'a pas pu, par construction, anticiper l'épidémie de Covid-19 à l'ampleur planétaire inédite, mais son évaluation est riche d'enseignements.

Les principales recommandations de cette évaluation ont été prises en considération dans le cadre de l'élaboration de cette nouvelle stratégie nationale de santé. Cette évaluation et les recommandations du Haut Conseil de la santé publique ont conduit le Gouvernement à privilégier pour cette nouvelle stratégie une durée de dix ans. Inscrire l'action dans un temps long, au-delà d'échéances politiques, permettra l'atteinte d'objectifs à moyen et long termes. Cependant, afin de tenir compte dans cette stratégie des principales préoccupations actuelles en matière de santé, des domaines d'action prioritaires ont été identifiés pour les cinq années à venir, charge aux futurs Gouvernements de les revoir, si les circonstances ou les priorités politiques le justifient.

Cette nouvelle stratégie nationale de santé tient ainsi compte des enseignements tirés de la crise sanitaire qu'a traversée le pays entre 2020 et 2022, et de l'impact qu'elle a eu sur l'état de santé de la population. L'un des enseignements majeurs de la crise est que la santé publique et la prévention doivent désormais occuper une place de premier plan dans les politiques de santé.

Elle s'inscrit aussi dans un contexte international et européen post-crise Covid.

L'état de santé de la population, au lancement de la stratégie, est contrasté.

La santé est un état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible. Ou comme le propose l'OMS, « la santé donne à la personne le pouvoir d'identifier et de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins, et évoluer avec son milieu ou s'y adapter ».

L'une des principales caractéristiques de la population française est tout d'abord son vieillissement. Au 1^{er} janvier 2023, en France, une personne sur cinq a 65 ans ou plus (21,3%). Cette proportion augmente depuis plus de trente ans, avec un vieillissement qui s'accélère depuis une dizaine d'années du fait de l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du *baby-boom*. Dans 10 ans, selon les projections, un quart de la population aura ainsi au moins 65 ans. Or plus les personnes vieillissent, plus les polyopathologies et les maladies chroniques sont fréquentes, ce qui exerce une pression croissante sur l'offre de soins.

Malgré ce vieillissement, certains éléments sont encourageants : l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans croît plus vite que l'espérance de vie à 65 ans depuis 2008. En 2021, les hommes âgés de 65 ans, peuvent ainsi espérer vivre 11,3 ans sans incapacité et les femmes 12,6 ans. Ceci reflète d'une part le recul de l'âge auquel surviennent les maladies chroniques handicapantes et d'autre part l'amélioration de leur prise en charge.

Par ailleurs, la crise sanitaire a durement affecté, de manière peut-être durable, directement et indirectement, l'état de santé de la population. Elle a entraîné entre janvier 2021 et août 2022 près d'un million d'hospitalisations, et on dénombre 154 000 décès en établissement (hôpital, EHPAD, ...) directement liés au Covid, si bien que l'espérance de vie à la naissance ne retrouve pas encore en France son niveau d'avant la pandémie. En outre, la santé psychique et mentale de la population s'est dégradée pendant la crise et ne se rétablit pas depuis.

Une autre préoccupation majeure a trait aux fortes inégalités de santé qui perdurent et ont été exacerbées par la crise du Covid-19. Ainsi, les catégories les plus modestes ont été plus exposées au virus, en raison de leurs emplois, de la promiscuité des logements, et présentaient en parallèle un risque plus élevé de développer des formes graves de la maladie, comme en a témoigné la surmortalité dans certains départements.

Ces inégalités sociales se conjuguent à des inégalités territoriales. Ainsi, les inégalités d'accès aux médecins généralistes se sont notamment accrues, dans la poursuite de la tendance observée les années précédentes. Les disparités géographiques peuvent se cumuler avec les inégalités sociales : dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est huit fois plus élevé pour les personnes pauvres.

La lutte contre ces inégalités, qui touchent tous les domaines d'action de la santé, est le fondement de l'ensemble des objectifs qui figurent dans cette stratégie nationale de santé. Ainsi, dans le cadre de la mise en œuvre des actions portées par les différents plans nationaux ou régionaux, la cible touchant à la population globale sera déclinée avec une cible de réduction des inégalités, ou d'adaptation des moyens selon un principe d'universalisme proportionné.

Enfin, l'un des principaux défis que va devoir affronter notre pays dans les dix prochaines années, et dont le lien avec la santé est évident, est le défi écologique. Le changement climatique est un déterminant majeur de la santé publique et un facteur d'inégalités en matière de santé, ce qui nécessite des systèmes de santé publique solides tenant compte de l'évolution des défis environnementaux. Alors que les plus modestes sont plus durement touchés par les effets du changement climatique et les moins armés face à la transition écologique, la lutte contre les inégalités de santé passera également par une approche majorée envers ces publics, notamment en matière d'accès de tous à des mobilités durables, à l'eau potable, à une alimentation saine et à des logements rénovés.

Un système de santé à rebâtir, en associant tous les acteurs du monde de la santé

Le système de santé actuel a été construit il y a un demi-siècle essentiellement pour prendre en charge des patients plus jeunes, aux pathologies et épisodes de soins aigus (maladies infectieuses, accidents...). Or aujourd'hui, 80% des personnes qui sollicitent le système de santé le font pour des soins liés à une maladie chronique, dont notamment les cancers, les maladies vasculaires, le diabète ou les pathologies mentales.

Notre système de santé et sa soutenabilité sont désormais mis en grande difficulté. Orienté sur le soin et non sur la prévention, cette structuration génère même de manière continue et inéluctable toujours plus de situations de soins complexes. Après des décennies d'un tel déséquilibre, force est de constater que ce système est à bout de souffle. Ces constats sont connus et partagés depuis un bon nombre d'années, et la précédente stratégie nationale avait d'ores et déjà tenté d'y répondre. Mais la crise et ses répercussions a largement contribué à mesurer l'ampleur des changements systémiques nécessaires ; elle a aussi, à bien des égards, montré la voie à suivre en matière d'organisation du système de santé, en redessinant certaines frontières et en accélérant

des changements parfois attendus de longue date. Les effets de la crise climatique sur l'état de santé de la population et le fait que le système soit également porteur d'impacts évitables sur le climat appellent à des évolutions pour adapter le système à ces nouveaux défis.

Les différentes composantes de notre système de santé doivent évoluer de façon concomitante et synergique, et concerner l'ensemble des secteurs et des acteurs du champ de la santé : les évolutions doivent être systémiques, globales.

Avec 11 % de la population n'ayant pas de médecin traitant déclaré, l'accès aux soins est aujourd'hui plus que jamais un défi pour notre système de santé, amplifié par des tensions sur les ressources humaines en santé et leur répartition géographique inégale. Un certain nombre de mesures ont été prises ces dernières années pour faciliter l'accès aux soins des Français : fin du *numerus clausus* et augmentation des quotas de formation, développement de la pratique avancée, des protocoles de coopération ou encore de la télésanté. D'autres mesures demanderont plus de temps. En effet, ces dispositifs requièrent une appropriation par les professionnels de santé et un changement d'habitude des Français.

Aboutissement de la démarche collaborative du Conseil national de la refondation (CNR), co-construite dans les territoires autour des ARS avec des représentants des patients et usagers, des professionnels de santé, du monde associatif et des élus locaux, cette stratégie se veut ainsi un véritable cap partagé par l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le champ de la santé : c'est l'alliance de toutes les actions menées par tous, au niveau local, régional et national, qui permettra d'atteindre les objectifs fixés.

Les défis que doit affronter notre système de santé dans la décennie à venir ont conduit à retenir trois grandes finalités, déclinées en objectifs, à savoir :

- **Permettre à tous nos concitoyens de vivre plus longtemps en bonne santé, par la prévention, la promotion de la santé et l'accompagnement à tous les âges de la vie ;**
- **Répondre aux besoins de santé de chacun, sur tout le territoire, avec une offre de santé adaptée ;**
- **Rendre notre système de santé plus résilient et mieux préparé face aux défis écologiques et aux crises.**

Des leviers transversaux sont identifiés, sans lesquels ces finalités ne pourront être atteintes, dont notamment les ressources humaines en santé, qui doivent retrouver leur place centrale au cœur du système de santé. Par ailleurs, la stratégie nationale doit s'appuyer sur un certain nombre de principes d'action et de valeurs partagées.

2 LES VALEURS

Les valeurs qui fondent la stratégie nationale de santé procèdent d'un principe premier, rappelé par le Comité consultatif d'éthique en 2021 : la santé est un bien commun, elle relève de l'intérêt général, et ne peut donc être la « propriété » des uns par opposition à d'autres en raison de son importance pour la société. Les objectifs et domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale ont été choisis à l'aune de ces valeurs. Celles-ci doivent servir de fondement aux différents plans nationaux et régionaux qui mettront en œuvre cette stratégie.

2.1 La solidarité

La solidarité est à la base de notre protection sociale. Elle permet de porter assistance aux plus vulnérables, et de garantir à chaque citoyen, à chaque étape de son parcours, une assurance pour faire face aux aléas de la vie, notamment la maladie, la perte d'autonomie ou le handicap. Chacun au sein de la société participe à la protection de tous, en fonction de ses capacités, et bénéficie de cette protection.

2.2 L'équité

L'équité procède d'un principe de justice sociale. Elle implique de reconnaître que les individus ont des besoins différents et que des mesures doivent être prises pour répondre à ces besoins de manière juste et adaptée. Elle suppose de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé, tels que le revenu, le niveau d'éducation, l'environnement physique et social, l'accès à l'emploi, l'alimentation, le logement et la protection sociale.

2.3 La transparence

Appliquée à la santé, la transparence fait référence au fait de fournir des informations claires et complètes sur les risques, les expositions subies, les bonnes pratiques, les soins, les traitements, leurs résultats et les coûts qu'ils induisent. La transparence en santé permet aux individus et aux patients de prendre des décisions éclairées sur leur propre santé et de mieux comprendre leur état de santé. Cela peut également aider les patients à évaluer la qualité des soins qu'ils reçoivent et à identifier les problèmes éventuels. Elle suppose que le message adressé soit compréhensible, par le recours par exemple à l'interprétariat professionnel ou le « facile à lire et à comprendre ». La transparence en santé contribue à améliorer la confiance entre les patients et les prestataires de soins de santé, ainsi que la confiance du public dans le système de santé en général.

2.4 Le collectif

Le collectif fait référence au groupe, à ce qui rassemble : faire collectif, c'est répondre ensemble à des nécessités communes et chercher à atteindre des objectifs partagés. Faire face aux défis que rencontre le système de santé et le rebâtir pour répondre aux besoins de chacun requiert la mobilisation de tous, dans un esprit de responsabilité.

La mobilisation de tous les acteurs concernés est d'autant plus nécessaire que l'accès à l'offre de soins ne constitue qu'une part très minoritaire des déterminants de la santé. Dès lors, la réponse à apporter s'appuie nécessairement sur un travail collectif, qui repose sur la coordination des acteurs et la pluriprofessionnalité des équipes, tournés vers un même objectif.

3 LES PRINCIPES D'ACTION

L'élaboration et la mise en œuvre des plans et feuilles de route déclinant la présente stratégie nationale devront tenir compte des principes d'action énumérés ci-dessous.

3.1 L'éthique

Les principes éthiques fondamentaux incluent le respect de l'autonomie des personnes bien portantes ou vulnérabilisées par des pathologies ou des difficultés sociales (capacité à prendre des décisions concernant sa propre santé et sa propre vie), la bienfaisance (faire ce qui est dans l'intérêt de la personne, la non-malfaisance (éviter de nuire à la personne) et la justice (le fait de distribuer les ressources de manière équitable et d'éviter toute forme de discrimination).

Dans ce cadre, l'éthique appelle à une réflexion sur les questions qui surgissent dans la pratique de la prévention, des soins, de la recherche médicale, de l'accompagnement social, de la gestion des systèmes de santé et d'action sociale, et la conduite des politiques de santé. L'éthique est essentielle pour assurer des pratiques de santé et d'action sociale justes et équitables, qui respectent les droits et les besoins des personnes tout en assurant le bien-être de la société dans son ensemble. L'épidémie de Covid-19 a particulièrement mis en lumière l'importance de l'éthique dans la gestion des crises sanitaires et plus largement dans les politiques de santé publiques.

L'éthique concerne à la fois les professionnels et les usagers du système de santé et d'action sociale. L'éthique peut alors ainsi contribuer à la démocratie en santé, à travers le rapprochement de différents acteurs du territoire et à travers l'organisation de débats publics qui permettent de créer des espaces d'échanges avec les citoyens.

3.2 La co-construction des politiques de santé avec tous les acteurs

La co-construction des politiques de santé avec tous les acteurs est une démarche participative qui vise à impliquer tous les acteurs concernés par la santé (représentants d'usagers et des personnes concernées ainsi que de leurs proches, professionnels de santé, mais aussi le tissu associatif, les collectivités, les chercheurs, les acteurs économiques du champ de la santé...) dans le processus de prise de décision politique en favorisant la collaboration entre eux. Au fondement de la démocratie en santé, elle va au-delà de la simple consultation : elle permet non seulement de prendre en compte les besoins et les points de vue de chacun, mais aussi d'intégrer l'ensemble des initiatives et actions conduites par ces acteurs au sein d'une politique globale favorable à la santé.

3.3 L'universalisme proportionné

Ce principe d'action permet de combiner des approches universelles et des approches ciblées pour réduire l'influence de l'origine sociale en matière de santé. Ainsi les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. Des actions, notamment de prévention, seront ainsi proposées à tous, avec des moyens adaptés et plus importants envers les plus fragiles et les plus éloignés du système de santé.

Parce que l'universalisme proportionné est le garant de la réduction des inégalités de santé, la prise en compte des personnes les plus fragiles doit être systématiquement pensée dans chaque

action de la stratégie nationale de santé. Elle repose sur trois principaux leviers : « aller-vers » ces usagers pour les « ramener vers » le système de santé, la participation des usagers pour partir de leurs besoins afin d'y apporter une réponse adaptée, et la prise en compte de la personne dans toute son entièreté et son parcours, en agissant en transversalité et en coordination avec l'ensemble des acteurs concernés.

3.4 La prise en compte de la dimension de genre en matière de santé

Egalité et non-discrimination dans l'accès à la santé exigent de mieux intégrer sexe et genre dans les stratégies de santé publique et leur déclinaison opérationnelle. Cela implique de définir une nouvelle forme d'universalité des politiques de santé qui ne nierait pas les différences liées aux caractéristiques physiques et biologiques des hommes et des femmes ou encore leurs rôles, comportements, expressions et identités socialement construits.

L'appréhension de la dimension de genre en matière de santé nécessite de s'inspirer plus largement des études sur l'épigénétique (montrant que l'expression biologique du sexe se combine avec des conditions de vie et d'environnement, y compris social) et la recherche bio-sociale (invitant à combiner les considérations biologiques et les rôles sociaux des femmes et des hommes), dans une approche croisée intégrant d'autres facteurs tels que l'âge, le handicap, la situation économique et sociale...

3.5 Le pouvoir d'agir de chacun, ou « empowerment », et la littératie en santé

Le processus d'« empowerment » est défini comme « un processus permettant aux personnes, aux organisations et aux communautés d'acquérir des compétences sur leur propre vie, afin de changer leur environnement social et politique pour améliorer l'équité et la qualité de vie ». La santé de la population est la résultante de facteurs sociaux, environnementaux, économiques et génétiques appelés déterminants. La santé comme « résultat » peut être vue comme un processus dans lequel l'individu et la communauté sont acteurs. Cela nécessite de promouvoir la santé en partant de la demande et de la satisfaction des besoins, et non plus seulement de l'offre. Développer la participation et l'implication des citoyens dans les services de santé nécessite de les impliquer et leur donner toutes les informations nécessaires pour leur permettre de participer au processus de prise de décision.

La littératie en santé est reconnue être un élément déterminant de la santé publique. On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. Le développement de la littératie en santé est influencé par les milieux et les déterminants, sociaux, environnementaux, économiques et culturels. La littératie en santé se construit au fil du temps grâce aux pratiques sociales, à l'éducation et aux médias.

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

3.6 Une seule santé (One Health)

Le concept d'Une seule santé, promu dès les années 2000 par l'OMS, consiste en une approche intégrée, systémique et unifiée de la santé dans toutes ses déclinaisons (santé humaine, animale, des écosystèmes...) aux échelles locale, nationale et planétaire. Il reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, et des plantes et de l'environnement en général sont toutes interconnectées et que la santé de chacun dépend des autres.

Les facteurs environnementaux et comportementaux peuvent contribuer à l'apparition de maladies d'origine souvent multifactorielles : cancers, pathologies respiratoires dont asthme, allergies, maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, etc. Par ailleurs, notre santé est le résultat de l'exposition à des facteurs environnementaux et comportementaux tout au long de la vie et notamment pendant des périodes de plus grande vulnérabilité, ce qui est appelé « exposome ».

3.7 La santé dans toutes les politiques

La « santé dans toutes les politiques » est une approche transversale qui promeut la prise en compte des enjeux de santé dans les différentes politiques publiques, dès lors qu'elles ont un impact sur la santé. Son objectif est de favoriser la collaboration intersectorielle et de promouvoir une vision globale de la santé qui va au-delà du seul système de santé. Elle contribue à réduire les inégalités en matière de santé en abordant les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé.

« La santé dans toutes les politiques » est ainsi une approche globale qui reconnaît que la santé est influencée par de nombreux facteurs et que l'ensemble des politiques publiques doivent tenir compte de leurs impacts sur la santé et le bien-être de tous. Elle se concrétise notamment, au niveau national, par une interministérialité de plus en plus développée, et au plan territorial par des interactions et coopérations entre les différents porteurs de politiques publiques.

3.8 L'adaptation territoriale des politiques de santé au plus près des besoins

L'adaptation territoriale des politiques de santé consiste à planifier et à mettre en place des politiques de santé qui répondent aux besoins spécifiques de chaque territoire, en prenant en compte les différences de contexte économique, géographique, démographique, environnemental, culturel et social de chaque région. La crise Covid et ses répercussions ont notamment montré qu'une dynamique collective, dans la durée et en proximité au cœur des territoires, est essentielle pour résoudre les défis auquel est confronté le système de santé.

Si la santé relève par la loi de la compétence de l'Etat, mise en œuvre dans les territoires par les agences régionales de santé (ARS), le rôle des collectivités locales dans le champ de la santé, à la fois les conseils départementaux et régionaux au travers de leurs compétences propres, mais aussi les communes par leur compétence générale, a vocation à s'accroître dans les années à venir en collaboration avec les ARS.

Dans cet esprit, la démarche lancée en 2022 du Conseil national de la refondation Santé (CNR) a réuni dans les territoires élus, citoyens, usagers, professionnels hospitaliers et libéraux, associations de chaque territoire de santé autour des ARS, avec pour objectif de trouver ensemble des solutions aux grands défis de notre système de santé. Il s'agit d'une méthode renouvelée de concertation et d'action, qui permet à tous d'échanger de manière constructive pour bâtir des solutions appropriées aux grands défis de l'époque, et qui a vocation à perdurer.

4 TROIS GRANDES FINALITÉS

Afin de répondre aux enjeux que doit affronter notre système de santé à horizon de dix ans, trois grandes finalités sont déclinées en objectifs, qui sont assortis, dès que cela est pertinent, de cibles prioritaires et d'indicateurs associés.

4.1 Permettre à nos concitoyens de vivre plus longtemps en bonne santé, par la prévention, la promotion de la santé et l'accompagnement à tous les âges de la vie

Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge sont des conditions essentielles au développement durable, comme l'ont déclaré les Nations Unies dans le cadre du 3ème objectif de développement durable. Or l'espérance de vie en bonne santé à la naissance (celle-ci correspond au nombre d'années que peut espérer vivre une personne sans être limitée dans ses activités quotidiennes) est en France de l'ordre de la moyenne de celle de l'Union européenne (64 ans), significativement en dessous de celles de l'Italie, de l'Espagne ou de la Suède.

En outre, les inégalités de santé sont très marquées : chez les hommes, avant la crise Covid-19, il y avait toujours 13 ans d'écart d'espérance de vie entre les plus aisés et les plus modestes. Chez les femmes, cet écart était de 8 ans. Ce phénomène est notamment lié aux inégalités face aux conditions et modes de vie, et face aux pratiques de prévention et à l'accès aux soins, induisant une surreprésentation parmi les plus modestes de maladies chroniques, troubles visuels, du neurodéveloppement, psychiques, etc.

Ainsi, dès la petite enfance, des inégalités de santé se développent, que les habitudes de vie, les facteurs culturels et économiques ou l'exposition environnementale contribuent à creuser au cours de l'enfance et de l'adolescence. Ces inégalités augmentent à court terme le risque de décrochage et d'échec scolaire, les dépressions et risques de suicide de ces enfants ; et à long terme, accroissent leurs difficultés d'insertion professionnelle et sociale.

Cible : dans 10 ans, avoir augmenté l'espérance de vie en bonne santé à la naissance de 3 ans et réduit de moitié les écarts d'espérance de vie entre les plus aisés et les plus modestes.

4.1.1 Développer des environnements favorables à la santé, quels que soient les lieux de vie

L'environnement est un déterminant majeur de notre santé et les attentes citoyennes sur les liens entre la santé et l'environnement (air, eau, sol, alimentation) sont de plus en plus fortes. Si, depuis une vingtaine d'années, la France mène une politique ambitieuse afin de réduire l'impact des altérations de l'environnement sur la santé, la pandémie de Covid-19 a rappelé les liens étroits entre la santé humaine, la santé animale et plus globalement la biodiversité.

L'objectif est de mieux comprendre les risques auxquels chacun s'expose afin de mieux se protéger et protéger son environnement. Fondé sur l'approche « Une seule santé », il s'agit de donner à chacun, citoyen, consommateur, élu, entreprise, travailleur, professionnel de santé, chercheur, des moyens d'agir pour un environnement favorable à toutes les santés et dans tous les lieux de vie, y compris à l'école. Les défis à relever en matière de santé environnement

concernent tous les secteurs d'activité (énergie, transports, agriculture, industrie, etc.), justifiant pleinement l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

Les priorités sont ainsi de former et informer sur l'état de notre environnement et les bons gestes à adopter pour notre santé et celle des écosystèmes, de réduire les expositions environnementales affectant la santé humaine et celle des écosystèmes, et de démultiplier les actions concrètes menées dans les territoires.

4.1.1.1 Dans les villes et les zones rurales :

L'imperméabilisation des sols, l'augmentation des émissions de polluants dans l'air ou encore les changements de mode de vie notamment en termes de mobilité, d'alimentation ou d'isolement social liés à l'urbanisation croissante, accentuent, voire provoquent les problèmes de santé des populations, notamment les maladies chroniques. A l'inverse, un « urbanisme favorable à la santé » développe des infrastructures permettant les mobilités actives comme les pistes cyclables, la création de zones à faibles émissions, la désimperméabilisation des sols ou la végétalisation d'espaces publics ou de cours d'école participent de cette démarche. Le rôle des collectivités locales est crucial dans ce domaine.

Dans les zones rurales, la population agricole est particulièrement exposée au risque chimique lié à l'utilisation de produits pour la culture ou l'élevage. Par ailleurs, les activités professionnelles agricoles et la vie en milieu rural sont source de multiples expositions à des agents infectieux. Dans une logique « Une seule santé » et un contexte plus prégnant d'enjeux climatiques, ces expositions doivent être prises en compte et limitées au maximum.

Cible :

- baisser de 50 % d'ici à 2030 le rythme d'artificialisation et de consommation d'espaces naturels, agricoles et forestiers. Le zéro artificialisation nette devra être atteint d'ici à 2050 (loi Climat et résilience)
- réduire de 50 % le recours aux produits phytopharmaceutiques en France en dix ans

4.1.1.2 Sur la route :

La mobilité de chacun est importante pour la qualité de sa vie et la route est un lieu privilégié de cette mobilité et le seul qui conduit jusqu'au domicile. Le nombre de morts (plus de 3 500 en 2022) et de blessés graves (16 000 en 2022) sur la route demeure toutefois trop élevé en France, d'autant que les déplacements et l'accidentalité retrouvent un rythme proche de celui avant pandémie du Covid-19 voire supérieur, avec parfois des évolutions liées à de nouvelles habitudes, avec notamment une augmentation significative des morts à vélo. L'éducation routière et la sensibilisation aux dangers de la route continuent d'être indispensables, notamment auprès des enfants et des jeunes pour modifier ainsi en profondeur les comportements à l'âge adulte, ainsi que la sensibilisation des médecins, notamment des médecins traitants, pour qu'ils informent leurs patients lorsque leur pathologie est incompatible avec la conduite.

4.1.1.3 Au domicile :

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) mentionne l'accès à un logement de qualité comme l'une des conditions de base pour mener une vie saine. Les effets de la mauvaise qualité du logement et de sa suroccupation sur la santé mentale et physique sont scientifiquement démontrés. Certaines

populations sont plus fragiles, comme les personnes âgées ou les enfants, qui sont particulièrement sensibles aux conditions dégradées de leur logement. Le logement est un important déterminant des inégalités sociales et territoriales de santé qui se cumulent quand tant le logement que l'environnement sont dégradés. Les inégalités sociales d'accès à un logement frappent particulièrement les jeunes générations, les femmes et les minorités.

4.1.1.4 A l'école :

Les écoles ont un rôle important à jouer dans la prévention et la promotion de la santé. Lieu de vie et d'apprentissage pour les enfants et les jeunes, elles constituent un lieu privilégié de détection, et peuvent influencer leur développement physique, mental et social. Elles sont aussi un lieu essentiel au développement des compétences psycho-sociales, voire à l'apprentissage en littératie en santé. En devenant « écoles promotrices de la santé », les établissements scolaires engagés mettent en œuvre des pratiques visant à promouvoir la santé et le bien-être des élèves, des enseignants et du personnel. Elles développent une approche globale de la santé en mettant en place des programmes éducatifs sur la santé et le développement des compétences psychosociales, des activités physiques et sportives, une alimentation saine, la prévention des maladies et des comportements à risque, ainsi que des services de soutien à la santé mentale et émotionnelle. Cette démarche, très développée dans certains pays, a vocation à se développer en France pendant les prochaines années.

4.1.1.5 Au travail :

Les chiffres de la sinistralité, en particulier le nombre d'accidents du travail mortels, démontrent que l'effort collectif doit s'intensifier en faveur de la prévention. La culture de prévention doit s'améliorer : en 2019, selon le volet employeurs de l'enquête « conditions de travail et risques psychosociaux » (DARES), seuls 46 % des employeurs tous secteurs confondus déclaraient disposer d'un DUERP actualisé au cours des 12 derniers (couvrant environ 60% des salariés). De plus, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a remis la santé au travail et la qualité des conditions de travail au cœur des préoccupations de la population. L'objectif d'amélioration des conditions de travail doit de plus en plus intégrer les risques émergents et les conséquences des transformations du travail (nouvelles technologies, nouvelles organisations...).

Ainsi, dans le cadre d'une approche partagée entre la santé au travail, la santé publique et la santé environnementale, la priorité doit être donnée à la prévention primaire et à la promotion de qualité de vie et des conditions de travail comme levier de performance de l'entreprise et de bien-être des salariés. Prévention des accidents du travail graves et mortels, prévention des risques psychosociaux, de l'usure et de la désinsertion professionnelles sont les leviers stratégiques pour agir en faveur de la réduction de la sinistralité et du maintien en emploi des salariés et à terme, pour atteindre une meilleure performance économique et sociale collective.

Indicateurs :

- Part des entreprises couvertes par une évaluation des risques professionnels (DUERP) (NB : reprise indicateur politique prioritaire du gouvernement) ;
- Déploiement du volet santé et sécurité au travail du dossier médical partagé (NB : il s'agit d'une mesure de la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail) ;
- Déploiement des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle des salariés : visite de mi-carrière, rendez-vous de liaison, partage d'informations renforcé

entre les services de prévention et de santé au travail et l'assurance maladie (NB : ces données seront collectées via une enquête annuelle dématérialisée sur les SPST).

4.1.2 Promouvoir des comportements favorables à la santé tout au long de la vie

De façon liée et complémentaire à une approche collective sur les déterminants sociaux et environnementaux, une amélioration de la santé passe nécessairement par une interrogation de ses propres comportements, comme déterminants majeurs de santé. En effet, la mortalité évitable par une réduction des comportements à risques représente 30 % de la mortalité des personnes de moins de 65 ans. Les principaux facteurs de risque à l'origine des années de vie en bonne santé perdues sont la consommation de tabac et d'alcool ainsi que l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité excessive.

Ces pratiques ou comportements évoluent avec l'âge et peuvent être très spécifiques selon que l'on soit une femme ou un homme. Les rendez-vous de prévention aux quatre âges de la vie (18-25, 45-50, 60-65 et 70-75 ans), mis en place à partir de 2023, ont vocation à favoriser ces comportements favorables à la santé. Leurs modalités pourront être adaptées pour toucher les personnes plus éloignées du système de santé, qui les nécessitent d'autant plus.

1.1.1.1 Poursuivre la politique intersectorielle de lutte contre le tabac

En 2023, 25% des Français sont fumeurs quotidiens. Le tabac est le premier déterminant de santé en France, il est responsable de plus de 75 000 décès par an (soit 1 sur 9)¹. Pour les hommes de 35 à 69 ans, c'est 1 décès sur 3. L'action publique reposant sur la mobilisation d'un arsenal de mesures, économiques, normatives et sociétales a fait ses preuves, en imprimant une baisse historique du nombre de fumeurs entre 2014 et 2020 (de 29% à 25%) et du tabagisme des adolescents à 17 ans (de 25% à 16% entre 2017 et 2022).

Dans l'objectif d'atteindre une première génération d'adultes non fumeuse en 2032, il convient d'aller plus loin dans la dénormalisation du tabac. De nombreuses stratégies sont aujourd'hui efficaces pour réduire les consommations. Par exemple, en matière de lutte contre le tabac, l'amélioration de la prise en charge du sevrage, le renforcement des actions sur les populations cibles, notamment les jeunes et les populations socio-économiquement défavorisées, l'action sur l'économie du tabac pour protéger la santé (prix du tabac, lutte contre le commerce illicite...) et le développement des espaces sans tabac.

Cibles :

- D'ici, 2030 : ramener à moins de 20% la prévalence du tabagisme quotidien chez les adultes ;
- En 2032 : ramener à moins de 5% le tabagisme des jeunes de 17 ans (objectif de la « première génération sans tabac »).

1.1.1.2 Adopter une stratégie de prévention des risques et usages nocifs d'alcool

Le dernier rapport de l'OCDE classe la France au 4e rang des pays en matière de consommation d'alcool. Près d'un quart de la population déclare dépasser les repères de consommation à

¹ En 2015, d'après SPF, les causes les plus fréquentes des décès attribuables au tabagisme sont les cancers avec plus de 45 000 décès suivis par les maladies cardiovasculaires (plus de 17 000).

moindre risque (deux verres standard d'alcool par jour et dix verres par semaine, avec au moins un jour de pause dans la semaine). Par ailleurs, l'alcool est le produit psycho actif dont l'usage est le plus précoce et le plus fréquent chez les jeunes avec une tendance à l'augmentation des alcoolisations ponctuelles importantes ces dernières années (Source : Escapad – OFDT). L'alcool, deuxième déterminant de santé en France, est responsable de plus de 41 000 décès par an et près de 30 000 cancers attribuables à l'alcool (Données de SPF). L'alcoolisation fœtale est la première cause de handicap à la naissance non génétique. Enfin, l'alcool a aussi des conséquences délétères en termes d'ordre public, présent dans 30% des condamnations pour violences, 40% des violences familiales, 30% des viols et agressions ainsi que dans 30% des accidents mortels de la route.

Une consommation d'alcool réduite, ne dépassant pas les repères de consommation à moindre risque, aurait de facto des conséquences bénéfiques tant sanitaires que sociales. Au-delà de l'appropriation des repères de consommation, l'enjeu est la mise en place d'une stratégie de réduction du risque et des dommages (RdRD), multisectorielle, s'inspirant des recommandations de l'expertise collective remise par l'Inserm en 2021 et d'expériences étrangères, et prenant en compte la dualité « risque/plaisir » propre à cette consommation. Elle s'appuie notamment sur des leviers précédemment décrits tels que la transmission de la bonne information sur les risques ainsi que sur le développement d'environnements protecteurs et favorables à la réduction de la consommation d'alcool.

Cible : d'ici 2030, moins de 20% des consommateurs d'alcool dépassent les repères (SPF)

1.1.1.3 Renforcer la prévention des autres addictions et de leurs conséquences dommageables

Si la mortalité associée aux drogues illicites est bien moindre (de l'ordre de 500 overdoses par an), les impacts sanitaires sont considérables. La consommation de cannabis peut causer ou accentuer certaines pathologies somatiques (cancers et pathologies cardio-vasculaires) et certains troubles psychiques, ce risque étant d'autant plus élevé que la consommation est précoce. La consommation de cocaïne peut entraîner des complications aiguës sévères pouvant mener jusqu'au décès : troubles cardio-vasculaires, neurologiques, infectieux, dermatologiques, obstétricaux, périnataux et respiratoires chez les usagers de crack. La cocaïne est responsable de 10 000 hospitalisations par an, un nombre multiplié par quatre en dix ans.

En complément des nécessaires actions de prévention et d'accompagnement au sevrage, l'approche de RdRD, sans nier le caractère illicite de certains usages, permet de considérer l'addiction comme une maladie chronique. Elle s'adresse également aux personnes non dépendantes dont les pratiques s'avèrent particulièrement dangereuses. Elle reconnaît que l'arrêt de la consommation n'est pas possible pour certaines personnes, à certains moments de leur trajectoire, et qu'il faut alors mobiliser des leviers pragmatiques et adaptés pour améliorer leur qualité de vie.

L'état des connaissances sur l'impact sanitaire, le coût social et individuel induit par une pratique problématique du jeu d'argent est encore parcellaire. Pourtant, l'impact sur les individus et leurs proches peut être considérable. Les conséquences financières, pouvant aller jusqu'au surendettement ou à la faillite sont les plus directes. Mais les difficultés peuvent également être relationnelles et familiales (séparations, isolement...), professionnelles (perte d'emploi...), psychologiques (dépression, anxiété...) ou encore physiques (symptômes liés à la consommation associée d'alcool ou d'autres produits psychoactifs, dénutrition, suicide...). En 2019, parmi les

personnes ayant déclaré avoir joué à un jeu d'argent et de hasard au cours de l'année écoulée, 4,4 % peuvent être classés au regard de l'ICJE comme joueurs à risque modéré et 1,6 % comme des joueurs excessifs. Rapportée à l'ensemble de la population des 18-75 ans, cela représenterait, respectivement, environ 1 million de personnes d'une part et 370 000 d'autre part (source : OFDT).

1.1.1.4 Favoriser l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie.

Lutter contre l'accroissement de la sédentarité, l'inactivité physique et l'ensemble des pathologies chroniques qui y sont associées est un enjeu de santé publique. Il s'agit de promouvoir l'activité physique et sportive, les mobilités actives comme un élément déterminant, à part entière, de santé et de bien-être, pour toutes et tous, tout au long de la vie, mais aussi de développer le recours à l'activité physique adaptée à des fins d'appui thérapeutique, ainsi qu'à mieux protéger la santé des sportifs et renforcer la sécurité des pratiques.

Cible :

- augmenter l'activité physique dans la population adulte de sorte que 80% de la population adulte atteigne un niveau d'activité physique au moins modéré (au moins 30 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée à élevée au moins 5 fois par semaine ou au moins 3 jours avec une activité physique intense d'au moins 25 minutes par jour) – PNNS 4.
- D'ici 5 ans, diminuer la sédentarité dans la population de façon à réduire de 20% le nombre d'adultes passant plus de trois heures par jour devant un écran en dehors de leur activité professionnelle (PNNS 4).

1.1.1.5 Diminuer l'incidence de l'obésité en agissant prioritairement chez les enfants et les personnes les plus vulnérables

La nutrition est un déterminant majeur de santé, et intègre dans une perspective de santé publique, l'alimentation et l'activité physique. Une nutrition satisfaisante à tous les âges de la vie contribue à la préservation d'un bon état de santé. À l'inverse, une nutrition inadaptée est un facteur de risque des principales maladies chroniques dont souffre la population française en ce début de XXI^e siècle : obésité, maladies cardiovasculaires, cancers, diabète de type 2 ou dénutrition.

Les inégalités sociales en matière de surpoids s'inscrivent dès le plus jeune âge et l'obésité est un marqueur de ces inégalités. Il existe en effet une prévalence plus élevée et un accroissement plus rapide pour les groupes sociaux les moins favorisés. Ainsi, deux fois plus d'enfants d'ouvriers que d'enfants de cadres se retrouvent en surpoids en grande section de maternelle. Ces inégalités sociales se doublent d'inégalités territoriales avec des situations particulièrement préoccupantes dans les territoires ultra marins, en particulier en Martinique et en Guadeloupe.

Environ un Français sur deux est aujourd'hui en surpoids. Parmi ceux-ci, un sur six souffre d'obésité. De nouveaux enjeux pour transformer les systèmes alimentaires pour une alimentation saine et durable nécessitent donc de renforcer les politiques publiques portant notamment sur l'amélioration de l'environnement nutritionnel (alimentation et activité physique), mais aussi d'assurer la sécurité alimentaire : une urgence pour lutter contre les inégalités sociales de santé en nutrition dans un contexte de crise climatique et économique, et enfin d'établir une convergence entre les différentes dimensions de l'alimentation dans une perspective durable.

Cibles : d'ici 2030,

- Diminuer de 30% la prévalence du surpoids, dont l'obésité, chez les enfants et les adolescents (dont la tendance était à la stabilisation au cours des dernières années) ;
- Diminuer de 20% la prévalence du surpoids, dont l'obésité, chez les enfants et les adolescents issus de familles défavorisées (dont la tendance était en augmentation)

1.1.1.6 Lutter contre la précarité alimentaire

Sept à huit millions de personnes en France sont en situation d'insécurité alimentaire et près de quatre millions inscrites à l'aide alimentaire. Or l'obésité, l'hypertension, le diabète et l'anémie sont particulièrement élevés chez les usagers de l'aide alimentaire (par rapport à la population générale). Il est donc nécessaire de faciliter l'accès à une alimentation favorable à la santé pour les personnes précaires, en prenant en compte les impératifs de durabilité des modes de production et de consommation. La lutte contre la précarité alimentaire doit évoluer vers une aide alimentaire soucieuse de l'autonomie des personnes et de leur santé, de l'environnement et de la qualité de l'alimentation.

Cible :

- D'ici 5 ans, faire progresser de plus de 30 % la part de fruits et légumes dans l'offre de l'aide alimentaire

1.1.1.7 Renforcer la santé sexuelle, en particulier chez les populations vulnérables

La santé sexuelle s'inscrit dans une démarche globale, dont les principes sont de promouvoir les résultats positifs de la sexualité, tel que l'autonomie, le bien être, l'épanouissement, la promotion et la protection des droits de l'homme, et ce tout au long de la vie.

Les indicateurs globaux de la santé sexuelle de la population française sont satisfaisants par rapport à de nombreux pays. Sur le plan de leur autonomie (avoir la capacité de concevoir des enfants et la liberté de décider d'en concevoir), parmi les femmes concernées par la contraception de 15 à 49 ans, 92 % déclarent utiliser un moyen de contraception pour éviter une grossesse. De plus, la majorité des élèves de collège et de lycée peuvent être considérés comme protégés contre les grossesses au dernier rapport sexuel (87,6% déclarant un usage de préservatif et/ou de pilule). Enfin, 88% des femmes comme des hommes ont jugé « très bonne » ou « satisfaisante » leur vie sexuelle.

Cependant, de nombreux indicateurs liés à la santé sexuelle restent peu satisfaisants, que ce soit en termes d'éducation à la sexualité, du nombre de grossesses non prévues ou de la recrudescence des IST en particulier chez les jeunes. Pour ce faire, les politiques en matière de santé sexuelle doivent viser à atteindre les cibles ci-dessous.

Cibles :

- D'ici 2030, 100 % des jeunes ont reçu une éducation à la sexualité et aux risques liés (IST, grossesses non prévues) au cours de leur cursus en primaire et secondaire
- D'ici 2030, réduire d'un tiers l'indice de grossesses non désirées / non prévues chez les femmes

- D'ici 2030, objectif « 95-95-95 » pour le VIH chez les populations vulnérables (c'est-à-dire que 95% des personnes atteintes de VIH connaissent leur statut, que 95% des personnes connaissant leur statut soient traitées et que 95% des personnes traitées avec des antirétroviraux aient une charge virale supprimée).

1.1.1.8 Lutter contre les stéréotypes et discriminations en santé

Égalité et non-discrimination dans l'accès à la prévention, aux soins et à la santé exigent de mieux tenir compte du sexe et du genre. L'expression des symptômes, le rapport au corps, le recours à l'offre de santé sont en effet souvent influencés par les rapports sociaux de genre ou encore la persistance d'idées reçues. Cette dimension genrée doit être intégrée pour mieux prévenir et soigner.

Les spécificités, les particularités biologiques ainsi que les pathologies propres à chaque sexe nécessitent d'être prises en compte dans le cadre des recherches cliniques, et faire l'objet d'un repérage et d'une prise en charge médicale spécifique et adaptée. De plus, le fait que les femmes soient les principales victimes de violences conjugales ou encore de violences sexistes et sexuelles exige de répondre à la hauteur de leurs besoins. Il importe également de prendre en considération d'autres facteurs de risque sanitaire menaçant la santé des femmes, tels que le poids de leurs responsabilités dans les tâches domestiques et familiales, leur situation de monoparentalité ou leur qualité de proches aidants *(60% des aidants sont des femmes, 74% lorsque les soins des personnes aidées deviennent plus contraignants physiquement et psychologiquement)*. Parallèlement, les différences de morbi-mortalité et des comportements à risque à la défaveur des hommes (dans les consommations de tabac et d'alcool, par exemple) doivent être prises en compte pour permettre une réponse plus adaptée.

Enfin, il est également essentiel de former les professionnels et sensibiliser le public en déconstruisant des stéréotypes de genre empêchant repérage et réponse adaptée. A titre d'exemple, l'ostéoporose souvent assimilée à une pathologie féminine est encore trop peu détectée chez les hommes, les signes d'infarctus chez les femmes trop souvent confondus avec ceux d'une crise d'angoisse.

Seules la formation et la sensibilisation permettront de mettre fin aux stéréotypes et discriminations en santé liés à l'âge, appelés « âgisme ». Il est ainsi nécessaire d'éviter les dépistages tardifs et les délais dans les traitements ainsi que l'exclusion des personnes âgées de nombreux protocoles de recherches cliniques, et de combattre le manque d'intérêt des étudiants pour la gériatrie et la gérontologie.

La stigmatisation relative aux troubles psychiques est elle aussi trop souvent marquée. Le manque d'information et le faible niveau de connaissance du public sur ce sujet induisent des comportements stigmatisants, favorisant le retard au diagnostic et à l'accès aux soins, ainsi que l'isolement social des personnes. Il convient de développer des dispositifs de communication adaptés.

En parallèle des diagnostics, formations des professionnels et actions de sensibilisation du public contre les stéréotypes, il est primordial de penser l'accompagnement médical et psychologique des aidants dès l'annonce du diagnostic de l'aidé et tout au long du parcours, en créant un bilan de santé annuel et en garantissant des consultations psychologiques gratuites pour elles.eux.

Commenté [1]: proposition d'ajout

Commenté [2]: Proposition d'ajout

1.1.1.9 Mieux dépister les cancers

Trois programmes de dépistage ont été déployés en France depuis de nombreuses années pour les cancers du sein, du côlon et du rectum, et plus récemment du col de l'utérus. Ils souffrent cependant d'un manque d'adhésion de la population. Or un cancer détecté tôt se guérit mieux : le taux de guérison des cancers détectés à un stade précoce est supérieur à 90 %. Par ailleurs, d'autres localisations, notamment celles de cancers de mauvais pronostic pourraient faire l'objet d'un programme de dépistage organisé, comme le poumon, le mélanome, ou la prostate. Enfin, les programmes actuels ne concernent que le risque standard (« moyen ») et non les risques aggravés, qui génèrent 15 à 20 % des cancers, et dont le suivi n'est généralement pas standardisé en pratique.

Comme y engage aussi le plan européen pour vaincre les cancers, il s'agit donc de dépister demain plus de personnes grâce à un dépistage de précision, en connaissant mieux les personnes à risque élevé, au déploiement effectif de stratégies ajustées au niveau de risque de cancers du sein, du côlon et du rectum, à l'instauration d'un programme de dépistage organisé du cancer du poumon, dès lors que les éléments démontreront une balance bénéfique / risque favorable. Il sera aussi nécessaire de déployer, après évaluation, de nouveaux dépistages et de nouvelles technologies moins invasives, plus facilement acceptables, plus fiables que les tests actuels et de nouvelles modalités d'organisation des dépistages.

Cible : Réaliser un million de dépistages en plus entre 2021 et 2025

1.1.1.10 Mieux prévenir les maladies transmissibles

Bien que moins impactantes que les maladies non-transmissibles, les maladies transmissibles, en particulier les maladies infectieuses, reviennent en force, comme l'a démontré la pandémie du Covid-19 qui a touché et déstabilisé le monde entier. Des facteurs environnementaux jouent aussi comme l'illustre le concept d'« une seule santé ». L'augmentation des maladies provoquées par des animaux (appelées zoonoses) appelle une vigilance accrue pour le risque infectieux et la reprise des bonnes pratiques en santé humaine, animale et environnementale.

Une nouvelle dynamique de déploiement à grande échelle des politiques de vaccination doit globalement être déployée, comme la vaccination des jeunes en classe de 5ème contre le virus HPV lancée en 2023.

Cibles :

- D'ici 2030, 80% de couverture vaccinale anti-HPV chez les filles
- D'ici 2030, 75% de couverture vaccinale anti-grippe chez les personnes âgées de plus de 65 ans
- D'ici 5 ans, 95% de CV ROR deux doses dans la population

1.1.2 Améliorer la santé mentale, en particulier chez les jeunes

Il n'y a pas de santé sans bien-être mental, et il est primordial de promouvoir une santé mentale positive, qui encourage la résilience des personnes, favorise les environnements nécessaires au bien-être, et prend en compte les nombreux déterminants l'influençant.

Changement climatique, crise sanitaire, tensions économiques, pression compétitive, addictions, surconsommation d'écrans et troubles du sommeil... Nombreux sont les sujets qui peuvent affecter la santé mentale, en particulier chez les personnes plus vulnérables et fragiles. La crise du Covid-19 a eu un impact psychologique important, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes, avec des syndromes dépressifs atteignant 22% des 15-24 ans à la fin du premier confinement et des hospitalisations associées à une lésion auto-infligée en forte augmentation en 2021 chez les filles et les femmes âgées de 10 à 19 ans, à des niveaux sans précédents.

Globalement, les indicateurs liés à la santé mentale de la population sont préoccupants fin 2022: 17% des Français montrent des signes d'un état dépressif et 24% d'un état anxieux, soit respectivement 7 et 11 points de plus qu'hors épidémie, et plus des deux tiers (69%) déclarent des problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours (+19 points par rapport au niveau hors épidémie). En 2023, quel que soit l'indicateur considéré, les profils de la population les plus en difficulté (pour les 4 indicateurs : états anxieux, états dépressifs, problèmes de sommeil, pensées suicidaires) étaient les 18-24 ans (surtout les femmes), les personnes ayant une situation financière difficile ainsi que celles déclarant des antécédents de troubles psychologiques.

Face à la montée des phénomènes d'anxiété, de dépression, ou tout simplement d'un mal-être qui s'installe notamment chez les jeunes, il est urgent de préserver au mieux la santé mentale à tous les âges de la vie et dans tous les milieux et de promouvoir les facteurs protecteurs individuels et collectifs. Les dernières tendances épidémiologiques incitent dans ce domaine à prioriser l'action auprès des jeunes, des personnes plus âgées et des personnes en situation de handicap ou d'exclusion sociale.

1.1.2.1 Améliorer le bien-être et renforcer les compétences psychosociales de la population, en particulier chez les jeunes

Pour l'OMS, les compétences psychosociales (sociales, émotionnelles et cognitives) sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. Elles sont des compétences de vie (« *life skills* »), utiles au quotidien pour chacun, qui contribuent à favoriser le bien-être mental, physique et social, et à prévenir une large gamme de comportements et d'attitudes aux incidences négatives sur la santé et sur l'éducation.

C'est l'aptitude d'une personne à adopter un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Renforcer ces compétences est ainsi essentiel à l'amélioration de la santé mentale de la population, mais elles permettent également d'adopter des comportements favorables en matière de santé sexuelle, conduites addictives, réussite scolaire... Les interventions pour les renforcer peuvent être mises en place dans tous les milieux de vie (petite enfance, école, études supérieures, éducation, travail, etc.).

Mais la promotion d'environnements ou de conditions de vie favorables à la santé mentale est tout autant essentielle au bien-être mental que les ressources psychiques et les comportements individuels. Le contexte social et économique, l'environnement socioculturel et politique, sont également des déterminants importants. La discrimination, les inégalités, la stigmatisation, sont aussi préjudiciables au bien-être mental : une meilleure littéracie en santé mentale contribue à les faire diminuer.

Cibles :

- D'ici 2030 ans, au moins 40% des enfants de 3 à 12 ans ont bénéficié d'interventions pluriannuelles de développement des compétences psychosociales
- Former 300 000 secouristes en santé mentale d'ici 2030

1.1.2.2 Favoriser des environnements favorables à la santé mentale

Promouvoir un sommeil de qualité et prévenir ses troubles

Le sommeil est un déterminant de santé essentiel à la santé mentale et physique. La perte de sommeil affecte le fonctionnement cérébral et peut entraîner des symptômes psychiatriques, des atteintes cognitives et immunitaires ainsi que des maladies aiguës ou chroniques. Or, fin 2022, plus des deux tiers (69%) des Français déclarent des problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours (+19 points par rapport au niveau hors épidémie). La sensibilité au manque de sommeil est très marquée chez l'enfant, dont les besoins de sommeil sont plus importants que chez l'adulte. Or, selon l'enquête INSV/MGEN 2022, les temps de sommeil recommandés en fonction de l'âge des enfants ne sont pas respectés. 76% des enfants de 6 mois à 3 ans dorment moins de 11 heures en semaine ; 36% des 3-6 ans moins de 10 heures et 11% des 6-10 ans dorment moins de 9 heures. Il est donc primordial de promouvoir l'importance pour la santé d'un sommeil de qualité et de prévenir ses troubles.

Cibles :

- D'ici 2030, diminuer de 20 points la part de la population ayant des problèmes de sommeil (retour au niveau de 2019, pré-épidémie COVID)
- D'ici 2030, augmenter de 10 points le respect des temps de sommeil recommandés par classe d'âge

Promouvoir un usage raisonné des écrans, notamment par les enfants et les jeunes

Limiter le temps passé devant les écrans apparaît une évidence pour réduire certaines conséquences physiques, physiologiques et psychologiques de la surexposition aux écrans, notamment chez les enfants et les jeunes, telles que la diminution de l'activité physique, une exposition précoce aux contenus violents et à caractère pornographique et, lorsqu'ils sont mal utilisés, l'émergence de troubles relationnels. Les travaux scientifiques mettent en évidence que ce n'est pas l'écran en soi qui est délétère, mais son usage. Il s'agit donc de former, éduquer et encadrer les usages des écrans.

Cible :

- D'ici 2030, 100% des parents et encadrants connaissent les principales recommandations du Haut Conseil de la Santé publique concernant l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans.

1.1.2.3 Améliorer le repérage précoce des signes de souffrance psychique

La santé mentale est une priorité au vu de l'augmentation du nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires, gestes suicidaires et troubles de l'humeur surtout chez les enfants et les jeunes par rapport à la période pré-Covid-19. Les passages aux urgences pour gestes suicidaires de février 2021 à mai 2022 sont en nette augmentation pour les 11-24 ans par rapport aux années

2019 et 2020. Par ailleurs, le taux de suicide des personnes âgées est aussi élevé.

Afin d'agir précocement, et de réduire le nombre d'épisodes dépressifs caractérisés et les conduites suicidaires, il s'avère nécessaire de sensibiliser la population et former davantage de professionnels au repérage précoce.

Cibles :

- D'ici 2030, diminuer d'au moins 2,3 points le taux de décès par suicide (actuellement de 13,1 pour 100 000 habitants) pour atteindre la moyenne européenne de 10,8 pour 100 000
- D'ici 2030, diminuer d'au moins 10% le nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide dans chaque région, soit un total national de moins de 80 000 hospitalisations par an².

1.1.3 Bien vieillir

Notre pays est confronté à une urgence démographique liée au vieillissement de la population, qui va changer le visage de notre société. En 2030, un tiers de la population française sera âgé de plus de 60 ans, contre un quart en 2015, et les plus de 65 ans seront alors plus nombreux que les moins de 15 ans.

L'accélération du vieillissement de notre population et ses conséquences prévisibles seront des éléments très structurants des politiques publiques dans les 10 prochaines années au moins. Il faut anticiper ces conséquences pour permettre à chacun de rester le plus longtemps possible chez soi en bonne santé et de bien vivre avec sa ou ses maladies le cas échéant.

Cette problématique est par ailleurs amplifiée pour les personnes ayant vécu dans la rue, qui connaissent un vieillissement prématuré en raison de la dureté des conditions de vie et de pathologies diverses non soignées. En outre, les personnes âgées occuperont une place croissante parmi les personnes précaires. Les solutions classiques de suivi et d'accompagnement du secteur social doivent être adaptées pour garantir la prise en charge de la dépendance de ces personnes.

Pour construire une politique du Bien vieillir, il est par ailleurs primordial de penser l'accompagnement des aidants de proches devenus dépendants en raison de leur grand âge. En mars 2023, l'Institut des Politiques Publiques dévoilait ses projections sur le nombre de personnes âgées et d'aidants potentiels : l'une de leurs conclusions est que la ressource pourrait venir à manquer dès les années 2030. Les personnes âgées des prochaines décennies pourront compter sur un moins grand nombre de proches pour les aider. Il est donc primordial que des solutions contre l'épuisement physique et psychologique des aidants actuels et futurs soient proposées.

Commenté [3]: Proposition d'ajout

1.1.3.1 Promouvoir la santé et prévenir la perte d'autonomie

Les « 75-84 ans » constituent une population qui se caractérise par l'apparition des premières fragilités, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, fragilités qui à ce stade permettent tout de même souvent de vivre de façon autonome, alors même que les « 85 ans et plus » sont évidemment davantage confrontés à des situations de perte d'autonomie. Or, jusqu'en 2030, les

² Sources : CépiDc 2020, Eurostat 2021/EU 27, 4e rapport ONS de juin 2020

« 75-84 ans » vont voir leur nombre croître significativement (de l'ordre de six millions en 2030, soit deux millions de plus qu'en 2020). Il s'agit donc de détecter le plus précocement possible les fragilités qui, prises en charge à temps, peuvent être réversibles.

Ce défi est d'autant plus urgent à relever que la France, si elle compte un niveau d'espérance de vie parmi les plus élevés du monde, obtient de moins bons résultats en matière d'espérance de vie en bonne santé : selon les experts, la France dénombre 1,5 million de sujets atteints d'une dépendance lourde dont la moitié serait évitable.

La prévention passe par l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé à travers des leviers clés comme l'activité physique et sportive ou encore les activités de groupe permettant le maintien du lien social, qu'il convient de promouvoir et de développer.

Un véritable parcours de prévention peut être mis en place en s'appuyant notamment sur des rendez-vous prévention aux âges clé de la vie (notamment entre 45 et 50 ans, 60 et 65 ans, 70 et 75 ans) ou la mise en place du programme ICOPE (soins intégrés pour personnes âgées) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Celui-ci permet le repérage et la prise en charge précoce des fragilités liées à l'avancée en âge en évaluant les six capacités fonctionnelles (audition, vision, nutrition, cognition, locomotion, santé mentale) notamment par le biais d'un test que chacun peut réaliser en quelques minutes. La réponse structurée aux fragilités ainsi repérées est un enjeu crucial.

Notons par ailleurs que les personnes âgées de plus de 75 ans sont très souvent accompagnées par des personnes du même âge : leurs conjoints ou frères et sœurs par exemple. Or, 59% des aidants de plus de 75 ans sont seuls aidants (CREDOC 1 Assurance Retraite, "Enquête - Retraité et proche aidant" 2020). L'épuisement physique et moral à cet âge constitue un risque sanitaire à prendre en compte également.

Commenté [4]: Proposition d'ajout

Cibles

- D'ici un an, déployer la mise en œuvre des rendez-vous prévention sur l'ensemble du territoire
- D'ici 3 ans, généraliser le programme de dépistage et de prévention de la perte d'autonomie selon la démarche ICOPE de l'OMS sur l'ensemble du territoire

1.1.3.2 Adapter la société pour bien vieillir chez soi et dans la Cité

La décennie à venir sera celle de l'adaptation de la société au vieillissement pour parvenir à une société inclusive, bienveillante et favorisant l'autonomie.

La politique d'adaptation de la société au vieillissement se traduit par l'adaptation des territoires (espaces publics praticables et conviviaux, mobilier urbain répondant aux capacités et fragilités de chacun, évolution des transports) mais aussi par l'adaptation du logement et du cadre de vie en poursuivant le soutien au développement de formes d'habitat inclusifs. Cette politique joue un rôle clé et pluriel puisqu'elle est :

- Un levier de la prévention de la perte d'autonomie notamment le risque de chute, première cause de mortalité des plus de 65 ans avec 2 millions de chutes chaque année et des conséquences potentiellement graves (130 000 hospitalisations et 10 000 décès par an) ;

- Un facteur de la consolidation du vivre ensemble et d'intégration de tous les citoyens dans la cité quels que soient leur âge et leurs capacités. A ce titre, elle repose sur l'affirmation de la citoyenneté des personnes âgées par la prise en compte de leur parole et par leur participation à la société au travers de leurs engagements divers, des activités et projets sociaux, économiques, culturels. Elle permet ainsi de lutter contre l'âgisme en changeant le regard en changeant le regard sur les citoyens âgés ;
- Un vecteur de liens sociaux notamment entre différentes générations. Dès lors, implique le repérage et la lutte contre l'isolement social. Cet isolement touche plus particulièrement les personnes en situation de précarité puisque deux tiers des bénéficiaires de l'ASPA (minimum vieillesse) vivent seuls et 17% d'entre eux déclarent ne pas avoir d'amis.

Caractérisée par la transversalité de ses sujets, cette politique implique une coordination entre l'ensemble des parties prenantes : collectivités territoriales, caisses de retraite et de complémentaire, services de l'Etat, tissus associatifs et citoyens, professionnels de terrain et de proximité.

Une attention particulière doit être apportée aux personnes âgées qui n'ont pas suffisamment de moyens ou qui n'ont pas la chance de pouvoir être accompagnées dans leurs démarches et se trouvent ainsi dans des situations doublement difficiles pour adapter leur logement, accéder aux services ou, tout simplement, être protégées. Il convient alors de poursuivre les efforts pour améliorer l'accessibilité de ces personnes à leurs droits et aux aides dont ils peuvent bénéficier.

Cible :

- D'ici 2024, réduire de 20 % le nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes de plus de 65 ans (soit – 27 000 séjours hospitaliers et – 2 000 décès pour chute)

1.1.4 Aller vers les personnes les plus éloignées du système de santé, notamment grâce à la médiation en santé

Certains citoyens ne sont pas en mesure d'accéder aux soins et à la prévention du fait de nombreux obstacles, qui peuvent être d'ordre physique (éloignement, impotence), culturel (méconnaissance, crainte de la stigmatisation), économique (pauvreté, absence de droits maladie), linguistique, psychologique/psychiatrique (minimisation ou déni des signes d'appels), déterminants qui ont tendance à s'aggraver en renforçant l'éloignement des personnes au regard du soin. A ces facteurs s'ajoutent des obstacles consubstantiels au système de santé (illisibilité, délais d'accès, zones blanches...). En résulte donc une diversité de publics potentiellement concernés vers lesquelles des démarches d'aller-vers, ramener-vers et d'accompagnement sont nécessaires pour leur permettre d'accéder à la prévention et aux soins et d'éviter les retards de prise en charge.

L'aller-vers consiste à aller à leur rencontre au sein de leurs lieux de vie, avec un enjeu de repérage de ces personnes souvent « hors des radars », sans attendre qu'ils expriment une demande d'aide, mais sans s'imposer et sans juger, et en respectant les désirs et le libre-arbitre des personnes. Il permet d'intervenir rapidement et plus en amont, avant que les difficultés ne soient installées, dans un objectif de repérage, de prévention, de premiers soins et d'orientation des personnes.

Dans le champ de la santé, l'aller-vers a été mis en œuvre pour la première fois à grande échelle par les ARS et l'Assurance-maladie en association avec les collectivités locales et les associations,

dans le cadre du dépistage et de la vaccination contre le Covid 19. Le Ségur de la santé a permis de pérenniser et d'amplifier ces démarches avec la création (équipes mobiles santé précarité), la généralisation (équipes spécialisées en soins infirmiers précarité) et le renfort de nombreuses équipes mobiles (équipes mobiles psychiatrie précarité) et versant « hors les murs » de structures médico-sociales (lits halte soins santé mobile, appartements de coordination thérapeutique « hors les murs »).

L'enjeu est de simplifier les nombreux dispositifs qui ont vu le jour, de finaliser le maillage du territoire à la hauteur des besoins en santé, de renforcer l'aller vers en matière de prévention et de structurer leur action. Il importe ainsi dans les prochaines années de créer une véritable offre d'aller-vers en prévention, de poursuivre et consolider le développement quantitatif de cette offre, sous l'égide des ARS et de l'Assurance-maladie. Il s'agit aussi d'améliorer la coordination de ces dispositifs par le renforcement des liens entre les acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social et de rendre plus visibles ces dispositifs pour les professionnels, ainsi que de fluidifier les parcours.

Si la crise sanitaire a montré l'importance et la pertinence de l'aller vers dans une stratégie globale de prévention, elle a également révélé celles de la médiation en santé, notamment au travers des équipes de médiateurs de lutte anti-covid.

La médiation en santé a une double vocation : d'une part, faciliter l'accès aux droits, à la prévention, aux soins de publics vulnérables, en retissant le lien avec les personnes et en les accompagnant dans leurs démarches et consultations, et, d'autre part, sensibiliser les acteurs du système de santé aux obstacles du public à son accès. Ainsi, elle est un levier incontournable de l'aller vers, du ramener-vers et de l'accompagnement, avec un positionnement original à l'interface entre les individus et le système de santé.

Pour favoriser le développement de ces pratiques, il est nécessaire dans les prochaines années de mieux reconnaître ce métier et de valoriser les pratiques de médiation comme levier de réduction des inégalités de santé et sociales. L'accompagnement est en effet indispensable pour éviter les ruptures de parcours, une fois les personnes détectées, au risque sinon de perdre tout le bénéfice des actions d'aller-vers. Cela implique de financer du temps d'accompagnement et de faciliter la coordination des secteurs du champ sanitaire, social, de l'hébergement et de l'insertion.

1.1.5 Favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap, notamment l'inclusion en matière de santé

Le nombre de personnes en situation de handicap peut être estimé de 10 à 12 millions en France, soit environ un Français sur six. L'inclusion de ces personnes dans la société revêt un caractère essentiel afin de garantir l'effectivité de leurs droits fondamentaux et notamment celui de l'accès à la santé.

Actuellement, le taux de repérage des situations de handicap est inférieur aux taux de prévalence estimés. Les actions de repérage et de diagnostic doivent être confortées pour permettre des interventions plus précoces et limiter ainsi la perte de chance. C'est tout l'enjeu du déploiement du service de repérage et d'accompagnement précoce pour les enfants de 0-6 ans. Annoncé lors de la conférence nationale du handicap du 26 avril 2023, il sera constitué à partir des structures existantes.

L'accès aux soins et plus globalement à la santé doit être renforcé par l'amélioration de l'information (littératie), l'accès à l'activité physique et sportive, le développement de l'aller-vers notamment pour lutter contre l'absence de médecin traitant, le renforcement de l'offre de soins dédiés ou encore le développement des dispositifs régionaux de prévention et de promotion de la santé.

Plus globalement, il s'agit de renforcer l'accompagnement des personnes vers le milieu ordinaire et favoriser un environnement inclusif à toutes les étapes du parcours de vie, de l'école au milieu professionnel, à la mise en accessibilité (transports, bâti, numérique) qui doit être poursuivie.

Cibles :

- D'ici 2025, organisation d'un service de repérage et de l'accompagnement précoce pour les enfants de 0 à 6 ans
- D'ici 2027, mieux accompagner les personnes dans l'accès et dans l'usage des aides techniques

1.1.6 Repérer et protéger les femmes victimes de violences sexistes et sexuelles

Statistiquement, la majorité des victimes de violence sexistes et sexuelles sont des femmes. Ces violences physiques, psychologiques, économiques, administratives ou verbales peuvent être exercées ponctuellement ou sur des périodes très longues. Elles affectent profondément et durablement la santé physique, mentale, sexuelle, reproductive et génésique des femmes.

L'exposition à ces formes de violence augmente le risque de développer divers troubles et pathologies dont :

- Les traumatismes physiques aigus ou immédiats ;
- Des troubles d'ordre psychique (dépressions, stress post-traumatique, troubles anxieux, du sommeil, de l'alimentation et tentatives de suicide), ainsi que des comportements à risque (augmentation du tabagisme, consommation de substances psychoactives et comportements sexuels à risque) ;
- Des conséquences sur la santé sexuelle, reproductive (troubles de la sphère gynécologique, symptômes génito-urinaires, saignements gynécologiques ou infections sexuellement transmissibles), maternelle et périnatale des femmes (risque accru de fausse couche, de naissance d'un enfant mort-né, d'accouchement prématuré et d'insuffisance pondérale de l'enfant à la naissance).

Ces violences se distinguent par leur ampleur, leur charge traumatique mais aussi par le poids des représentations sociales dominantes qui s'exercent sur les victimes et qui peuvent conduire à leur isolement. Dans les cas de violences au sein du couple, les conséquences sont encore aggravées et diversifiées par la proximité avec l'agresseur, la combinaison de plusieurs formes de violences et leur installation dans la durée.

Il conviendra en particulier de prendre en compte la prévalence des femmes en situation de handicap parmi les victimes de maltraitements et de violences et des difficultés de repérage compte tenu de l'impact du psycho-trauma sur leur handicap.

Grâce à l'identification des facteurs de risque et des symptômes cliniques associés à ces formes de violences, il s'agira de mieux protéger, prendre en charge et renforcer encore l'accompagnement des femmes afin de préserver ou restaurer leur santé, notamment en

développant les dispositifs d' « aller vers » et en garantissant sur l'ensemble du territoire une prise en charge globale dans des unités spécialisées.

Cible :

À horizon 2027, voir doté chaque département d'une structure médico-sociale de prise en charge globale des femmes victimes de tous types de violences, adossée à un centre hospitalier, et y généraliser le recueil de plainte (espace sécurisé de recueil de leur parole, accompagnement psychologique et juridique, information et orientation)

1.1.7 Protéger les plus vulnérables contre les maltraitances

La maltraitance vise toute personne en situation de vulnérabilité. Il y a maltraitance quand un geste, une parole, une action ou un défaut d'action porte atteinte notamment à la santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les maltraitances commises envers des personnes vulnérables sont des phénomènes complexes à appréhender en raison de leur diversité (maltraitances physiques, sexuelles, psychiques, financières, etc.), de leurs lieux de survenance, à domicile ou en institution, des auteurs et responsables ainsi que des mécanismes à l'œuvre, violences ou négligences.

70 % des Français sont inquiets pour eux ou leur proche au sujet du risque de maltraitance, soit le second risque le plus élevé après la maladie grave, et quatre Français sur dix disent craindre d'être personnellement concernés un jour par la maltraitance.

Il faudra, dans les prochaines années, développer une véritable stratégie pour prévenir, alerter et traiter les risques et situations de maltraitance. Des outils permettant la formation des professionnels seront ainsi diffusés à tous les réseaux de formation professionnelle puis tous les outils d'information et de prévention déjà disponibles pour les publics mineurs ou pour les femmes seront adaptés aux publics adultes en situation de vulnérabilité (avancée en âge, handicap, précarité, maladie chronique).

D'ici à 2030, les réponses aux maltraitances envers les adultes vulnérables feront l'objet d'une véritable politique territoriale coordonnée, portée par une animation dans chaque agence régionale de santé, et permettant un suivi à la fois quantitatif et qualitatif des réponses, en dialogue avec les instances de démocratie sanitaire et médico-sociale du territoire.

1.2 Répondre aux besoins de santé de chacun, sur tout le territoire, avec une offre sanitaire et médico-sociale adaptée

Si deux tiers des Français font confiance à leur système de santé, et 8 personnes sur 10 apprécient la qualité des soins prodigués, moins de la moitié considère l'accès aux soins performant. Les données viennent corroborer cette perception : l'accès au médecin généraliste notamment se dégrade progressivement (à 3,4 consultations par an et par habitant en 2021, contre 3,5 en 2019 et 3,7 en 2016).

Cette situation touche en outre davantage les personnes les moins aisées, engendrant de fortes inégalités : les 10 % de la population les plus défavorisés ont accès en moyenne à près de quatre fois moins de consultations par an (1,5) que les 10% de la population les plus favorisés (5,7).

Pour les patients et les usagers, il s'agit d'assurer l'accès à des soins de qualité répondant à leurs besoins sur l'ensemble du territoire tout en préservant la continuité et la fluidité des parcours de soins qui conditionnent la qualité de vie et les résultats des traitements eux-mêmes. Avec le vieillissement de la population dont les pathologies chroniques, les polyopathologies et la perte d'autonomie entraînent un taux de recours à l'hospitalisation accru, les phases de transition ville-hôpital vont se multiplier. Dans ce contexte, il s'agit de relever les défis de l'intégration et du décloisonnement des prises en charge au plus près du lieu de vie des patients dans un environnement sécurisé. Il s'agit aussi de répondre à l'augmentation d'activité et de diminuer les délais de prise en charge.

1.2.1 Assurer un égal accès aux soins à chacun

1.2.1.1 Permettre à tous les Français d'avoir un médecin traitant

En 2023, 10% de la population en France, soit 6 millions de personnes, n'a pas de médecin traitant, pourtant le premier interlocuteur de chacun pour sa santé : c'est lui qui assure le premier recours, s'assure du suivi médical, oriente et met en relation avec d'autres professionnels de santé, tient à jour le dossier médical et assure une prévention personnalisée. Au moins la moitié de ces personnes souhaiterait pourtant bénéficier d'un médecin traitant mais n'en trouve pas. Outre l'impact financier, avec un moindre remboursement des soins, les études montrent que l'absence de médecin traitant est corrélée avec une moindre sollicitation du système de soins, donc d'une potentielle perte de chance.

Parmi ces personnes sans médecin traitant, environ 714 000 fin 2022 souffrent d'une affection de longue durée, qui nécessite pourtant un suivi d'autant plus régulier et important que le parcours devient complexe. Vingt pour cent des patients avec une affection de longue durée sans médecin traitant n'ont vu aucun médecin généraliste en ville en 2021 – contre seulement 4 % des patients avec une affection de longue durée qui ont un médecin traitant.

Cette situation ne peut perdurer. Il s'agit dans un tout premier temps de garantir d'ici la fin 2023 à chaque personne atteint d'une affection de longue durée l'accès à un médecin, en 2024 à toutes les personnes de plus de 80 ans, et au-delà à toutes les personnes qui cherchent à se doter d'un médecin traitant.

Cibles :

- Fin 2023, les 714.000 personnes en ALD sans médecin traitant se voient proposer une solution pour être suivies régulièrement.
- Fin 2024, toutes les personnes de plus de 80 ans se voient proposer une solution.
- Fin 2026 toutes les personnes qui souhaitent avoir un médecin traitant se voient proposer une solution.

1.2.1.2 Rendre les soins financièrement plus accessibles pour tous

Le principe du 100% Santé, mis en place à partir de 2019, est destiné à faciliter l'accès aux prothèses dentaires, aux audioprothèses et à l'optique en levant l'obstacle de restes à charge importants. Dans ce cadre, les honoraires sont plafonnés et le prix des équipements pris en charge à 100% grâce à un financement partagé entre l'assurance maladie et les complémentaires santé.

Ce dispositif reste encore insuffisamment connu par le public, en partie du fait de son déploiement pendant la crise sanitaire. Son application est aussi parfois biaisée (non présentation de l'offre 100 % santé, facturation de soins dentaires complémentaires ...). Par ailleurs, le tiers payant intégral qui doit désormais obligatoirement être permis par les complémentaires, est encore inégalement pratiqué selon les domaines.

L'accompagnement de cette réforme devra être poursuivi dans les prochaines années : mieux faire connaître le service rendu, actualiser les paniers de soins pris en charge, notamment pour obtenir une mobilisation plus forte sur l'optique, réfléchir à étendre le 100% Santé à de nouveaux équipements présentant encore des reste à charge élevés (fauteuils roulants, orthodontie...).

Dans le cadre de l'acquisition de prothèses capillaires, des modalités de baisse du reste à charge supportées par les patients atteints d'alopécie, notamment dans le cas de cancers, devront également être mises en place, avec des exigences de qualité des dispositifs revues à la hausse.

Cible : A horizon 2027, le taux de pénétration du 100% santé en soins bucco-dentaires atteindra 55%.

1.2.1.3 Garantir aux personnes les plus précaires une offre de proximité adaptée à leurs besoins, ainsi que la couverture financière de leurs soins

Les populations très défavorisées présentent souvent un état de santé plus dégradé du fait de leur précarité et de leurs difficultés à accéder à l'offre de soins et aux droits sociaux. Les personnes sans domicile ont une mortalité 2 à 5 fois plus élevée que le reste de la population et décèdent en moyenne 15 ans plus tôt. 96% des demandeurs d'asile récemment arrivés en France présentent une morbidité et les deux tiers au moins deux, avec pour seul recours les permanences d'accès aux soins de santé hospitalières. La crise provoquée par le Covid-19 n'a fait qu'amplifier cette situation. C'est pourquoi il importe de développer les dispositifs existants pour couvrir l'ampleur des demandes tout en développant de nouvelles solutions pour répondre à leurs besoins et leurs spécificités.

Ainsi, les dispositifs actuels de prise en charge des personnes en situation de précarité comme les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les lits d'accueil médicalisés (LAM), les lits halte soins santé (LHSS), appartements de coordination thérapeutique (ACT), les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), conservent toute leur pertinence. Le développement de leur versant mobile – qui se poursuit – a permis en outre de s'adapter aux enjeux de repérage, d'aller-vers et ramener-vers que nécessitent les publics qu'ils accompagnent.

L'enjeu est désormais de développer un accès à ces structures ou d'autres solutions plus à proximité des lieux de vie des personnes, pour éviter le renoncement aux soins. Le développement de « PASS de ville », dont une vingtaine existe aujourd'hui principalement en Île-de-France, pourra ainsi être encouragé.

En outre, afin de mêler les pratiques d'aller-vers, de participation des usagers et de prise en compte des personnes dans leur entièreté et parcours, se développent des structures dites « participatives » (ou « communautaires ») dans les quartiers et territoires défavorisés, qui ont fait leurs preuves à l'étranger. Ces centres ou maisons de santé pluriprofessionnelles mettent en place

des espaces de parole, des actions de médiation en santé, proposent des services d'interprétariat et apportent un accompagnement à la fois médical, psychologique et social aux habitants souvent éloignés du soin.

Cible : 60 structures participatives d'ici 2027

En 2021, un tiers des personnes qui aurait droit à la couverture complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite ne la demande pas, et ce taux monte à deux-tiers en ce qui concerne la couverture complémentaire santé solidaire contributive. Les dispositifs d'« aller-vers » permettent de lutter contre ce non-recours aux droits, en allégeant les démarches des assurés, en simplifiant autant que possible le versement des aides à leurs bénéficiaires et en ciblant spécifiquement certains publics éligibles. Ces démarches, entamées grâce à un certain nombre de mesures d'allègements en 2022 (pré-remplissage des ressources des assurés lors de la demande de C2S via l'utilisation du dispositif de ressources mensuelles, attribution automatique de la C2S gratuite pour les allocataires du RSA sauf opposition de leur part, présomption de droit à la C2S contributive pour les allocataires de l'ASPA), ont vocation à s'amplifier dans les prochaines années.

Cible : + 40 000 bénéficiaires par an jusqu'en 2027 (indicateur COG CNAM)

1.2.2 Adapter l'offre de santé aux besoins des territoires

Le patient est pris en charge en fonction de ses besoins, de ses préférences et des spécificités des organisations locales. Le modèle repose sur la gradation des soins, avec un premier niveau de recours en proximité autour du médecin traitant pour le risque fréquent et de faible intensité, un deuxième niveau de prise en charge spécialisée de proximité, en lien avec le médecin traitant, et un troisième niveau pour les risques les plus sévères, relevant de structures très spécialisées.

1.2.2.1 Intégrer systématiquement la prévention dans les parcours de santé

Les enjeux de prévention restent trop souvent encore insuffisamment pris en compte dans le cadre des parcours de santé et des prises en charge sanitaires.

De nombreux patients sont ainsi pris en charge trop tardivement à défaut d'un repérage systématique des facteurs de risque et d'un accompagnement des patients vers des comportements favorables à la santé. De forts enjeux subsistent en matière de formation des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux et en matière de structuration, de lisibilité et d'accessibilité de l'offre de prévention sur les territoires.

Pour identifier les pistes d'amélioration possibles, ainsi que les dispositifs de prévention à généraliser dans les prochaines années, les évaluations de certaines expérimentations dites « article 51 » seront riches en enseignements.

Par ailleurs, le repérage précoce et la réalisation d'actes de prévention à des âges-clés (vaccinations, dépistages, rendez-vous prévention...) ont vocation à être totalement intégrés dans les missions des structures qui organisent les parcours et prennent en charge les patients. C'est ainsi que les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux et les structures d'exercice coordonné ont vocation à jouer pleinement le rôle aussi en matière de prévention.

Par ailleurs, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent décliner les objectifs de prévention du projet régional de santé pour leur population et mettre en place des actions pour les atteindre, et développer des parcours de prévention spécifiques (aller vers en matière de prévention, prévention du risque cardio-vasculaire, de l'obésité, prévention de la fragilité et de la perte d'autonomie...) afin d'améliorer l'offre de service à disposition des professionnels de santé.

Cible :

- D'ici 2027, 100 % des structures d'exercice coordonnées de soins primaire développent une offre structurée en matière de prévention (en particulier sur l'arrêt du tabac et le repérage précoce et l'évaluation de l'altération des capacités fonctionnelles et des risques de fragilité des séniors), en lien avec les objectifs du projet régional de santé.
- D'ici 2025, rendre visible aux professionnels de santé une cartographie de l'offre de prévention primaire accessible aux plus vulnérables

1.2.2.2 Permettre à chacun de trouver une réponse à ses besoins de soins non programmés par une meilleure articulation entre les différents acteurs de la santé

- **Urgences et aide médicale urgente**

La réponse à un besoin médical urgent doit être garantie pour tous, et sur l'ensemble du territoire. Les soins de médecine d'urgence sont organisés en trois temps qui suivent le parcours de prise en charge du patient : l'aide médicale urgente, qui regroupe la régulation médicale assurée par les service d'accès aux soins (SAS) et l'envoi de moyens ; les urgences hospitalières ; l'aval de la prise en charge aux urgences.

Les SAMU, au sein des SAS, assurent la réception de tous les appels d'urgence santé, en s'appuyant sur des organisations et des systèmes d'information évolutifs, Le traitement des appels est assuré notamment avec le concours des Assistants de Régulation Médicale (ARM). Renforcer l'attractivité de ce métier est un enjeu pour accroître le nombre d'ARM au sein des SAS.

Dans l'objectif de renforcer le système d'urgence pré-hospitalière et l'organisation de la régulation médicale, les SAMU doivent pouvoir mobiliser les moyens, médicalisés ou non, correspondant aux besoins des patients, dans un délai compatible avec leur état de santé. Le maillage des Hélicoptères SMUR, par exemple, est organisé dans ce but. Son pilotage national doit être affermi, en étroite collaboration avec les ARS et les établissements de santé. Plus globalement, le maillage des SMUR articulé avec celui des structures des urgences doit permettre l'accès aux soins d'urgence pour l'ensemble de la population, et la préservation des ressources humaines. Le déploiement d'équipages SMUR non médicalisés permettrait également de mobiliser les médecins urgentistes à bon escient.

L'objectif est également de pouvoir solliciter des transports sanitaires urgents (TSU) sécurisés et adaptés à chaque type de prise en charge, notamment pour le transport de personnes à mobilité réduite et pour le transport bariatrique). Par ailleurs, la régulation des appels d'urgence demande une bonne articulation entre les forces de la santé et de l'intérieur, qui fera l'objet d'expérimentations relatives à la mise en place de plateformes communes entre la santé, les pompiers, la police et la gendarmerie.

Un objectif fondamental est de faire diminuer, en amont, le taux de recours aux structures de urgences en orientant les patients qui n'ont pas besoin d'un plateau technique vers des alternatives plus adaptées à leur besoin. Cet objectif porte en particulier sur les structures des urgences accueillant un très grand nombre de patients. L'orientation des patients par le SAS, le développement d'une offre ambulatoire de soins non programmés et l'information des patients sur les alternatives existantes aux services d'urgences y concourent. En parallèle, un second objectif porte sur le maintien d'une offre de proximité notamment à travers l'ouverture d'antennes de médecine d'urgence en équipes communes avec les structures des urgences.

La reconfiguration de l'offre de médecine d'urgence est aussi portée par la réforme du financement dont la logique populationnelle traduit des objectifs d'égalité d'accès pour tous. Le rôle des ARS tant dans l'allocation des ressources que dans le schéma d'organisation des soins est déterminant pour assurer un maillage optimal de la réponse pré-hospitalière aux besoins de soins urgents.

- **Soins non programmés**

Certains soins nécessitent une prise en charge rapide, sous 48h. Mais lorsqu'on n'a pas de médecin traitant ou que celui-ci n'est pas disponible, les usagers du système de santé se sentent souvent démunis. Pour répondre à ce besoin, plusieurs chantiers sont engagés sur les soins non programmés en médecine de ville, en particulier leur organisation par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et leur accès par le service d'accès aux soins (SAS)

En premier lieu, la permanence des soins ambulatoire devra être renforcée, pour assurer à tous, lorsque c'est nécessaire, un accès à un médecin (voire à d'autres professionnels de santé) de garde, la nuit, le week-end, les jours fériés. Le reste du temps, l'offre de soins non programmés devra être rendue plus visible.

Les acteurs de la santé eux-mêmes s'organisent, à travers les CPTS et l'exercice coordonné, mais aussi, pour certains, en se spécialisant dans le soin non programmé. Les structures dédiées au soin non programmé devront néanmoins respecter des exigences de qualité de service et converger vers un modèle-cible national à même de garantir la qualité et l'accessibilité des soins, en bonne articulation avec les autres structures afin de mobiliser au mieux les ressources médicales dans les territoires notamment ceux les plus en tension en termes de démographie médicale.

- **Le nouveau service d'accès aux soins (SAS)**

La complexité du système de santé est parfois difficile à appréhender pour les patients. Par simplicité ou faute d'autres solutions facilement accessibles, les patients sont parfois conduits à se rendre aux urgences sans que leur pathologie le nécessite.

La généralisation et la montée en puissance d'un service d'accès aux soins sont des enjeux fondamentaux pour appuyer la réorganisation de l'accès à une offre de soins non programmés adaptée aux besoins des Français. Dans un contexte de tensions sur le système de santé, l'importance du déploiement du nouveau service d'accès aux soins (SAS) a été réaffirmée à l'été 2022 dans le cadre d'une mission flash pour les urgences et les soins non programmés, puis dans le cadre du conseil national de la refondation en santé.

Avec le SAS, c'est le système qui s'organise pour orienter le patient vers la solution la plus adaptée à la réalité de son besoin de santé. En offrant à la population un service dédié, le SAS contribue à limiter le recours aux urgences lorsque cela n'est pas nécessaire. Il repose sur la complémentarité

entre les soins de ville et l'hôpital et sur une gouvernance équilibrée et de confiance entre les deux acteurs du système de santé. Le SAS permet à chacun d'obtenir, via un simple appel au 15, une réponse immédiate en cas d'urgence et une orientation dans le système de santé quand il est difficile de trouver une solution face à un problème de santé.

Le médecin traitant reste le pivot de la prise en charge des patients, pour le suivi régulier comme pour les soins non programmés. Les communautés territoriales des professionnels de santé apportent également des réponses locales complémentaires, y compris pour aider à retrouver un médecin traitant pour les patients qui en sont dépourvus. Des filières spécialisées peuvent être intégrées de manière complémentaire en psychiatrie, gériatrie, pédiatrie ou en lien avec les centres antipoison. Cette organisation ne se fait naturellement pas au détriment de la prise en charge par le SAMU des appels relevant de l'urgence qui continuent à être traités sans délai et en absolue priorité.

- **Les dispositifs d'appui à la coordination : acteurs de la coordination pour les parcours de santé complexes**

Face à l'augmentation de l'espérance de vie, au risque de perte d'autonomie et au développement croissant des maladies chroniques, la coordination des parcours de santé complexes s'avère de plus en plus nécessaire afin de répondre aux besoins des personnes et de leurs aidants et fluidifier leur parcours. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ont vocation à apporter un appui à la coordination des parcours de santé ressentis comme complexes auprès des professionnels de l'ensemble d'un territoire dans les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, quel que soit l'âge, la pathologie ou la situation de la personne.

Ainsi, les DAC viennent en renfort à la coordination clinique, par la mise en relation des professionnels et la mise en place d'interventions auprès des personnes. La coordination clinique permet de rechercher des réponses fluides, flexibles et ajustées aux besoins. Par ailleurs, les DAC participent à la coordination territoriale qui organise la concertation des acteurs. En 2023 plus d'une centaine de DAC maillent le territoire et il convient donc en 2024 de poursuivre leur structuration en renforçant la visibilité et le service rendu par ces dispositifs dans les territoires.

1.2.2.3 Mieux répondre à la demande de soins psychologiques et psychiatriques

La santé mentale et la psychiatrie font l'objet d'une attention particulière ces dernières années, suite à la crise sanitaire et au vu des constats d'une dégradation de l'offre et d'une augmentation de la demande de soins psychologiques et psychiatriques. Plusieurs enjeux se posent à court, moyen et long terme.

Il y a lieu tout d'abord de poursuivre le renforcement des moyens et la modernisation de l'offre de soins grâce à un soutien aux organisations innovantes. Dans le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, il sera nécessaire de structurer un pilotage national, régional et territorial dédié et d'individualiser un volet dédié aux enfants et adolescents au sein des projets territoriaux de santé mentale afin d'améliorer la cohérence de l'offre de soins et la coordination avec les partenaires non sanitaires. Il faudra aussi renforcer la prévention, la capacité de dépistage par les professionnels au contact des enfants, l'offre d'accueil, d'évaluation et d'orientation des enfants en premier recours, ainsi que renforcer l'offre en psychiatrie et les connaissances en santé mentale des professionnels de santé et de l'enfance.

Par ailleurs, il conviendra dans les années à venir d'améliorer la qualité des prises en charge, d'adosser les projets d'établissement aux recommandations de bonnes pratiques et la lisibilité de l'offre en psychiatrie. Atteindre cet objectif va conduire à structurer, en articulation avec la politique de secteur, les prises en charge spécialisées dans le cadre de la gradation des soins, notamment grâce à une labellisation de centres de recours, ainsi qu'à développer l'accueil de soins non programmés en ambulatoire, par exemple via le renforcement et l'appui à la réorganisation des centres médico-psychologiques, dont ceux de l'enfant et de l'adolescent. Cela nécessitera aussi d'accompagner le développement des soins de réhabilitation psychosociale dans les territoires, dans un objectif de dé-stigmatisation et de réinsertion des patients, de soutenir le développement de la pairaidance bénévole et professionnelle, d'améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques par la mise en place d'équipes pluridisciplinaires de médecine générale et la psychiatrie de liaison.

Il s'agira enfin de renforcer l'articulation entre les établissements de secteur et les établissements non sectorisés, comme le prévoient de nouveaux textes relatifs aux autorisations de soins, et, plus globalement, de développer les liens entre l'ensemble des acteurs du parcours de santé du patient (acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, éducation nationale, justice, travail, logement...).

Les réformes précitées du régime des autorisations et du financement de la psychiatrie et la dynamique des projets territoriaux de santé mentale sont autant de leviers à la main des acteurs locaux pour mener à bien ces transformations.

1.2.2.4 Permettre aux patients d'être pris en charge chez eux dès que cela est possible et souhaitable

L'hospitalisation à domicile (HAD) assure une offre de soin à part entière, capable de mettre en œuvre des soins complexes, continus et coordonnés ainsi que d'agrèger des compétences autour d'un projet thérapeutique complet dans une logique de proximité. Elle constitue une réponse au souhait croissant des Français d'être soignés chez eux. L'enjeu est de développer qualitativement et quantitativement l'hospitalisation à domicile, afin d'améliorer la sécurité et la pertinence des soins par son juste positionnement dans les parcours de santé, en articulation avec les autres acteurs du domicile (SeSSAD, prestataires, libéraux, etc.). Les soins à domicile doivent être plus accessibles pour les patients, dans une approche graduée. Il sera ainsi recherché de rendre accessible les soins spécialisés à domicile sur l'ensemble du territoire.

De même, il conviendra de développer des partenariats entre établissements d'HAD et établissements de santé avec hébergement, ainsi qu'avec les établissements sociaux et médico-sociaux qui pourront par exemple prendre la forme de protocoles d'admission rapide « moins de 48h » en cas de forte tension. Enfin, il faudra renforcer l'intervention de l'hospitalisation à domicile auprès des personnes âgées, vivant avec un handicap ou confrontées à la précarité pour fluidifier leurs parcours, en augmentant les interventions des HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Cibles : d'ici 2033, 100% des HAD associées au GHT de leur territoire, 100% du territoire national couvert par les mentions spécialisées, 100% d'EHPAD couverts par un partenariat avec une HAD

1.2.2.5 Bien prendre en charge la santé des femmes

L'espérance de vie des femmes, supérieure à celle des hommes, conduit parallèlement à ce que les femmes sont aussi davantage isolées lorsque surviennent les incapacités avec un besoin

d'accompagnement et de prise en charge. Les spécificités liées au genre telles que la prévalence de certaines pathologies chez les femmes ou de comportement liés à l'existence de conditions de vie, sociales, économiques et environnementales sont longtemps restées tabou et ignorées. Or, ces situations sont vectrices d'inégalités en matière de santé. Pendant longtemps, la sexualité n'a pas été considérée dans les essais cliniques sur les produits de santé et les actes médicaux au mépris de spécificités biologiques, avec des conséquences sur le traitement des patientes. Les stéréotypes de genre ont également pu conduire à des erreurs de diagnostic et une mauvaise prise en charge des femmes. Certains sujets tabous (menstruations, ménopause, fausses couches, fibromes, etc.) sont longtemps restés hors des radars de l'action publique.

Les difficultés de la démographie des professionnels de santé, auxquelles n'échappent pas les quatre disciplines clés de la prise en charge en périnatalité (médecins gynécologues-obstétriciens, médecins anesthésistes-réanimateurs, pédiatres et sages-femmes), contraignent notre offre de maternités à évoluer et à s'adapter à cette contrainte. L'enjeu est d'accompagner ces évolutions, quand elles ne peuvent être empêchées, en mettant en place au bénéfice des populations concernées des offres et des organisations « alternatives », qui assureront la sécurité et la qualité de leur prise en charge dans le cadre d'une offre graduée. Cela passe par le maintien du suivi des grossesses au niveau local, dans le cadre d'un centre périnatal de proximité rénové prenant la suite de la maternité, et la mise en place d'hébergements à proximité de leur future maternité d'accouchement pour toutes les femmes qui en sont éloignées de plus de 45 minutes, afin de limiter la survenue des accouchements inopinés.

Par ailleurs, il est nécessaire de développer les compétences des sage-femmes en matière d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie instrumentale, pour faciliter l'accès des femmes à l'IVG, en particulier dans les zones où les médecins sont insuffisamment nombreux pour répondre aux demandes.

L'endométriose touche entre 1,5 et 2,5 millions de femmes en âge de procréer soit près d'une femme sur dix. Cependant, la prise en charge du diagnostic au traitement reste encore compliquée aujourd'hui. C'est pourquoi un diagnostic rapide et l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire devront être garantis, notamment par la création de filières régionales de soins dédiées via les ARS pour permettre l'orientation des femmes, le diagnostic, la prise en charge médicale et/ou chirurgicale mais également de leurs douleurs et, si nécessaire, la prise en charge de l'infertilité et le suivi en constituant une offre de soins graduée. Enfin, il faudra former les professionnels, communiquer et informer l'ensemble de la société pour lutter contre la méconnaissance de l'endométriose et, ainsi, réduire le délai de diagnostic pour les femmes atteintes.

Par ailleurs, la plus forte prévalence des dépressions et troubles psychiques attestée chez les femmes justifie une attention particulière, notamment à certains moments clefs : à l'adolescence (troubles des conduites alimentaires et conduites suicidaires chez les jeunes filles) ; avant et après l'accouchement, dans le cadre de l'entretien prénatal précoce, puis de l'entretien post natal précoce en vue de la détection et du suivi de la dépression post partum (stratégie des 1000 premiers jours) ; à la ménopause ; ou encore dans le cadre des violences faites aux femmes.

1.2.2.6 Développer des parcours de soins anticipant les besoins de prise en charge palliative et améliorer l'accompagnement de la fin de vie

La nécessité de renforcer les organisations en charge du déploiement de soins palliatifs dans tous les lieux de vie et de soins, et d'améliorer l'accompagnement de la fin de vie en France est un

constat unanimement partagé. Il s'agit d'un sujet complexe, à la croisée de l'intime et du collectif, pour lequel plusieurs dimensions sont à prendre en compte. Tout d'abord, une dimension humaine en faisant prévaloir l'accompagnement de la personne mais aussi celui des proches, des aidants, de la famille. Ensuite, une dimension médicale et plus largement soignante, avec la nécessité de renforcer l'accès aux soins palliatifs et l'appropriation d'une culture de la fin de vie par les soignants. Enfin, une dimension sociétale qui réinterroge la place de la mort dans notre société pour la réintégrer à l'existence et permettre aux citoyens de mieux l'anticiper.

Préalablement à la mise en œuvre de nouvelles mesures, il apparaît primordial de favoriser l'appropriation des dispositifs existants (ex : directives anticipées, personne de confiance) par les citoyens et par les professionnels en renforçant l'information et la sensibilisation à toutes les étapes de la vie. Il y a ainsi notamment lieu de systématiser, par tout professionnel de santé, quel que soit son lieu d'exercice, l'information sur le dispositif de la personne de confiance.

Pour renforcer l'accès aux soins palliatifs, il importe aussi de mieux les intégrer et de façon plus anticipée, dans les parcours de soins à l'hôpital afin de favoriser une orientation plus précoce des patients en soins palliatifs. Au-delà de l'hôpital, il convient de poursuivre le développement des soins palliatifs à domicile et dans les secteurs médico-social et social, dans une volonté d'accès en proximité, à travers notamment le soutien d'équipes mobiles, la montée en compétences des équipes d'hospitalisation à domicile, le développement des équipes de soins coordonnées au premier niveau de recours aux soins, pour adapter la réponse en fonction des publics et des lieux. Ce renforcement nécessitera par ailleurs la mise en place de nouveaux modes de financement, qui valoriseront le temps de l'accompagnement, ainsi que le développement de la collecte des données issues du terrain qui permettra de mesurer l'adéquation de l'offre aux besoins.

Améliorer l'accompagnement de la fin de vie implique de renforcer la diffusion de la démarche palliative auprès de tous les professionnels du secteur sanitaire et médico-social (en ville et en institutions). La HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques qu'il importe de diffuser et d'accompagner auprès des professionnels de santé, des personnels soignants et non soignants, pour faciliter leur appropriation. La formation, initiale et continue, aux soins palliatifs et la sensibilisation à l'accompagnement de la fin de vie, est un levier puissant et incontournable, qu'il faudra renforcer et généraliser.

Une attention particulière doit se porter aux prises en charge palliatives en pédiatrie.

Accompagner la fin de vie des personnes c'est aussi prendre en compte les besoins des familles, proches, aidants, les soutenir en particulier lorsque les personnes sont soignées à domicile. C'est également leur offrir des solutions de soutien en suites du décès de leur proche.

Enfin, la future loi ouvrant vers l'aide active à mourir sous conditions nécessitera la mise en place de garde-fous et de mécanismes de contrôle : procédure collégiale, système de suivi et de traçabilité du dispositif afin d'assurer la conformité aux procédures.

1.2.3 Garantir aux patients et aux personnes accompagnées la pertinence, la qualité, la sécurité des soins

Si 8 personnes sur 10 considèrent que le système de santé présente un niveau de qualité élevé, il n'en demeure pas moins que la pertinence, la qualité et la sécurité restent un enjeu majeur.

Un soin pertinent est le juste soin, au bon patient, au bon moment, délivré au bon endroit compte tenu des connaissances scientifiques actuelles. La pertinence des soins est un enjeu sanitaire majeur et contribue à la soutenabilité de notre système de santé. Il est estimé qu'environ 20% des dépenses totales de santé seraient gaspillées. Afin d'améliorer la pertinence des soins, il convient d'agir non seulement sur les soins inutiles car réalisés en doublons ou bien inadéquats (mésusage), mais aussi sur la sous-utilisation des soins, qui pourtant bénéfiques pour le patient sont alors non prodigués, ainsi que sur le gaspillage, avec des soins appropriés mais pouvant être dispensés à moindre coût, y compris environnemental.

Si des démarches ont été entreprises en la matière dans la période 2018-2022, la crise sanitaire a pu mettre au deuxième plan cette préoccupation majeure. Il s'agit donc de reprendre ce chantier de l'amélioration de la pertinence dans les prochaines années, par la mobilisation des institutions concernées des professionnels de santé et des patients.

Une réforme des autorisations de soins vient d'être adoptée. Elle a notamment pour but d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge des patients en déterminant un socle minimal de normes de structures et des seuils d'activité lorsque cela est pertinent, en proposant des règles relatives à la prise en charge et au parcours des patients, et en introduisant des dispositions sur la démarche qualité, les registres et des indicateurs de vigilance. Les agences régionales de santé devront, dans le cadre de leur projet régional de santé, mettre pleinement en œuvre cette réforme majeure.

De même, concourt à l'amélioration de la qualité des soins prodigués la certification périodique des professionnels de santé, nouvelle démarche qui se met en place en 2023. Régulière (tous les neuf ans pour les professionnels actifs, tous les six ans pour les futurs professionnels), elle va permettre aux professionnels de maintenir leurs compétences et leurs connaissances en ayant accès à un programme individuel de formation. Durant la période de la stratégie nationale de santé, tous les professionnels auront donc pu bénéficier de la certification périodique.

Enfin, la démarche de généralisation de l'accréditation des médecins et des équipes médicales de spécialité à risque participe à l'amélioration de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des pratiques.

1.2.4 Garantir à chaque personne en situation de handicap un accompagnement souple, modulaire et construit au regard de ses attentes

La poursuite de la transformation de l'offre doit permettre de renforcer, graduer et diversifier les solutions d'accompagnement. Il s'agit de prendre en compte l'évolution des besoins et attentes des personnes en situation de handicap, notamment l'augmentation des personnes handicapées vieillissantes. Ce virage inclusif s'attache à promouvoir l'autodétermination, la pair-aidance et prendre en compte l'ensemble des dimensions telles que la vie intime, affective et sexuelle.

Les établissements et services passent d'une logique de places à une logique de services. Parallèlement, le secteur sanitaire est appelé à étayer les parcours de soins (formation des professionnels, déploiement des référents handicap, renforcement des consultations dédiées, « Handibloc »...).

Au-delà de l'évolution des modes d'accompagnement, la création de nouvelles solutions a également été annoncée dans le cadre de la conférence nationale du handicap du 26 avril 2023 et permettra d'apporter une attention particulière aux territoires les plus en tension tout en renforçant l'offre pour les publics sans solution satisfaisante à ce jour (Île-de-France, Outre-Mer...).

Cibles :

- D'ici 2025, création du fonds territorial d'accessibilité confié aux préfets afin d'accompagner les établissements recevant du public de 5ème catégorie
- D'ici 2030, création de 50 000 solutions nouvelles pour répondre aux besoins des personnes sans solution.

1.2.5 Permettre aux personnes en perte d'autonomie d'être accueillies et prises en charge où elles le souhaitent, à domicile et dans des lieux de vie collectifs modernisés

En 2022, 10% de la population a au moins 75 ans, or l'âge moyen des personnes âgées en perte d'autonomie est de 78 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes. Parmi ces quelque 6,7 millions de personnes, près de deux millions sont modérément à sévèrement dépendantes. D'ici 2030, on estime que 108 000 personnes supplémentaires auraient besoin d'une solution équivalente à un EHPAD.

Il importe de créer les conditions pour permettre à chacun de vieillir chez soi, y compris avec un niveau important de perte d'autonomie et un besoin de soins importants, s'il le souhaite.

Une attention particulière doit être portée à l'accessibilité financière de l'offre d'accompagnement et d'hébergement et, par souci d'équité, les territoires structurellement sous-dotés ou présentant des vulnérabilités particulières doivent bénéficier d'un soutien renforcé.

1.2.5.1 Donner corps au virage domiciliaire et poursuivre les efforts de diversification des solutions d'habitat

Vieillir aussi longtemps qu'on le souhaite à domicile suppose qu'une réponse globale, simple et de proximité puisse être apportée de manière coordonnée à tout moment. Cette réponse doit être également en adéquation avec les besoins de la personne et dans le respect de ses choix.

Les services départementaux de l'autonomie seront dédiés à l'accueil, l'information et l'orientation des personnes âgées, des personnes en situation de handicap mais aussi des proches aidants. Construits à partir des organisations et des spécificités locales, ils viseront à mettre en cohérence les différents acteurs de terrain, bien au-delà des seuls acteurs du secteur médico-social, pour apporter une réponse globale et coordonnée et garantir la continuité du parcours de la personne.

Toujours pour simplifier la vie des personnes âgées et de leurs familles, les services autonomie à domicile transforment les SAAD³, SSIAD⁴ et SPASAD⁵ pour répondre à des enjeux de clarification et de coordination, y compris lorsque le besoin de soutien à l'autonomie ou de soins est important.

³ Services d'aide et d'accompagnement

⁴ Services de soins infirmiers à domicile

⁵ Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

Les centres de ressources territoriaux pour personnes âgées, créés en 2022, doivent permettre une véritable alternative à l'EHPAD, à domicile. Afin de favoriser le maintien au domicile le plus longtemps possible, dans le respect des souhaits des personnes âgées, ils mettent en place et coordonnent un accompagnement renforcé et individualisé au domicile lorsque l'accompagnement déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant. L'enrichissement des missions des structures concernées est également conçu comme un levier pour renforcer l'attractivité des métiers et des parcours professionnels dans le champ du grand âge.

L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) notamment doit être uniformisée sur l'ensemble du territoire français. Encore aujourd'hui, les budgets de conseils départementaux finançant l'APA sont inégaux et contraints : les départements répondent en priorité aux demandes les moins évitables (celles des personnes en établissement et des personnes les plus défavorisées économiquement ou isolées socialement), en laissant de côté les autres personnes âgées.

Commenté [5]: proposition d'ajout

L'effort doit également porter sur la proposition d'alternatives à l'EHPAD, notamment dans une logique intergénérationnelle. Le déploiement de l'habitat intermédiaire doit être poursuivi et diversifié à travers le soutien aux résidences autonomie et à l'habitat inclusif. Ces deux formes d'habitat intermédiaire ont pour objectif de prévenir la perte d'autonomie, de lutter contre l'isolement, et d'apporter une sécurisation renforcée de la vie à domicile. Le déploiement de l'habitat inclusif, permettant aux personnes qui ont fait le choix de vivre ensemble, d'élaborer un projet de vie sociale et partagée, doit être soutenu.

Cibles

- D'ici deux ans, déployer sur l'ensemble des territoires les nouveaux services autonomie à domicile.
- D'ici 2029, financer 27 000 AVP (Aides à la vie partagée) avec un montant moyen de 5 000 euros par personne sur les territoires métropolitains et ultramarins.

1.2.5.2 Transformer l'offre en EHPAD

Face à la transition démographique, il s'agit d'assurer une quantité d'offre médico-sociale en établissement suffisante (se doter d'une trajectoire pluriannuelle a minima à horizon 2030) et de préparer les EHPAD à accompagner un public aux besoins de plus en plus importants. En particulier, la création de nouveaux pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) vise à améliorer la prise en charge spécifique en journée des résidents d'EHPAD atteints de troubles neurodégénératifs. Par ailleurs, la moralisation du secteur (transparence) et la politique de contrôle doivent être poursuivie et intensifiée. Dans le même temps, la multiplication des tiers-lieux en EHPAD doit être encouragée.

Cibles :

- D'ici 2030, créer un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) dans chaque EHPAD
- D'ici 2 ans, contrôler 100% des 7500 EHPAD de France pour améliorer la qualité du service rendu

1.2.5.3 Répondre aux besoins de prise en charge sanitaire des personnes âgées

Le vieillissement de la population est un enjeu majeur pour l'adaptation du système de soins et va accentuer les besoins de prises en charge adaptées aux personnes âgées. En effet, les personnes âgées associent fréquemment des comorbidités et des polyopathologies ayant un impact sur leurs besoins de soins mais aussi sur leur qualité de vie.

L'adaptation du système de santé doit tenir compte du souhait exprimé des personnes âgées de demeurer à leur domicile le plus longtemps possible, de diversifier les lieux d'habitats collectifs, estompant les frontières domicile/établissement et réservant une entrée plus tardive en établissement d'hébergement médicalisé, aux situations les moins autonomes et/ou des besoins de médicalisation accrue.

L'objectif est de fédérer sur chaque territoire des professionnels des soins de ville, du secteur social et médico-social et du secteur hospitalier, articulé avec une gradation des filières de soins, en développant une démarche intégrée d'« aller vers » les personnes âgées à domicile, en EHPAD afin d'apporter une réponse adaptée en terme d'accès aux soins et de prévention, de parcours centrés sur la personne et son entourage/ses aidants, évitant les ruptures de prise en charge notamment induites par les hospitalisations.

Il s'agit d'assurer un accès dans les territoires aux soins de ville pour les personnes âgées en perte d'autonomie, qu'elles habitent chez elles ou en établissement, notamment quand elles ne peuvent pas se déplacer, en développant des protocoles de coopération interprofessionnels et des infirmiers en pratique avancée en soins primaires. Il sera aussi nécessaire de renforcer des parcours adaptés coordonnés sur les territoires par un accès à des expertises dans une démarche « d'aller vers » en collaboration avec les soins de ville et le secteur médico-social, de renforcer la prise en charge gériatrique, de développer la culture gérontologique des professionnels des établissements de santé et de soins primaires et de réduire les passages aux urgences et les hospitalisations des personnes âgées programmées ou non, ainsi que les ruptures de parcours associées.

Cibles : à horizon 2027,

- 100% des filières gériatriques territoriales structurées sur la base d'une nouvelle instruction sur leur organisation
- Couverture de tous les territoires de santé par au moins un parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service MCO sans passer par la structure des urgences en lien avec le SAMU-SAS et les CPTS et les ESMS
- Couverture de tous les territoires par un dispositif de sorties d'hospitalisation des personnes âgées en lien avec les DAC
- 100 % des régions ayant développé des démarches de formation aux gestes d'urgence au sein des EHPAD associant les filières gériatriques et le réseau des urgences
- 100% des territoires couverts par un appui expert hospitalier lisible (équipes mobiles, hotlines, téléexpertise, etc.) accessible au secteur médico-social (ESMS) et à la médecine de ville.

1.2.5.4 Soutenir les aidants

8,8 millions d'adultes et 0,5 million de mineurs sont proches aidants, soit respectivement une personne sur six et un mineur sur vingt. L'enjeu des politiques publiques en faveur des proches

Commenté [6]: Plutôt : 11 millions d'aidants âgés de 18 ans et plus

aidants est multiple : il s'agit à la fois de reconnaître et préserver l'implication des proches aidants tout en limitant les impacts négatifs de cette implication sur leur vie professionnelle et sociale, leur bien-être et leur état de santé. En effet, 75% des aidants déclarent stress et fatigue dus à leur rôle d'aidant (Baromètre "Argent et entraide familiale : où en sont les Français ?" CARAC, 2017) et un aidant sur trois meurt avant la personne aidée.

Commenté [7]: Proposition d'ajout

Les aidant.es sont, encore aujourd'hui, en plus mauvaise santé que les personnes qui n'aident pas. Aider provoque un état d'épuisement réel et de surmenage chez plus de 6 aidants sur 10, soit 62 % (Enquête IPSOS-Macif sur la situation des aidants en 2020 : des aidants en attentes de solutions). Il est par ailleurs observé le développement de maladies chroniques chez beaucoup d'aidants : 48% des aidants en déclarent une (Enquête Handicap Santé "Aidants informels", DRESS, 2008). À la croisée de différentes inégalités, l'épuisement est d'autant plus présent chez les femmes aidantes, globalement plus représentées dans les situations d'aide difficiles (plus d'heures consacrées à l'aide, tâches plus lourdes, proche aidé.e plus dépendant.e...). Ainsi, 60 % des aidants vivant l'aide comme un fardeau « très lourd » sont des femmes. L'état de santé des aidant.es est notamment dû à un manque de prévention quant à leur santé. En amont de cette prévention, il est nécessaire de pouvoir identifier les aidant.es et établir un état des lieux de leur santé

Commenté [8]: Proposition d'ajout

Compte tenu de ces risques accrus et impacts sur la vie des aidants, il s'agit donc de pouvoir apporter un accompagnement et une réponse adaptée à leurs besoins. Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques, leur accompagnement est un enjeu social et de santé publique majeur. Il s'agit de repérer et d'identifier les aidants, de lutter contre leur isolement et de leur permettre un meilleur accès à leurs droits, de les aider à mieux concilier vie professionnelle, vie personnelle et rôle d'aidant, de les accompagner dans leur investissement et prévenir l'impact sur leur état de santé global et de renforcer le développement de l'offre de répit avec un meilleur maillage territorial et une diversité de réponses qui correspondent davantage à leurs besoins.

Commenté [9]: Proposition d'ajout

La récente allocation journalière de proche aidant (AJPA), mobilisable de manière souple en fonction du besoin, indemnise d'ores et déjà à hauteur de 66 jours le congé d'un proche aidant. Dans les années à venir, les proches aidants pourront faire valoir les compétences qu'ils auront acquises en prenant en charge leur proche, par le biais de la valorisation des acquis de l'expérience. De même ont été créés des plateformes de répit, destinés à être généralisés sur le territoire.

Cibles :

D'ici 2026, doublement du nombre d'aidants accompagnés par les plateformes de répit et d'accompagnement

D'ici fin 2024, déploiement de 3 plateformes de répit par département.

Former les professionnels de santé au repérage des aidants, quel que soit leur âge, et aux problématiques de l'aidance

Création d'un bilan de santé annuel pour tous les aidants

D'ici 2024, garantie de consultations psychologiques gratuites, dès l'annonce du diagnostic de l'aidé et tout au long du parcours

Commenté [10]: Proposition d'ajout

1.3 Rendre notre système de santé plus résilient et mieux préparé face aux défis écologiques et aux crises.

La pandémie de la Covid-19, comme d'autres crises par le passé, a mis en évidence l'importance d'une gestion multisectorielle coordonnée, rapide, efficace, générant le moins d'effets négatifs possible dans l'ensemble de la société afin d'assurer la protection des citoyens et la continuité de la vie économique, sociale, culturelle et pédagogique de la Nation. Elle a démontré aussi la nécessité d'une coordination supranationale, avec notamment le niveau européen.

Une telle réponse impose d'anticiper, prévenir, se préparer, y compris aux scénarios inattendus. Les crises sanitaires sont amenées à devenir plus fréquentes, plus intenses et plus complexes au fil des années de par la tension généralisée qui s'exerce dans nos environnements : crise climatique (incendies, raréfaction de l'eau, etc.), densité des populations, cohabitation des espèces, risques technologiques, terrorisme, etc. et des défis auxquels est exposé notre système de santé et en particulier le système de soins. Être prêt pour ce type de crise nécessite d'impliquer non seulement le secteur sanitaire et en premier lieu les professionnels de la santé mais, bien au-delà, l'ensemble des secteurs et l'ensemble des citoyens afin de susciter l'adhésion à la réponse et aux défis posés par les crises, comme en témoigne la grande adhésion de la population dans la réponse aux défis de la Covid-19.

Plus globalement, la France reste confrontée à l'émergence de nombreux défis en matière de santé publique et santé environnementale dans un contexte d'internationalisation des échanges (synonymes de propagation plus rapide et plus fréquente des maladies illustrée par les récentes épidémies d'infections respiratoires aiguës), de développement technologique (risque cyber), d'aggravation des impacts du changement climatique (canicule, chaleur, catastrophes naturelles) et de médiatisation forte des questions sanitaires, auxquelles l'opinion est très sensible. En outre, la poussée terroriste mondiale et le contexte géostratégique instable, notamment le retour de conflits armés de haute intensité en Europe, constituent des facteurs générateurs de situations sanitaires exceptionnelles majeures (déplacement de population, risque nucléaire notamment).

1.3.1 Mieux anticiper et prévenir les crises sanitaires

S'il est possible d'anticiper et de prévenir un certain nombre de crises sanitaires par une préparation adaptée, la principale difficulté réside dans l'espace temporel, l'espace géographique étant mieux connu et davantage prévisible. Par exemple, il a été anticipé depuis plusieurs années que les maladies vectorielles allaient gagner l'espace de la France métropolitaine au regard des évolutions climatiques et de l'intensification des échanges internationaux. La qualité des anticipations et donc des dispositifs de prévention rattachés, est directement liée à la prévisibilité de l'événement (saisonnalité, cycle, etc.) et à l'importance et la qualité des dispositifs de veille et de surveillance.

1.3.1.1 Renforcer les dispositifs de surveillance, de veille, de vigilance et d'alerte au plus près des pratiques quotidiennes des professionnels de la santé et en associant mieux les citoyens

Connectée à l'ensemble des pays dans le cadre du Règlement Sanitaire International qui prévoit des obligations pour la surveillance des événements sanitaires, la France dispose de nombreux dispositifs de surveillance qui fondent le socle de notre sécurité sanitaire. La plupart de ces dispositifs reposent sur le signalement dont les professionnels de la santé et les particuliers sont

les pierres angulaires. Le renforcement de ces dispositifs passe donc par leur intégration toujours plus grande dans la pratique quotidienne. Elle passe aussi par un travail de promotion de la culture du signalement et d'informations spécifiques sur les conséquences des actions qui ont pu être menées autour de ces signalements : la rétro-information, individuelle et générale, permet d'impliquer les professionnels de la santé dans les dispositifs de veille et de sécurité sanitaire. Dans une approche « Une seule santé », il s'agit aussi d'inciter au partage d'informations et de pratiques des professionnels de santé humaine et animale, ainsi que des acteurs de la surveillance de l'environnement, par exemple, concernant l'impact de la qualité de l'air sur la santé respiratoire des populations.

Pour l'avenir l'enjeu est de renforcer la culture du signalement en intégrant au mieux les dispositifs de surveillance, de veille et d'alerte à la pratique quotidienne des professionnels de la santé humaine et animale, les acteurs de la surveillance environnementale et en associant mieux les citoyens. En outre, il sera fondamental de rapprocher les expertises et modalités de gestion entre santé publique et santé animale dans un objectif Une seule santé.

Cibles :

- D'ici 3 ans, 50% de MDO intégrées au portail des signalement
- D'ici 3 ans, 33% de signalements dématérialisés ayant donné lieu à une rétro-information du signalant

1.3.1.2 Améliorer l'anticipation des crises sanitaires et la préparation de leur gestion

Une politique d'anticipation, de prévention et de préparation des risques est nécessaire en matière de sécurité sanitaire. La prévention repose sur la mise en place de stratégies structurelles à même de réduire le risque de survenue de certains types d'événements ayant un impact en santé ; la préparation repose sur des procédures éprouvées, des compétences spécifiques et des ressources disponibles en moyens et ressources humaines adaptées. Ces mêmes éléments sont tout aussi nécessaires en phase de gestion de risque ou de crise.

La littératie en santé doit concerner aussi pleinement les situations de crises sanitaires en s'appuyant sur nos compétences renforcées lors de la pandémie de Covid-19. Auparavant déjà, une culture de la préparation aux crises s'était installée en France à la faveur des épisodes de canicule.

L'anticipation des situations de crise sanitaire s'appuie dans un premier temps sur l'expertise qui a un rôle de réflexion et d'analyse pour identifier et évaluer les potentiels risques et menaces des prochaines années. Sur cette base, il revient à l'interministérialité et au ministère en charge de la santé d'impulser les politiques de résilience et de planification qui permettront de couvrir ces risques par l'ensemble des acteurs concernés. Y sera associé, en parallèle ce que l'on appelle le capacitaire, c'est-à-dire la définition des moyens associés tant sur le plan matériel qu'humain. Ainsi il conviendra de réaliser des acquisitions nécessaires ou de s'assurer de capacités d'approvisionnement, et de préparer et former les professionnels de la santé, ou autres acteurs intervenants.

Cette anticipation, à froid, est primordiale pour éviter à tout prix l'effet domino où une crise en alimente une autre ou pour éviter qu'un événement sanitaire urgent ne se transforme en crise. Cette stratégie de préparation se fera en lien et cohérence avec l'échelon européen et l'échelon international afin de s'assurer d'un accès équitable aux contre-mesures médicales sur l'ensemble

du globe car en matière de préparation internationale, seul le renforcement de la préparation de l'ensemble des pays est à même de réduire les risques globaux.

De façon complémentaire, il convient de généraliser la préparation à la gestion d'une crise à l'échelon des territoires, en métropole et dans les territoires ultra-marins en associant toutes les parties prenantes (public-privé, Etat et collectivités territoriales, libéral-fonction publique, sanitaire, social et médico-social, santé animale, surveillances de l'environnement), dans une approche « Une seule santé » et interministérielle.

Il faudra aussi s'adapter aux conséquences du changement climatique en développant la culture de prévention pour limiter l'impact des événements climatiques extrêmes (vagues de chaleur, grand froid, catastrophes naturelles à cinétique rapide) et en renforçant la surveillance, la prévention et la lutte contre les maladies vectorielles à moustiques et à tiques. Il s'agira enfin aussi de développer une capacité d'intervention de terrain dans le cadre de l'investigation et de la gestion des alertes sanitaires.

Cibles :

- D'ici 1 an, mettre en place une formation à l'Ecole des Hautes Etudes de santé publique, de niveau Master, dédiée aux métiers de la veille et de la sécurité sanitaire,
- D'ici 2 ans, 90% des ARS disposent de plans ORSAN à jour, partagés avec les professionnels de santé sur le terrain
- D'ici 2 ans, le ministère dispose d'une doctrine de stocks stratégiques révisées au regard des dernières crises sanitaires
- D'ici 4 ans, disposer d'une seconde version plan gouvernemental pandémie rénové et partagé avec tous les ministères en intégrant l'ensemble des retours d'expérience COVID, sous l'égide du SGDSN

1.3.2 Renforcer les capacités de gestion des crises

La gestion de la crise Covid-19 a sollicité l'implication de toutes les compétences sectorielles selon l'approche « Une seule santé ». Cette approche doit être privilégiée dans la gestion des crises sanitaires impliquant les sphères animales (zoonoses) et environnementale (événement climatique, risques technologiques).

En phase de gestion de crise, cette capacité d'intervention démultipliée avec les compétences et ressources des secteurs est un facteur de succès majeur permettant d'atteindre une capacité d'intervention de terrain nécessaire pour l'investigation et la gestion des alertes sanitaires et environnementale. Le cadre réglementaire doit évoluer autant que possible afin de bénéficier de circuits accélérés, et ce particulièrement pour la coordination de la surveillance, de la recherche, de l'évaluation des produits de santé et des contre-mesures et suivi de leur accès sur le marché.

La gestion de crise impliquant le secteur hospitalier bénéficie d'un Plan Blanc qui vise notamment la coordination d'action de court terme pour les produits de santé. Il est essentiel de pouvoir déclencher une alerte rapide, associant plusieurs acteurs assurant un relais de l'information ; une surveillance de l'état des stocks et des besoins journaliers ; une régulation nationale avec un relais territorial pour garantir un accès équitable et les continuités de traitements ; d'étendre un

système de partage de stocks en région notamment pour la ville ; le déclenchement du dispositif de préparations magistrales en urgence et/ou du dispositif préparations hospitalières spéciales.

1.3.3 Assurer la souveraineté de la France en matière de produits de santé essentiels

Les industriels font appel à tout un écosystème complexe et coûteux pour fabriquer les produits de santé et une grande partie a cherché à délocaliser leur production ces dernières décennies pour maîtriser leurs coûts de production, au regard des contraintes réglementaires plus fortes en France et en Europe que dans d'autres régions du monde. Le secteur industriel français en a subi les conséquences, et il est aujourd'hui essentiel d'en renforcer l'attractivité dans un souci de souveraineté sanitaire et industrielle. Dans ce contexte, il sera important de soutenir les capacités industrielles sur le territoire français et européen et de renforcer la prise en compte de l'empreinte industrielle et des investissements sur notre territoire.

Par ailleurs, en situation de crise, certaines voies de communication et d'échanges peuvent se rompre et rendre difficile l'accès à des produits ou dispositifs de santé pourtant essentiels. Pour limiter ce risque, il convient de garantir un approvisionnement de ces achats essentiels en toute circonstance. La constitution de listes évolutives des médicaments dits « critiques » car stratégiques pour la santé est une première étape dans l'atteinte de cet objectif. Il s'agit de fournir, pour chaque discipline, une liste de produits ayant un impact majeur sur les soins justifiant une vigilance particulière et des mesures spécifiques pour prévenir/lutter contre les pénuries et ainsi conserver une offre de soins de qualité constante.

Cibles :

- En 2023, constitution de la liste révisable des médicaments dits critiques
- D'ici 5 à 10 ans, augmentation de la capacité de production nationale de certains médicaments (préciser)

1.3.4 Renforcer la cyber résilience du système de santé

Les systèmes d'information hospitaliers (SIH), et plus globalement, de santé (SIS) sont l'objet d'incidents numériques potentiels pouvant perturber la prise en charge des patients. Ces incidents sont d'origine interne ou externe, et intentionnels (cyberattaque, acte malveillant) ou non (survenance d'une panne non programmée).

La sécurisation des systèmes d'information constitue ainsi un enjeu majeur, intégré depuis de nombreuses années dans les différents programmes hospitaliers numériques, et plus largement approfondi depuis 2022 dans un contexte de cyberattaques lourdes ayant affecté plusieurs hôpitaux. Il s'agit de renforcer de manière massive, dans la durée, la cybersécurité pour l'ensemble des acteurs de santé et tout particulièrement les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Les chantiers amorcés au sein d'une taskforce nationale Cybersécurité s'inscrivent dans la continuité des travaux menés sur le référentiel dit MATURIN'H, notamment sur sa dimension sécurité, portant de nombreuses mesures relatives à la gouvernance et à l'opérationnalisation de la démarche de sécurité des systèmes d'information (SSI). L'ambition de la taskforce est de systématiser cette démarche dans le périmètre de la prévention (sensibilisation, audits, exercices de crise) et de la réponse à incident (plans de reprise et de continuité d'activité, articulation au

plan blanc numérique). La taskforce doit aussi étudier les dispositifs les plus adaptés à une augmentation et une pérennisation des ressources humaines et techniques dédiées à la sécurité des SI, dans un environnement plus intégré au sein des groupements hospitaliers de territoire et des groupements de coopération sanitaire (chaîne d'alerte clarifiée, compétences et infrastructures davantage mutualisées).

1.3.5 Adapter le système de santé au changement climatique et atténuer ses impacts sur le climat et la biodiversité

Si le réchauffement climatique a un impact sur la santé, le système de santé lui-même participe directement à l'accroissement des risques environnementaux. En effet, selon un rapport du *think tank The Shift Project*, il émettrait entre 8 et 9% des gaz à effet de serre engendrés par l'économie française, soit environ 50 millions de tonnes de dioxyde de carbone (CO₂) par an. En d'autres termes, si le secteur de la santé au niveau international était un pays, il serait le cinquième pays émetteur de carbone. Ses secteurs d'activité - sanitaire et médicosocial confondus - sont par ailleurs encore très dépendants des énergies fossiles. La survenance de crises majeures dues au changement climatique ne semble pas suffisamment anticipée, mettant en péril la continuité de l'activité des établissements de santé et médico-sociaux.

Par ailleurs, à l'image de l'ensemble de l'économie française, le système de santé doit faire sa part dans la nécessaire baisse des émissions de 5% par an jusqu'en 2050, afin de respecter l'engagement national de rester sous les +1,5°C supplémentaires.

Un système de santé plus durable est un système qui résistera aux profonds impacts à venir et qui pourra également peser de tout son poids éthique, économique et politique pour influencer et accélérer les évolutions nécessaires dans les autres secteurs de la société.

Plusieurs domaines devront être prioritairement investis et transformés, à commencer par le volet bâtiminaire et énergétique des établissements de soins et des établissements médico-sociaux, dont la vétusté parfois persistante est source de déperdition d'énergie et de forte empreinte carbone. Des travaux de rénovation et de constructions ont déjà été financés à l'occasion du Ségur de la santé, et encadrés par des normes de construction nouvelles, mais devront se poursuivre massivement dans les prochaines années. L'adaptation et la résilience des bâtiments hospitaliers face aux changements climatiques, devra faire l'objet d'une attention particulière, sur le modèle de ce qui a déjà été conduit dans les Antilles avec un plan d'adaptation aux canicules, sécheresses, inondations, tempêtes. Des investissements devront également être conduits en matière de mobilités, afin de faire évoluer le parc automobile de l'offre de soins (ambulances, véhicules sanitaires légers et véhicules individuels des professionnels) vers des véhicules à faibles émissions et très faibles émissions, et d'inciter les usagers du secteur à adopter des modes de transports plus durables (covoiturage, mobilités douces, taxis partagés notamment).

La politique d'achats du secteur, notamment hospitaliers, joue également un grand rôle dans le bilan carbone estimé. Une réflexion devra être menée afin d'orienter les acheteurs vers des productions responsables, relocalisées dans la mesure du possible et moins énergivores. Un travail particulier devra être conduit sur la filière du médicament et du dispositif médical, responsable d'environ 55% des émissions de gaz à effet de serre du secteur. Des évolutions réglementaires seront nécessaires, et pourraient notamment intervenir en matière de reprocessing des dispositifs médicaux à usage unique. L'alimentation proposée en établissements devra également être plus végétalisée et locale, tout limitant l'usage des contenants en plastique.

Environ 700.000 tonnes de déchets sont produites chaque année par le secteur hospitalier ; les acteurs nationaux et locaux devront s'accorder sur une politique ambitieuse de valorisation et de réduction des déchets. Le sujet spécifique des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRI) devra être abordé à la fois sous l'angle de la sécurité sanitaire et de leur impact sur l'environnement.

La formation initiale et continue et la large sensibilisation des acteurs de la santé seront également primordiales afin d'assurer à chaque professionnel une connaissance actualisée et avisée en matière d'urgence climatique, de transition écologique et d'écoconception des soins. Des professionnels conscients de l'impact écologique de leurs usages, seront plus à même d'adapter leurs pratiques vers des soins écoresponsables et pertinents. Des formations devront dans un premier temps être offertes à tout acteur de l'offre de soins souhaitant développer ses compétences, et être rendues obligatoires à plus long terme, inscrites aux maquettes pédagogiques des formations initiales et aux orientations de développement professionnel continu (DPC) des professionnels.

De même, ont vocation à être recrutés 150 conseillers et coordinateurs en transition énergétique et écologique en santé, postes qui pourront être partagés entre établissements de santé et établissements médico-sociaux.

Une collaboration entre le *think tank* The Shift Project et la chaire RESPECT – Resilience en Santé, Prévention, Environnement, Climat et Transition de l'Ecole des hautes études en santé publique devrait aboutir par ailleurs à l'élaboration d'un diagnostic carbone (dont empreinte carbone) des opérateurs financés par la branche Autonomie et proposer des scénarios de décarbonation compatibles avec les Accords de Paris.

Enfin, la montée en puissance du numérique en santé devra être analysée au regard de son risque environnemental, à la fois en matière de stockage et de volume des données échangées, de lutte contre l'obsolescence et de déploiement d'outils numérique éco-conçus.

Ces transformations permettront de réduire l'impact du système de santé sur le dérèglement climatique et représenteront un gage d'attractivité pour les professionnels et usagers. Cette transition du secteur devra être menée en lien avec le niveau local, notamment via les agences régionales de santé, mais aussi le niveau international, pour impacter les orientations industrielles et pharmaceutiques. La signature par la France, en mars 2023, de l'accord de l'Alliance pour une Action Transformatrice sur le Climat et la Santé de l'OMS démontre de premières avancées encourageantes sur le plan diplomatique, et d'un souhait accru de collaboration internationale. Un premier outil programmatique pluriannuel devrait être adopté en 2023, pour expliciter les principales orientations des travaux qui seront menés en matière de planification écologique du secteur de la santé et du médico-social dans les années à venir.

Cibles :

- L'objectif de contribution à la neutralité carbone du secteur d'ici 2050 (annoncé dans le cadre de l'Alliance OMS ATACH) ;
- Les cibles fixées par le décret tertiaire, auquel le secteur doit se conformer : réduire de 40% d'ici 2030, 50% d'ici 2040 et 60% d'ici 2050 la consommation énergétique finale des bâtiments hospitaliers et des établissements médico-sociaux ;

2 Les leviers transversaux qui permettront d'atteindre les objectifs de la SNS

2.1 Replacer les ressources humaines en santé au cœur du système de santé

La crise Covid a été à la fois un révélateur et un accélérateur de la pénurie des ressources humaines dans le champ de la santé, avec un effet sur l'accroissement de l'offre et de ce fait une tension accrue sur les recrutements. Les variations territoriales de densité de professionnels ne sont pas récentes en France et si elles sont, selon les travaux de l'OCDE à relativiser par rapport à d'autres pays, les problèmes actuels de l'accès aux soins en lien avec la démographie des professionnels de santé sont réels : sur les 20 dernières années, le nombre de médecins en France a augmenté moins rapidement que dans d'autres pays et aujourd'hui la densité de médecins de ville est inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE et beaucoup de territoires se trouvent ainsi aujourd'hui dans une situation alarmante. Il y a toutefois quelques raisons de rester optimiste avec la dynamique de développement de l'exercice coordonné et du travail en équipe que l'on observe actuellement ou encore des CPTS. Les différentes mesures mises en place pour libérer du temps médical doivent également être consolidées et évaluées.

Les ressources humaines étant la clef de voûte de notre système de santé, il apparaît primordial de tout mettre en œuvre pour regagner du temps soignant, attirer et fidéliser les professionnels dans leurs fonctions et adapter leurs compétences aux enjeux de la santé publique. Cet objectif requiert une action tant nationale que locale, ainsi qu'un large panel de mesures, tant dans leurs modalités que leur champ d'intervention, à la fois les individus et le collectif.

2.1.1 Libérer du temps médical pour mieux prendre en charge les patients

La perception de la population quant à une plus grande difficulté d'accès aux soins, et plus spécifiquement à un médecin généraliste, est corroborée par les chiffres : tous modes d'exercice et toutes spécialités confondus, la densité médicale, qui croise les effectifs de médecins avec les besoins croissants de santé de la population, recule en France depuis 2012. Cette tendance est appelée à perdurer jusqu'en 2030, pour ensuite s'améliorer à nouveau.

Il est donc nécessaire de reconquérir au maximum du temps médical et du temps soignant, en libérant les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes, de tâches qui peuvent être prises en charge par d'autres, pour préserver le temps d'exercice et recentrer les professionnels de santé sur leur cœur de métier. A ce titre, plusieurs leviers peuvent être mobilisés, à l'instar de la redéfinition des pratiques et compétences entre professionnels à la fois en matière de prévention et de soins, de l'appui logistique, technique et administratif renforcé ainsi que de la facilitation du quotidien des soignants.

C'est ainsi que depuis quelques années se développent de nouveaux métiers, à savoir celui d'assistant médical et d'infirmier de pratique avancée.

L'assistant médical, dont l'exercice est réservé au secteur ambulatoire, décharge les médecins libéraux des tâches ne relevant pas directement du soin, leur permettant ainsi de se concentrer sur leurs missions. Les tâches confiées à l'assistant médical relèvent principalement de trois domaines d'intervention : des tâches de nature administrative, des missions en lien avec la

préparation et le déroulement de la consultation (aide à l'habillage ou prise des constantes) ou des missions d'organisation et de coordination (prise de rendez-vous par exemple).

L'infirmier en pratique avancée (IPA), qui a suivi deux ans de formation universitaire supplémentaire, peut prendre en charge le suivi de patient dans son domaine de spécialité (pathologies chroniques stabilisées ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ; psychiatrie et santé mentale ou urgences). L'IPA, en assurant le suivi des patients stabilisés, permet entre autres, de libérer du temps aux médecins pour prendre en charge les situations de soins aigues de ses patients tout en ayant l'assurance d'un suivi sécurisé et de qualité de ses patients.

A l'avenir, l'accès direct des patients aux infirmiers en pratique avancée dans le cadre de structures d'exercice coordonné (et sous forme expérimentale pour les CPTS), associé aux possibilités de primo-prescription de ces professionnels, fluidifiera les parcours de soins. D'ores et déjà, la loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé a introduit un accès direct des patients aux infirmiers en pratique avancée, aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes exerçant dans le cadre des structures d'exercice coordonné les plus intégrées.

Dans la décennie à venir, il sera primordial de multiplier le nombre d'infirmiers de pratique avancée. L'élargissement des pratiques avancées à d'autres professions paramédicales et l'extension du champ des compétences des professionnels de pratique avancée seront systématiquement étudiés et promus.

De la même façon, il est prévu de déployer à beaucoup plus large échelle les assistants médicaux. Ceux-ci pourront désormais être recrutés par tout médecin qui le souhaite. Afin de garantir l'objectif fixé de 10 000 assistants médicaux d'ici la fin de l'année 2024, le règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie d'avril 2023 prévoit une mesure d'application immédiate visant à simplifier les conditions de financement du recours à un assistant médical, afin d'augmenter le nombre de patients pris en charge et de décharger les médecins de certaines tâches dans leur exercice quotidien.

En attendant que les cohortes plus larges d'étudiants en médecine, issues du *numerus apertus*, soient formées et puissent exercer, il s'agira par ailleurs dans les prochaines années de s'assurer que les mesures prises fin 2022 pour augmenter le temps de médecin produisent leur plein effet, à savoir notamment la possibilité jusqu'à fin 2035 pour les médecins et infirmiers de travailler jusqu'à 72 ans à l'hôpital.

Cible :

- 5 000 infirmiers en pratique avancée en 2024
- 10 000 assistants médicaux d'ici fin 2024

2.1.2 Attirer et fidéliser les professionnels de santé, du social et du médico-social

2.1.2.1 Mieux informer, orienter et former

Pour attirer davantage de professionnels, il conviendra de mieux informer et orienter vers les métiers de la prévention, du soin et de l'accompagnement. Pour cela, il sera nécessaire de renforcer l'image des métiers par une meilleure connaissance des carrières possibles, des champs

d'exercice, des publics à accompagner, ainsi que la connaissance des prescripteurs que sont les conseillers d'orientation, les conseillers du service public de l'emploi : ceux-ci peuvent orienter vers les métiers de la prévention, du soin et de l'accompagnement des jeunes, des demandeurs d'emploi, des personnes en reconversion.

Répondre aux besoins de santé de la population au long cours suppose également qu'un nombre suffisant de professionnels de la santé, du social et médico-social choisissent d'exercer ces métiers. L'attractivité de certains métiers et spécialités liés à la santé publique, comme celles de médecins en PMI ou de médecins scolaires, doit faire l'objet d'une attention particulière. De même, il est nécessaire de répondre aux tensions fortes qui pèsent sur les ressources humaines en psychiatrie par un renforcement de l'attractivité de la discipline, le développement des compétences nouvelles et la valorisation des modalités d'exercice partagé en santé mentale et en psychiatrie.

Plusieurs leviers peuvent être mobilisés à cet effet : d'abord, l'augmentation des capacités en formation initiale, que ce soit par la création de nouvelles places dans les instituts de formation (IFSI, IFAS notamment) que par la définition d'un *numerus apertus* pour les formations médicales par exemple ; ensuite, par une évolution des modalités d'accès et de déroulement de la formation, comme la promotion de l'apprentissage, la création de parcours réussite, ou encore le développement de passerelles européennes et internationale. La coopération en matière de recherche entre les établissements hospitalo-universitaires et les établissements non hospitalo-universitaires constitue aussi un facteur d'attractivité.

Cibles :

- à horizon 2025, création de 13 500 places de plus dans les instituts de formation (soins infirmiers, aides-soignants, et accompagnants éducatif et sociaux) au niveau national par rapport à 2020
- plan de 50 000 recrutements en EHPAD
- 100 000 validations d'acquis d'expérience (VAE) par an contre 30 000 actuellement (horizon temporel ?)

Au-delà du nombre, il est essentiel de garantir la qualité d'exercice de ces professionnels : cela répond en effet à un triple objectif : celui d'abord de leur offrir une formation initiale en adéquation avec leur exercice professionnel à venir et les besoins de santé de la population, y compris face aux enjeux climatiques et environnementaux ; celui ensuite de leur proposer une constante actualisation des connaissances et compétences, garantissant ainsi la qualité des soins prodigués ou de l'accompagnement réalisé ; celui enfin de leur permettre de réaliser des mobilités tout au long de la carrière : entre métiers ou entre spécialités, s'ils le souhaitent, et de participer à des formations interdisciplinaires et intersectorielles dans le cadre de la démarche « Une seule santé ».

Cela passe notamment par une réingénierie de la formation aux soins infirmiers et du référentiel de compétences des infirmiers, par la proposition de passerelles entre certains diplômes d'études spécialisés (DES) dans le cadre de la mobilité des professionnels médicaux, l'encouragement des exercices mixtes et des mobilités entre les secteurs, ou la création d'un socle commun en matière de prévention, accessible à l'ensemble des filières « santé ».

2.1.2.2 Prendre soin des soignants et de ceux qui prennent soin

Les aspects quantitatifs et qualitatifs précédemment évoqués resteront vains s'ils ne s'inscrivent pas, plus largement, dans la mise en place et la préservation d'un environnement propice à l'exercice des professionnels de la santé, du social et du médico-social. Il s'agit de repenser le cadre de travail et de réduire la charge administrative qui pèse sur eux, de développer des actions pour améliorer leurs conditions de travail, en baissant notamment les accidents de travail et la sinistralité, de favoriser les parcours professionnels, et de promouvoir une nouvelle culture managériale.

Cette mobilisation pourrait rester sans effet à moyen terme si nous n'agissons pas sur le maintien dans l'emploi des professionnels déjà engagés dans ces voies professionnelles. Il convient donc d'agir de façon tout aussi déterminée sur les conditions de travail de ces professionnels du soin et de l'accompagnement. Or un des socles indispensables pour développer des conditions de travail épanouissantes pour les individus, et efficaces pour la structure, repose sur les compétences de la chaîne managériale et son fonctionnement.

L'environnement le plus favorable, avec une charge adaptée aux moyens, des salaires satisfaisants, peut générer du mal être au travail si le manager ne sait pas créer les conditions d'un travail collectif qui a du sens, dans lequel chacun repère sa contribution, connaît ses axes de progrès et dispose de la visibilité pour évoluer professionnellement s'il le souhaite. A l'inverse, un bon manager peut améliorer durablement les conditions de travail exigeantes de son équipe. Il s'agit de construire collectivement du sens en animant des discussions sur le travail, en reconnaissant les personnes qui le réalisent.

Une stratégie globale constituée d'actions coordonnées, telles que le parcours de formation managers, la mise en place et la valorisation de l'utilisation d'outils d'autodiagnostic, de tableaux de bord, d'espaces d'échanges, doit permettre de soutenir les managers du secteur, de tout niveau dirigeants, cadres intermédiaires et cadres de proximité médicaux et non médicaux pour qu'ils soient capables, plus uniformément de :

- Développer une organisation du travail qui intègre une logique de prévention des risques professionnels, avec un impact notamment sur la diminution des accidents du travail et maladies professionnelles (AT MP) et de l'absentéisme de courte durée ;
- Améliorer les conditions de travail tenant compte des difficultés rencontrées par les personnes placées sous leur responsabilité, avec un impact attendu non seulement sur la qualité de service, la qualité des soins, mais aussi sur la fidélisation de ces salariés ou agents ;
- Impliquer leurs équipes dans l'évolution de l'organisation du travail et de l'amélioration de la qualité de vie au travail, pour les motiver, les fidéliser et plus généralement sécuriser la pertinence des propositions.

Concernant le secteur du médico-social, la sinistralité y est très importante, et largement supérieure à la moyenne des autres secteurs. Pour exemple, la sinistralité dans le secteur du grand âge est trois fois supérieure à celle de la moyenne des autres secteurs⁶. Des actions sont déjà engagées pour améliorer les conditions de travail des professionnels du grand âge, elles devront être poursuivies.

⁶ en 2019, l'indice de fréquence des accidents du travail était de 106 pour les services à domicile et de 101 dans les EHPAD contre une moyenne de 33,5 tous secteurs d'activité confondus

Cible :

Former et outiller les managers en prise de poste, soit 2.3000 managers, d'ici 2027

2.1.2.3 Valoriser l'engagement des professionnels

L'attractivité et la fidélisation des professionnels de la santé, du social et médico-social passent également par la valorisation de leur engagement plein et entier ; une revalorisation qui passe par une meilleure structuration des parcours professionnels, un changement de regard sur les métiers du sanitaire, dans la continuité de la période covid et en accompagnant la résorption de la pénurie.

En effet, la poursuite et l'approfondissement des mesures de revalorisations d'ores et déjà entreprises doivent permettre de conforter le rôle crucial des ressources humaines dans notre système de santé et médico-social, notamment au regard des sujétions inhérentes à l'exercice de leurs fonctions, dont les sujétions de nuit et des week-ends. Il est nécessaire, qu'aux côtés des représentants des employeurs et des salariés, l'Etat accompagne à la construction d'une convention collective unique pour le secteur social et médico-social. C'est la condition d'une revalorisation durable des parcours professionnels de l'ensemble des personnels du secteur, y compris techniques et administratifs.

2.1.3 Développer et professionnaliser les métiers de la prévention en santé

Les métiers de la prévention et de la promotion de la santé doivent être reconnus comme des métiers de la santé, comme le sont ceux du soin. Cette reconnaissance passe par la formation initiale et professionnelle, avec une acculturation des professionnels de santé dans leur ensemble et un décloisonnement des formations en santé concernant la mise en place d'actions de prévention et/ou concernant la réalisation d'entretien de prévention sur le terrain auprès des populations dans les territoires, en particulier des plus vulnérables.

La prévention ne doit pas seulement être réalisée par les médecins, mais elle doit aussi être une prévention effectuée par l'ensemble des acteurs de la santé, du social et du médico-social. La recherche d'articulations entre les différents métiers sur ce champ est centrale, afin de garantir des parcours de santé fluides et coordonnés.

Pour tendre vers cette professionnalisation, il est nécessaire d'identifier les compétences et le savoir-faire de chacun et de mieux articuler et piloter les financements, notamment à destination des acteurs locaux de la prévention, afin d'améliorer les synergies sur les territoires, au bénéfice de la santé des populations.

2.2 Donner de nouvelles capacités d'action aux acteurs de santé dans les territoires

La santé constitue un axe majeur de la méthode de refondation voulue par les pouvoirs publics, afin de construire des solutions au plus près du terrain et relever le défi de l'accès à la santé pour tous.

Il s'agit notamment de laisser une plus grande liberté d'organisation aux acteurs de terrain, dans une logique de différenciation territoriale et de développer la coopération et la responsabilité collective des professionnels de santé, en incitant par exemple à l'exercice coordonné. Il s'agit, avec comme fil conducteur la souplesse, le dialogue et la coopération, de mobiliser toutes les énergies dans les territoires pour construire une réponse adaptée et efficace aux besoins de santé au plus près du terrain.

C'est l'objet du « pacte territorial », au plus près des territoires. A ce titre, le Conseil national de la refondation (CNR) doit être à la fois un lieu de discussion permettant de donner de la visibilité sur les besoins de santé du territoire, et un lieu de co-construction des réponses avec les ARS, à la fois s'agissant de l'appropriation des leviers nationaux nouvellement mis à disposition et de l'impulsion de projets propres aux territoires.

Dans ce cadre, il est indispensable de permettre d'accélérer le déploiement des projets identifiés comme prioritaires par le collectif du territoire, avec le soutien renforcé de l'État. Or dans certaines situations, la réglementation nationale ne permet pas aux ARS d'accompagner des projets avec autant de souplesse que des circonstances locales particulières le demanderaient. Afin de s'adapter au plus près aux besoins des territoires, un nouveau droit de dérogation est accordé aux ARS, afin de leur permettre de faire des exceptions à des normes de rang réglementaire et ainsi mieux répondre aux besoins de santé spécifiques des territoires, sur un large champ de leurs compétences, sur le modèle du droit de dérogation accordé aux préfets. Ce droit de dérogation donnera désormais aux directeurs généraux des ARS des marges de manœuvre nouvelles pour mieux répondre aux besoins locaux particuliers. Il s'agit d'une évolution forte qui s'inscrit pleinement dans la démarche du CNR et donne ainsi un élan nouveau aux dynamiques et synergies territoriales.

Il est aussi essentiel d'outiller les acteurs de santé au sein d'un territoire pour restructurer l'offre de soins et d'accompagnement en fonction des besoins. Le régime des autorisations d'activité de soins était jusqu'à présent centré sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des prises en charge des patients. Outre ce volet qui perdure, la toute nouvelle réforme du régime des autorisations d'activité de soins met désormais l'accent sur la territorialisation de l'offre, en encourageant le « faire ensemble » et en promouvant une approche territoriale de l'offre. Elle intègre aussi l'innovation en santé au service des patients par l'encouragement des nouvelles pratiques et par une plus grande place donnée aux nouvelles techniques, technologies et stratégies thérapeutiques. Sur la base des règles nationales, les ARS établissent en lien avec les acteurs de schéma-cible de l'offre de soins sur leurs différents territoires, activité par activité. Le nouveau régime d'autorisations se mettra en œuvre progressivement, à compter de l'année 2024.

En parallèle, plusieurs dispositifs locaux existants sont renforcés, permettant ainsi de donner davantage de marge de manœuvre aux professionnels du territoire. En effet, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettant à des professionnels de santé de s'associer au sein d'un territoire ont su démontrer leur utilité et leur capacité d'adaptation et d'action pendant la crise sanitaire. La gestion de la crise a renforcé la coordination entre professionnels de santé et l'inscription des CPTS dans les écosystèmes locaux. Le renforcement du développement de ces structures, sont des opportunités qui doivent viser des objectifs convergents et concrétiser des logiques de parcours intégrant la prévention sur tous les territoires.

La coopération entre les acteurs de santé à l'échelle territoriale s'est largement développée et structurée depuis 2016 et la création des communautés professionnelles territoriales de santé

(dites CPTS). Axe stratégique du déploiement de l'exercice coordonné à une large échelle, les CPTS constituent un dispositif souple et dédié aux professionnels souhaitant apporter une réponse collective aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population. Elles sont initiées par les professionnels de santé d'un territoire dans le but d'assurer une meilleure coordination de leur action et de concourir à la structuration des parcours de santé.

Les CPTS sont constituées en association loi 1901 à l'initiative des professionnels de santé et ont vocation à rassembler les acteurs de santé de leur territoire : acteurs du premier et/ou du second recours mais aussi hospitaliers, médico-sociaux et sociaux. L'ensemble de ces acteurs élaborent un projet de santé et définissent leur territoire d'action. Les CPTS ont ainsi vocation à constituer l'échelon local pertinent pour coordonner les professionnels dans leur réponse aux besoins locaux de la population et ainsi constituer un levier d'attractivité pour les territoires. La couverture complète de la population par une CPTS attendue en 2024 devra s'accompagner d'une montée en charge du dispositif sur les missions et actions concrètes engagées par les CPTS et le service rendu à la population.

Il convient aussi de poursuivre l'accompagnement du développement des structures d'exercice coordonné (centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles) en sécurisant leur financement, en renforçant le pilotage au niveau régional, et en luttant contre les dérives de certains centres de santé.

Les contrats locaux de santé (CLS) ainsi que les conseils locaux de santé mentale (CLSM), sont également perçus comme des outils favorisant une politique locale de santé concertée en instaurant un dialogue entre les collectivités territoriales et l'État. L'établissement d'un diagnostic partagé est considéré comme la pierre angulaire des contrats locaux de santé puisqu'il légitime les choix d'axes de travail et l'ensemble de la démarche, et ce d'autant plus s'il a réuni un grand nombre et une grande variété d'acteurs. C'est également un outil de santé publique puisqu'il permet de questionner les priorités de santé et les réalisations opérées sur un territoire afin de s'assurer qu'elles répondent aux besoins des populations ainsi qu'aux nouvelles problématiques de santé. Le CLS est bien souvent l'occasion de formaliser ou d'actualiser un projet de santé local. Le projet doit être en cohérence avec les priorités et objectifs du projet régional de santé et s'articuler avec les autres dispositifs et démarches territoriales : atelier santé ville (ASV), Conseil local de santé mentale (CLSM), CPTS, Contrat de ville...

Enfin, le projet territorial de santé est l'outil de définition stratégique qui donne sens et cohérence à l'ensemble des actions sanitaires et médicosociales développées par les institutions et les professionnels d'un territoire. Il s'agit de généraliser l'élaboration et l'adoption d'un tel projet territorial de santé dans chaque territoire, afin de permettre un véritable décloisonnement tant dans les champs sanitaires, médico-social que social, une optimisation des coopérations entre professionnels, une amélioration de la pertinence des prises en charge et un égal accès à l'ensemble des étapes du parcours de soin.

Cible :

- Fin 2024, l'ensemble de la population est couvert par une CPTS.

2.3 Adapter les modalités de financement à la transformation du système de santé et en garantir la soutenabilité

Le financement et les modalités de tarification des prises en charge sont des leviers pour garantir la soutenabilité et la pérennité du système de santé, accompagner la transformation de l'offre et des prises en charge ainsi qu'un levier pouvant contribuer à l'amélioration de leur qualité et de leur pertinence. Des évolutions sont souhaitables, notamment dans une logique de sobriété à la fois économique et écologique, en s'appuyant sur les principes suivants : simplifier et donner de la visibilité, y compris pluriannuelle, aux acteurs ; changer d'échelle en matière de financement sur objectifs de santé publique, de qualité et de pertinence ; favoriser les prises en charge intégrées et innovantes ; accentuer la territorialisation des financements.

Par ailleurs, une attention particulière et continue devra être apportée à la soutenabilité des dépenses de l'assurance maladie, principal financeur du système de santé, car elle constitue une condition de sa pérennité. C'est pourquoi, les actions visant à accroître la pertinence et l'efficacité de ces dépenses seront poursuivies, en cohérence avec les principaux axes et objectifs de la présente SNS.

2.3.1 Réformer les modalités de financement pour porter des objectifs de santé publique, populationnels et de responsabilité territoriale

Le financement sur objectifs de santé publique, dans une acception large incluant les dimensions de qualité et de pertinence, reste encore assez marginal aujourd'hui dans les modes de financement des offreurs de soins en ville comme dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Pour autant le système de santé doit s'adapter à de nouveaux enjeux populationnels et territoriaux : le développement de la prévention, la capacité à rendre des services à une population, la valorisation de l'aller-vers, des prises en charge complexes incluant la coordination d'acteurs d'horizons différents, la réponse aux situations de crise. Ainsi, une approche visant à promouvoir la responsabilité populationnelle et territoriale des professionnels et des établissements méritera d'être approfondie dans les années à venir. Cette approche est d'autant plus pertinente que le développement de la rémunération sur objectifs de santé publique pour les médecins et les pharmaciens a eu des résultats encourageants.

Selon une logique de responsabilité territoriale et de contractualisation, le financement pourra se concrétiser différemment selon les secteurs, les offreurs et le niveau de gradation des soins mais devrait intégrer dans tous les cas une part de financement sur objectifs de santé publique incluant les problématiques environnementales, une part de financement à la qualité/pertinence et une part de financement pour des missions d'organisation de réponses territoriales à des besoins spécifiques. A cet égard, le mouvement de territorialisation des dépenses visant à accroître la responsabilité des agences régionales de santé dans le processus d'allocation des ressources aux acteurs du système de santé pourra également être conforté pour permettre de s'adapter davantage aux spécificités de chaque territoire.

2.3.2 Adapter les modèles de financement des établissements de santé et médico-sociaux pour tenir compte des besoins des publics accueillis

Une réforme du mode de financement des établissements de santé, annoncée par le Président de la République en janvier 2023 et déployée à partir 2024, conduira notamment à réduire la part

des financements aujourd'hui issus de la tarification à l'activité pour évoluer vers un modèle de financement qui comprendra :

- Une part structurante de la rémunération des hôpitaux publics, des cliniques et des professionnels libéraux qui repose sur des objectifs de santé publique négociés à l'échelle d'un territoire,
- Une rémunération effective des missions réalisées par chacun,
- Une part de rémunération à l'activité qui garde sa légitimité.

Cette réforme accompagnera le développement des coopérations au sein d'un territoire ainsi que des bonnes pratiques en matière de prises en charge, de qualité et de pertinence.

Dans le secteur médico-social, les établissements restent quant à eux largement financés par dotation globale ou prix de journée. Le processus d'allocation de ressources peut donc être transformé afin de mieux prendre en compte les besoins de soins et la qualité dans leur financement.

Les évolutions des modèles dans le secteur médico-social devraient permettre de mieux valoriser la qualité et la prise en compte des besoins de soins des publics accueillis. Cela pourrait par exemple conduire à :

- Introduire un compartiment de financement à la qualité et à mieux valoriser les actions de prévention dans les EHPAD par la refonte des financements complémentaires existants ;
- Prendre en compte la charge en soins pour le financement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en menant à terme la réforme en cours ;
- Finaliser la réforme de financement des établissements médico-sociaux dans le champ du handicap permettant de prendre en compte l'intensité des besoins d'accompagnement des personnes (Sérafim-PH).

2.3.3 Capitaliser sur les expérimentations pour proposer des modes de financement adaptés à la mise en place de parcours coordonnés et aux évolutions du panier de soins

Des évolutions vers un paiement forfaitaire associant l'intervention de plusieurs professionnels et structures sont indispensables. Si l'on veut traiter globalement et sur le long terme les patients atteints de maladies chroniques en particulier, il convient de dépasser le schéma d'une succession d'actions distinctes, de préciser la place du numérique dans les parcours et d'intégrer plus largement la prévention dans la pratique des professionnels de santé.

Ainsi, le dispositif d'expérimentation dit « article 51 » permet de déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun pour expérimenter une organisation innovante des prises en charge associant les professionnels de ville, les établissements hospitaliers et le secteur médico-social. Ces expérimentations permettent également d'inclure des prestations aujourd'hui en dehors du panier de soins et non remboursées par la sécurité sociale (activité physique adaptée, diététique, psychomotricien, etc.).

L'intérêt de ce cadre réside dans la place importante donnée à la co-construction des projets, qui sont mis en œuvre par les acteurs de terrain pour répondre à leurs besoins. L'évaluation qui porte sur les résultats sanitaires et économiques permet aussi d'identifier les conditions de généralisation et de leur entrée dans le droit commun.

Ce dispositif expérimental devra être conforté pour contribuer à l'émergence de nouvelles modalités de prise en charge et à l'adaptation des modalités de financement aux besoins des patients. L'entrée progressive dans le droit commun de nouvelles modalités de tarification issues de ces expérimentations permettra de diffuser plus largement les prises en charge ayant fait la preuve de leur efficacité.

Cible : Permettre un financement au parcours pour 5 pathologies d'ici 2025

2.3.4 Repenser le financement institutionnel de la prévention pour gagner en lisibilité et en efficacité

La place de la prévention dans notre système de santé doit être amplifiée. Chaque année, au moins 16Md€ seraient consacrés à la prévention et les dépenses institutionnelles sont estimées à 6,2Md€, portées à 57% par l'Etat et les collectivités territoriales, à 30% par les employeurs et la médecine du travail et à 16% par l'assurance maladie à travers ses fonds. Toutefois, les actions de prévention sont insuffisantes et les résultats ne sont pas à la hauteur des enjeux, avec des inégalités sociales et territoriales qui demeurent importantes.

Au sein même des dépenses institutionnelles relevant du périmètre du ministère de la santé et de la prévention, la dispersion des financements (fonds, programmes...) peut nuire à l'efficacité globale du dispositif. Le pilotage, la gouvernance et l'organisation du financement de la prévention institutionnelle devraient ainsi être optimisés afin d'amplifier la portée de la politique du gouvernement en matière de prévention.

2.3.5 Définir une politique de régulation en adéquation avec les objectifs de santé et garante de la soutenabilité du système

La soutenabilité du financement du système de santé est une des conditions de sa pérennité. C'est pourquoi la stratégie nationale de santé intègre pleinement l'exigence de soutenabilité des dépenses de l'Assurance maladie, principal financeur du système de santé. Elle vise ainsi aussi à conforter l'accès de tous les patients aux prises en charge et aux produits de santé en fonction de leurs besoins, en cohérence avec les bénéfices des soins apportés.

L'évolution des ressources permettant l'atteinte des objectifs de la présente stratégie nationale de santé s'inscrira dans le cadre de l'ONDAM voté annuellement par le Parlement. Son évolution tiendra à la fois compte des besoins de financement supplémentaires pour accompagner la transformation du système de santé et améliorer la réponse aux besoins et de la nécessité de recourir à une régulation efficace fondée sur une stratégie de promotion de la pertinence et de l'efficacité des dépenses de l'assurance maladie, visant à garantir l'équilibre des branches maladie et autonomie de la Sécurité sociale.

Le cadre de cette régulation sera amené à évoluer autour de deux axes principaux :

- Un renforcement de la dimension pluriannuelle de la régulation, en cohérence avec l'inscription de la stratégie nationale de santé dans une logique de moyen terme et afin d'apporter aux acteurs du système de santé et aux citoyens la nécessaire visibilité sur l'évolution des ressources investies ;

- Une rénovation des modalités de régulation sectorielle des différents champs des dépenses de l'assurance maladie : la régulation des produits de santé devra en particulier être adaptée afin de concilier les enjeux d'accès à l'innovation, de disponibilité des produits matures et de soutenabilité des dépenses ; la régulation des établissements de santé devra s'inscrire dans un cadre davantage pluriannuel. En ville, les actions de maîtrise médicalisée seront amplifiées et pourront être complétées de mécanisme ad hoc tels que des protocoles pluriannuels par spécialité incluant des actions de pertinence.

2.3.6 Poursuivre une politique d'investissement ambitieuse et territorialisée

La transformation du système de santé et dans le secteur médico-social devra s'appuyer sur une poursuite du déploiement du plan ambitieux de soutien à l'investissement en santé qui a été engagé à compter de 2021 dans le cadre du « Ségur » afin de soutenir et relancer l'effort d'investissements, à la fois dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux mais aussi dans le domaine de la transition numérique.

Il s'agit de garantir un niveau élevé d'investissements tout en préservant la situation financière des établissements, dans une logique de modernisation de l'offre qui aille de pair avec une soutenabilité à moyen et long terme des trajectoires financières.

La déconcentration régionale de la définition et du pilotage des stratégies d'investissements devra être consolidée.

2.4 Ancrer la démocratie en santé dans le fonctionnement des institutions de la République

La démocratie en santé recèle deux dimensions : il s'agit d'une part de la promotion des droits individuels et collectifs des usagers et des personnes concernées, et d'autre part d'une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.

Elle recouvre ainsi un ensemble de droit à la fois individuels comme l'accès à l'information, le consentement, l'accès au dossier médical ou la réparation des accidents médicaux, mais aussi collectifs, notamment la participation des usagers dans les instances de santé. Elle promeut une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. La stratégie nationale de santé doit ainsi constituer l'opportunité d'ancrer une réelle dynamique stratégique en matière de démocratie en santé, que ce soit sur la gouvernance, sur les thématiques, les besoins, les leviers d'actions permettant d'améliorer la réponse aux besoins de santé et l'état de santé de la population.

2.4.1 Faire des instances de démocratie en santé des interlocuteurs incontournables des pouvoirs publics

Les instances de démocratie en santé ont atteint un degré de maturité inégal et leurs missions, composition et fonctionnement ont évolué de manière hétérogène au gré des modifications réglementaires. La plus ancienne, la CNS, a été créée dès 1996, ainsi que les conférences régionales

de santé (CRS). Puis deux nouvelles instances sont apparues il y a une quinzaine d'années : les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA), qui font suite aux CRS ainsi que les conférences de territoire, transformées en conseils territoriaux de santé (CTS) en 2016.

Il y a ainsi lieu de systématiser le recours aux outils délibératifs préalablement à toute réforme en santé, et d'accroître l'autonomie des instances de démocratie en santé.

2.4.2 Faire vivre la démocratie en santé au plus près habitants dans les territoires

L'enjeu est d'assurer la consultation et la participation directe des populations en croisant les méthodes et les acteurs, en créant de véritables espaces d'expression et d'écoute pour assurer les conditions d'une prise en compte de la parole des habitantes et habitants, tout en veillant à la qualité des démarches. En outre, il s'agit d'accompagner cette dynamique de consultation large de la population d'une dynamique de co-construction : faire en sorte que les usagers puissent être parties prenantes effectives dans la construction des politiques de santé.

A cet effet, il est nécessaire de garantir le développement de la participation du public dans le cadre de bonnes pratiques méthodologiques : organisation des débats, sensibilisation et formation des organisateurs et participants, évaluation des dispositifs.

En cohérence avec l'objectif de réduction des inégalités de santé et avec les démarches d'aller vers, il conviendra de prioriser la consultation des populations les plus éloignées du système de santé.

Enfin, outre les organismes institutionnels de démocratie en santé devra être pérennisée, dans les territoires, la démarche du Conseil national de la refondation en santé (dite « CNR Santé ») lancée en 2022, afin de construire des solutions au plus près du terrain et relever le défi de l'accès à la santé pour tous. Ces CNR territoriaux santé ont démontré la capacité des acteurs à renforcer le dialogue et la co-construction entre les parties prenantes du système de santé localement ainsi qu'à faire émerger des projets et modes de fonctionnement collectifs nouveaux sur les différents enjeux identifiés comme prioritaires concernant l'offre de soins (faciliter l'accès aux professionnels de santé, organiser la permanence des soins, accélérer les démarches de prévention, mobiliser les leviers locaux de l'attractivité).

Afin de garantir la lisibilité et la cohérence des espaces d'expression et participation des personnes soignées et accompagnées, une articulation devra être construite entre les différents espaces et instances institutionnelles, et les démarches de dialogue et consultation de proximité. L'enjeu est que toutes les dynamiques viennent servir une finalité d'ensemble (la participation) et que la richesse des démarches ne nuise pas à leur cohérence et complémentarité.

2.4.3 Conforter la représentation et la participation des usagers tout au long du parcours de santé

Si des progrès notables ont pu être accomplis au cours des 20 dernières années, il convient de poursuivre et même d'accentuer le processus par une approche convergente des droits des usagers et de leur mise en œuvre permettant de tirer parti des avancées, dans le respect des

spécificités et des acquis de chacun d'entre eux. Cette démarche est d'autant plus nécessaire qu'elle doit permettre d'envisager une extension aux différents secteurs encore peu concernés, à savoir les soins en ville et les services à domicile. Concernant ces derniers, la question de la prise en compte des droits de l'aidant et de ceux de l'aidé est également à traiter. C'est dans cette perspective qu'il semble opportun de réinterroger les dispositifs mis en place depuis vingt ans.

2.5 Mettre les données et le numérique au service de la santé

Accélérés du fait de l'épidémie de Covid-19, le développement et la régulation du numérique sont des leviers essentiels au service des priorités de la stratégie nationale de santé, pour les patients et pour les professionnels.

2.5.1 Développer le numérique pour rendre chacun acteur de sa santé

Les personnes peuvent désormais retrouver et gérer leurs données de santé dans leur profil Mon espace santé, lancé début 2022. Il leur simplifie le quotidien, par exemple pour retrouver une ordonnance perdue, l'envoyer de manière dématérialisée à leur pharmacien ou synchroniser les données de poids de leur balance connectée, si l'application associée a bien été référencée par l'Etat. En complément des fonctionnalités développées ces dernières années, l'enjeu est désormais de systématiser l'alimentation des données dans le profil Mon espace santé, avec l'évolution des logiciels métier de tous les professionnels (ville, hôpital, et au sein des établissements médico-sociaux qui ont aussi vocation à alimenter Mon espace santé) pour être compatibles et pour personnaliser les contenus disponibles. Cela se traduit notamment par le développement progressif de la prévention dans Mon Espace Santé via l'accès au carnet de santé de l'enfant (et pour l'adulte, au contenu des rendez-vous prévention) ainsi que des messages et contenus personnalisés en matière de prévention.

Par ailleurs, des efforts importants seront poursuivis pour lutter contre la fracture numérique, avec la formation de 10 000 médiateurs aux enjeux du numérique en santé, des partenariats importants (maisons France services, collectivités, associations) et l'ouverture de Mon espace santé aux aidants.

Cible :

- En 2026, 400 millions de documents par an sont versés dans Mon Espace Santé, soit environ 6 documents par habitants.

D'ici la fin de l'année 2024, intégration de quizz interactifs de prévention dans Mon Espace Santé afin de personnaliser davantage les messages de prévention disponibles

2.5.2 Redonner du temps pour tous les professionnels de santé et améliorer la prise en charge des personnes grâce au numérique

Les professionnels pourront accéder au profil Mon espace santé du patient qu'ils prennent en charge, dans le respect des préférences de ce dernier, et ce depuis un site internet ou directement depuis leur logiciel métier avec une connexion sécurisée. Le déploiement massif des systèmes d'Information facilitera la coordination et la communication entre les soignants. D'autres actions, comme le développement de messageries instantanées interopérables, ou l'affichage des applications référencées par la puissance publique dans un nouveau bouquet de services aux professionnels, seront également menées pour simplifier la vie des professionnels du social, du

médico-social et du sanitaire, pour leur redonner du temps et améliorer leur qualité de vie au travail. Ils seront massivement formés au nouveau référentiel de compétences sur le numérique en santé, en formation initiale ainsi qu'en formation continue.

2.5.3 Améliorer l'accès à la santé pour les personnes et les professionnels qui les orientent grâce aux outils numériques

En ce qui concerne l'accès à la santé, le site <https://santé.fr> permettra à la fois de mieux informer les personnes sur la santé dans un contexte de multiplication des fausses informations, ainsi que sur l'offre de santé accessible. De son côté, la plateforme "service d'accès aux soins" permettra aux régulateurs et aux opérateurs de soins non programmés de flécher le patient vers les professionnels proches de son domicile qui ont un créneau disponible, afin d'éviter la saturation des services d'accueil aux urgences.

La télésanté a franchi des paliers importants pendant la Covid-19 et a été consolidée par la suite. Les conditions d'un déploiement de la télésanté sont en place, afin de permettre aux patients d'obtenir une prise en charge adaptée à leurs besoins : la téléconsultation est remboursée pour les médecins depuis 2018 et les sages-femmes depuis 2022 sur l'ensemble du territoire et pour tous les patients ; la téléexpertise également prise en charge par l'assurance maladie permet à l'ensemble des professionnels de santé de solliciter l'avis à distance d'une profession médicale depuis 2019 ; les activités de télésoin, pour les actes ne nécessitant pas un contact direct et/ou un équipement spécifique non disponible auprès du patient sont autorisées pour 18 professions de santé depuis 2021 ; la télésurveillance entrera dans un financement de droit commun au 1^{er} juillet 2023. La télésanté constitue un axe prioritaire du développement de la santé numérique, au service des territoires les moins favorisés et des parcours les plus complexes et les plus pertinents. Un cadre éthique, reposant sur une approche contextuelle et sur des questionnements en amont et au cours du soin, que doivent se poser les professionnels de santé en fonction de la situation de chaque patient est nécessaire. Une grille d'analyse de l'éthique de la télésanté, construite sur démarche de réflexion en contexte, de questionnements évolutifs et adaptés à chaque situation de soin, devra servir d'outil. Elle ne repose pas des solutions préétablies ou applicables en toute circonstance.

Par ailleurs, l'application Carte vitale sera progressivement généralisée. Elle permettra de dispenser l'avance de frais même en cas d'oubli de la carte physique ou de prise en charge à distance et de renforcer l'identitovigilance, autour de l'Identité Nationale de Santé (INS) qui se généralise.

Concernant plus spécifiquement les établissements médico-sociaux, la politique de soutien à l'investissement dans le numérique sera poursuivie dans les années à venir, avec trois enjeux à la clé : le rattrapage de l'équipement matériel pour les établissements les plus mal outillés, l'amélioration continue des logiciels notamment sur les fonctions de coordination de parcours complexes, enfin l'accompagnement aux usages sur les services socles.

2.5.4 Déployer un cadre propice pour le développement des usages et de l'innovation numérique en santé

Depuis 2019, la France dispose d'une doctrine du numérique en santé, qui donne une vision stable de l'urbanisation et une direction commune pour l'ensemble des acteurs. Il s'agit désormais de

déployer pleinement ce cadre propice au développement du numérique. Cela passe notamment par la régulation des entreprises et des outils du numérique en santé, récapitulant les exigences d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique à respecter, avec un accompagnement renforcé, des procédures de vérification de la conformité, des incitations financières et des sanctions en cas de non-respect.

2.5.5 Permettre un accès aux données nécessaires à la recherche, à l'évaluation et à la surveillance épidémiologique

De nombreux organismes collectent et produisent au quotidien d'immenses quantités de données qualifiées, qui présentent un intérêt certain pour l'orientation et l'évaluation des politiques publiques, pour la recherche en santé, pour l'évaluation des actions et programmes de prévention, pour le bénéfice des produits de santé, ou encore la surveillance épidémiologique. Le décloisonnement entre secteur permet également de favoriser l'étude des facteurs de risque et des déterminants de la santé dans une approche élargie « Une seule santé » intégrant les facteurs environnementaux par exemple.

Depuis plusieurs années a été portée une ambition forte en matière d'ouverture des données de santé, ambition réaffirmée au niveau européen avec la construction du futur Espace Européen des Données de Santé. Le Health Data Hub est notamment un outil créé pour répondre à un besoin non couvert de l'écosystème, à savoir clarifier et réduire fortement les délais d'accès aux données de santé, tout en offrant un environnement sécurisé et à la pointe pour les réunir et les exploiter. Trois ans après sa création, il accompagne un peu moins d'une centaine de projets.

Malgré tout, un certain nombre de freins subsistent et une accélération et une amélioration de la mise à disposition des données est aujourd'hui nécessaire dans le respect de l'intérêt de santé publique et de manière éthique, confidentielle et sécurisée. Il sera notamment nécessaire de préciser les données prioritaires, les modèles de financement, le socle minimal de données et leur standardisation...

2.5.5.1 Identifier, constituer et pérenniser des bases de données

De grandes avancées ont déjà eu lieu en termes d'utilisation secondaire des données de santé (données pseudonymisées), mais la France demeure au milieu du gué en ce qui concerne l'enrichissement des données médico-administratives avec d'autres types de données plus médicalisées qui se trouvent à l'hôpital, dans les cabinets de ville, etc. De nouveaux usages, de nouveaux systèmes d'information se mettent en place, de nouveaux besoins émergent aussi qui interrogent les outils et les bases de données telles que constituées ou à constituer. Les données hospitalières sont en cours de consolidation sous l'impulsion notamment de la démarche France 2030, mais l'effort reste à poursuivre. De même pour les données de médecine de ville, où l'on note le lancement d'un consortium pour mettre en place un entrepôt de médecine de ville, qui doit être conforté dans les prochaines années. Le pays dispose aussi de nombreux registres et cohortes qui demeurent cependant éparpillés et peu accessibles et dont l'usage est à repenser dans le cadre du développement des entrepôts de données et du système national des données de santé (SNDS) médicalisé.

L'enjeu est donc de rendre ces bases davantage visibles, ainsi que leur contenu, davantage exploitables et de trouver des modèles de financement capables d'assurer leur pérennisation.

2.5.5.2 Accélérer l'accès aux données de santé

Une première gouvernance pour permettre l'accès aux données a été établie, mais elle s'applique au niveau national et n'est pas encore harmonisée au niveau local. La multiplicité des démarches en fonction des cas de figure ne rend pas non plus facile la compréhension des exigences réglementaires par les utilisateurs des données. Notamment, une clarté est attendue en ce qui concerne les obligations et l'information des patients. Aujourd'hui, les délais d'accès demeurent dissuasifs pour l'écosystème, tant sur l'aspect réglementaire, sur l'appariement que sur la livraison et la contractualisation. Une partie des délais imposés ne sont par ailleurs pas nécessairement respectés. Des travaux relatifs à l'industrialisation de certaines procédures et leur simplification administrative sont en cours et doivent se poursuivre.

2.5.5.3 Construire un cadre de confiance au partage de données au niveau national et européen

Aujourd'hui, les producteurs de données bénéficient encore trop peu de valorisation de leur travail, en termes financier ou de reconnaissance académique par exemple. Il y existe encore trop peu de transparence et de lisibilité des règles du processus de partage des données qui permettent de les sécuriser ou les rassurer. Les cadres et modalités d'application des différentes réglementations demeurent encore trop peu connus ou appliqués, par exemple en termes de tarification. Le fait que la France pilote le prototype de l'Espace européen des données de santé (EHDS) avec quinze partenaires européens devrait être de nature à permettre la clarification du dispositif.

D'autre part, un effort est encore nécessaire en termes de pédagogie et en faveur de la compréhension du grand public, qui permettrait d'insuffler une culture de la donnée de santé via l'information et la construction d'une compréhension commune des enjeux et du potentiel qu'elles représentent. Un lien est nécessaire à formaliser entre l'usage primaire et secondaire des données de santé, par exemple par le biais de Mon Espace Santé. La sécurisation de ces données demeure aussi une thématique à adresser.

2.5.5.4 Dynamiser l'écosystème des utilisateurs pour des usages fiables et à impact

L'objectif est de permettre l'émergence d'une communauté d'utilisateurs, d'un écosystème dynamique et innovant d'utilisation secondaire des données de santé qui se saisisse des opportunités offertes par l'ouverture des données, avec des bénéfices forts pour l'innovation, la recherche, l'optimisation des outils des professionnels de santé et du système de santé.

Or, aujourd'hui, il existe encore un certain nombre d'enjeux majeurs auxquels faire face pour remplir cet objectif : la formation et le développement de l'expertise (chercheurs, industriels...), notamment en ce qui concerne la base principale du système national des données de santé, qu'il s'agisse de formation initiale ou continue ; la création des outils et méthodes de traitement des données à disposition des porteurs de projets ; la création d'un cadre de fiabilité des études permettant d'apporter la garantie de leurs résultats ; la facilitation de l'intégration des innovations produites dans les systèmes d'information existants des systèmes de soin (qui peuvent parfois être obsolètes ou mis à jour de manière très irrégulière) ; l'investissement important dans le financement et l'incitation à l'innovation, par exemple pour le tissu de startups françaises.

2.5.5.5 Renforcer l'usage des données de santé dans la conception, le pilotage et l'évaluation des politiques de santé

Le développement du numérique amplifie la multiplication des données de santé à la fois au sein des institutions mais aussi celles produites par les patients eux-mêmes (dispositifs connectés, application santé...). Devant cette multiplication, il paraît nécessaire de rationaliser les collectes afin qu'elles pèsent moins sur les acteurs du système de santé tout en étant plus pertinentes, d'optimiser les processus du recueil d'informations et de poursuivre les efforts sur la qualité des données mobilisées, à la fois en termes de représentativité et d'exhaustivité.

Il est par ailleurs opportun de construire des indicateurs à différents niveaux géographiques afin d'appuyer le pilotage des politiques publiques à ces différents niveaux. Il faut aussi, à côté des indicateurs qui couvrent les résultats en santé publique, construire et diffuser des indicateurs plus opérationnels qui reflètent l'action des pouvoirs publics.

Enfin, afin d'assurer un usage pertinent et éclairé des données, il apparaît important de développer des programmes de sensibilisation (questions autour de la production des données de santé, de leur utilisation et de leur qualité) de l'ensemble des personnes en charge des politiques publiques, notamment dans les formations administratives jusqu'au plus haut niveau et à leur entrée en fonction, afin de systématiser le réflexe de cet usage.

2.6 Miser sur la recherche et l'innovation

2.6.1 Faire évoluer la recherche biomédicale

La crise Covid a mis en exergue pointé la nécessité d'une coordination nationale renforcée. La difficulté à attirer les professionnels les plus prometteurs vers les métiers de la recherche et du soin est une autre cause du recul de la France : départs à l'étranger, non-retours de post-doc, reconversions, absence d'attractivité pour les chercheurs étrangers, et dénigrement de la trajectoire hospitalo-universitaire par les jeunes médecins et pharmaciens. Il s'agit donc pour les années à venir d'améliorer le pilotage stratégique de la recherche biomédicale et son organisation, d'en refonder les modalités de financement, de valoriser et faciliter l'activité de recherche hospitalo-universitaire, de faire évoluer le cadre réglementaire notamment pour prendre en compte et évaluer les nouvelles méthodologies d'essais cliniques (essais en vie réelle, adaptifs, in silico).

Enfin, une attention particulière devra être portée quant à la valorisation et la sécurisation du transfert technologique des résultats de la recherche biomédicale, ainsi qu'à la capacité à les intégrer dans le système de soins. Il s'agira notamment de développer les levées de fonds françaises, pour faire croître les start-ups et financer des essais cliniques. La piste de la création d'un fonds souverain dans le cadre de France 2030 pourra être explorée, afin d'investir dans des stratégies d'essais cliniques risquées, jouissant d'une expertise et se prémunir de leur départ outre-Atlantique faute de capitaux et d'équipes d'investissement suffisamment expertes en biotechnologies.

2.6.2 Intensifier la recherche en santé publique et en sciences humaines et sociales

En matière de recherche en santé publique, un premier enjeu consistera à accélérer la production des connaissances et l'utilisation des meilleures interventions en sécurité sanitaire, prévention, promotion de la santé (données probantes et prometteuses). Un second enjeu sera de couvrir les domaines de recherche prioritaires : exposome, changement climatique, ses effets sur la santé et la société, modélisation des interactions des différents déterminants de santé, nouveaux risques à évaluer, santé mentale. Enfin, un dernier enjeu sera de structurer ce champ de la recherche en santé, tant au niveau national que régional. Il conviendra notamment de s'appuyer sur le développement de nouvelles cohortes, la connaissance des mécanismes d'émergence et d'interaction des facteurs de risque, l'identification de biomarqueurs prédictifs au travers des méthodes dites « multiomiques » et de biologie systémique, et de leur analyse bio-informatique et par intelligence artificielle, et la conception et l'évaluation de programmes de prévention innovants.

Face aux nombreuses transformations observées en santé, les recherches en sciences humaines et sociales permettent d'analyser des changements dans les représentations, les activités et les pratiques des acteurs et dans le fonctionnement des organisations. Or les recherches mixtes combinant des analyses qualitatives et quantitatives sont un vecteur important de développement des connaissances et doivent tout particulièrement être soutenues. Il en est de même pour les recherches participatives, en plein développement, du fait de leur capacité à faire participer toutes les parties prenantes aux travaux de recherche et ainsi à promouvoir l'« empowerment » et la littératie en santé. Des travaux proposant un programme de transfert des connaissances issues de la recherche vers les acteurs concernés, en particulier, vers les décideurs, doivent être développés.

2.6.3 Diffuser les organisations innovantes à valeur ajoutée

Si l'innovation vient des acteurs eux-mêmes — chercheurs, professionnels de santé, industriels — son développement procède notamment d'une politique publique favorable à l'innovation. C'est ainsi qu'un dispositif, dit « article 51 » créé en 2018 permet d'expérimenter des innovations organisationnelles qui ne trouvent pas leur chemin dans le système actuel et qui nécessitent de déroger aux règles de droit commun pour être mises en œuvre.

Début 2023, plus de 130 expérimentations sont en cours de déploiement et de premiers résultats d'évaluation sont disponibles pour près de la moitié d'entre elles. Le décloisonnement des financements et des interventions que permet l'Article 51 est un outil efficace pour soutenir l'émergence de parcours centrés sur les besoins de la personne. Entre 30 et 40 expérimentations arrivent à leur terme respectivement en 2023 et 2024. Si certaines pourront être prolongées pour confirmer de premiers résultats et aller au bout de la logique expérimentale, il sera critique pour permettre l'accompagnement de nouveaux projets, de savoir clore cette phase expérimentale, soit parce que les résultats ne seront pas au rendez-vous, soit à l'inverse parce qu'ils le seront et qu'il sera nécessaire d'en tirer toutes les conséquences dans le droit commun.

Dans une logique d'adaptabilité et de transformation en continu du système de santé, les objectifs à moyen terme sont en conséquence de garantir la capacité de développement de nouvelles expérimentations, de pérenniser le dispositif en l'inscrivant dans l'organisation du ministère chargé de la santé, ainsi que de définir et mettre en œuvre une démarche de transposition des expérimentations dans le droit commun, intégrant les différentes parties prenantes du dispositif 51 et permettant d'accompagner les projets dans leur déploiement.

Cible : regagner en 2026 une capacité annuelle de 30 nouveaux projets autorisés par an et avoir généralisé 15 expérimentations à horizon 2028.

2.6.4 Porter l'innovation au service de la prévention pour protéger et améliorer la santé des populations

L'innovation en matière de prévention peut aider à améliorer la santé des individus et des populations en identifiant les risques de maladies et en permettant la mise en place d'actions de prévention plus ciblées et efficaces.

En matière de prévention primaire et secondaire, il s'agira de promouvoir le développement des nouvelles capacités matérielles de prévention sélective ou indiquée, de dépistage ou d'autodiagnostic, de nouveaux vaccins, biothérapies ou traitements prophylactiques, tout en améliorant le recours aux dépistages, vaccins existants, et plus globalement le recours aux dispositifs et actions de prévention. Il s'agira aussi de développer des innovations pour l'évaluation des risques individuels et leur réduction. Dans une approche par âge de la vie, il s'agira de couvrir les innovations allant de la prévention de l'infertilité et dépistages néonataux, à la prévention de la perte d'autonomie et au bien vieillir chez soi et dans la cité.

En matière de prévention tertiaire, il conviendra de développer les outils et dispositifs utiles à la sécurité, pertinence et bon usage des produits de santé, à leur prescription, à l'éducation thérapeutique des patients et au parcours de santé.

2.6.5 Offrir aux innovations qui ont fait la preuve de leur utilité un cadre d'accès au marché accéléré et simplifié

L'accès à des innovations préventives et curatives nécessite un parcours réglementaire important permettant de s'assurer de l'intérêt d'une prise en charge par la collectivité pour ces dispositifs ou traitements présumés innovants et de leur sécurité. Néanmoins, il persiste des axes d'amélioration dans l'accès aux thérapies, produits, et actes innovants.

Il y a donc une priorité à améliorer l'articulation entre les différents dispositifs d'accès (dérogatoire et de droit commun), et plus généralement à dynamiser l'ensemble du système pour mieux prendre en compte la durée de vie d'une innovation.

2.7 Eclairer les décisions par l'évaluation et la prospective

Systematiser l'évaluation de l'impact en santé (EIS) en amont de lancement de projets ou programmes structurants dans les territoires et développer une culture partagée entre les acteurs de la santé publique et ceux de l'aménagement (architectes, services techniques et d'urbanisme des collectivités, élus locaux...) contribuera à orienter les décisions en faveur de la santé.

Par ailleurs, l'élaboration et la mise en place des politiques de santé doit pouvoir bénéficier d'un éclairage prospectif à intervalle régulier. Cet éclairage doit permettre de faire ressortir les nouvelles menaces et les nouvelles opportunités pour la santé des Français. A ce jour, il n'existe pas de travaux de cette nature pour la santé dans son ensemble.

En matière de démographie, si les effets des politiques sur la quantité de professionnels formés ne prendront leur plein effet que dans quelques années, des marges de manœuvre sont envisageables pour mieux répondre aux besoins de la population en considérant que des partages

de compétences sont possibles entre professionnels. Différentes pistes peuvent être suivies mais il faut prendre en considération qu'avec l'évolution des pratiques et des attentes des jeunes professionnels l'augmentation seule du nombre de professionnels à former restera insuffisante. Le cadre d'analyse conceptuel des outils d'analyse et de prospective en matière démographique doit évoluer de concert avec les évolutions attendues du système de santé en combinant une approche quantitative et qualitative. C'est cette dynamique intégrant une vision transverse à toutes les professions, fondée les évolutions organisationnelles, les évolutions des champs de compétences, etc. qu'il faudrait pouvoir modéliser et prendre en compte afin d'améliorer les outils, quantitatifs et qualitatifs, permettant d'appréhender la démographie, actuelle et future des professionnels mise en corrélation avec les besoins de la population (vieillesse, augmentation des maladies chroniques, de la dépendance...) et les enjeux de santé publique (climatiques, environnementaux...).

De même, afin de renforcer son positionnement en matière d'innovation en santé au niveau mondial, la France doit se doter d'une réelle capacité d'anticipation stratégique, scientifique et opérationnelle. Identifier les futurs domaines de haute importance stratégique permet de préparer le système de santé à intégrer ces innovations (sur les plans organisationnel et financier) et de faire émerger des innovations dans des domaines où les besoins médicaux sont aujourd'hui insuffisamment ou non-couverts (ou le seront demain).

Il conviendra donc, d'une part, de produire à intervalle régulier, tous les 5 ans, une étude prospective sur la santé et d'autre part, d'assurer une veille sur les innovations de rupture, notamment biotechnologiques, à venir.

3 Les volets spécifiques

3.1 Volet Politique de santé des enfants et des adolescents

De la naissance à 18 ans, les enfants et les adolescents représentent 25 % de la population française. Beaucoup se joue dès les premiers mois et 3 premières années de vie, d'où l'importance de porter une attention toute particulière sur les 1000 premiers jours.

L'état de santé des enfants et des jeunes en France est globalement bon, mais des progrès restent à faire tant les inégalités sociales de santé sont installées dès le plus jeune âge. Elles sont liées à la conjonction de déterminants défavorables qui ont des effets à la fois sur le développement cognitif, sur le développement physique et sur le bien-être psychique.

Les chiffres régulièrement cités montrent l'écart important entre les enfants issus des familles favorisées et ceux issus des familles défavorisées, ce qui invite à renforcer les politiques de prévention et à agir précocement et de manière soutenue.

Les inégalités déjà observées au début des années 2000 persistent, ainsi, si les enquêtes en milieu scolaire montrent que le nombre d'enfants en surpoids ou obèses n'augmente plus, c'est essentiellement dû à de meilleurs chiffres dans les groupes sociaux les plus favorisés. Enfin, dans le cadre de la crise sanitaire actuelle, le renforcement des inégalités que des études récentes ont montré est une source de vive préoccupation.

Il est possible d'identifier plusieurs grands champs de la santé qui témoignent des inégalités sociales et territoriales de santé chez les enfants :

- La santé périnatale : prévention de la prématurité et des petits poids de naissance, prévention de la dépression périnatale chez les mères et les pères, promotion de l'allaitement
- La prévention des expositions, dès la période prénatale : alcool, tabagisme passif. L'exposition aux risques chimiques (dont les perturbateurs endocriniens) a fait également l'objet d'une attention grandissante au cours de ces dernières années.
- Les problèmes de santé liés à la sédentarité, dont le surpoids et l'obésité que la crise sanitaire a aggravés
- La santé bucco-dentaire : Des retards, voire une insuffisance de prévention ou de prise en charge : troubles du neurodéveloppement (notamment les troubles des apprentissages) et des troubles sensoriels (port des verres correcteurs par exemple)
- La souffrance psychique et la maltraitance.

S'agissant des jeunes, les études montrent que l'état de santé des adolescents et jeunes adultes en France est très satisfaisant en moyenne. Néanmoins, ces jeunes sont très exposés aux comportements à risque (conduites addictives, santé sexuelle, mauvaise alimentation et sédentarité) et n'échappent pas aux inégalités sociales et territoriales de santé. Ils ont enfin payé un lourd tribut de la crise sanitaire notamment en termes de santé mentale.

Ainsi, les données de l'enquête CoviPrev de Santé publique France datant d'avril 2021 montre une hausse de plus de 18 points de la prévalence des troubles dépressifs chez les 16-24 ans, qui atteint 31,5% de cette tranche d'âge contre 12,5% en 2019. D'autres indicateurs notamment ceux relatifs aux troubles anxieux et troubles du sommeil ou encore à la prégnance des comportements

addictifs témoignent également d'une dégradation particulièrement importante et inédite que nous ne pouvons ignorer. Elle invite à concentrer nos efforts sur une meilleure prévention, repérage et prise en charge de la santé mentale.

Parmi les jeunes, les jeunes aidants sont particulièrement à risque en matière de santé. En effet, 17% des jeunes aidant.es ont eux-mêmes des problèmes de santé (JAID, "Qui sont les jeunes aidant.es au lycée ?". De plus, plus l'aide apportée est importante, plus la santé, physique et mentale, de cette population est dégradée. Ces jeunes sont aussi plus enclins à développer des comportements à risques comme forme d'échappatoire. Il est notamment observé des problématiques de tabagisme plus importantes (JAID, "Webinaire Campus-Care : résultats"). Comme pour les aidants adultes, les jeunes aidants vont négliger leur propre santé en mettant celle de leur proche au premier plan.

Commenté [11]: Proposition d'ajout

Face à ce constat et au vu des stratégies et plans déjà engagés, les enjeux sont les suivants :

1) Concernant les 0-12 ans

- Renforcer le suivi et la prévention en période périnatale
- Renforcer le suivi de la santé de l'enfant en optimisant le parcours de prévention
- Construire des environnements favorables à la santé physique et mentale de l'enfant

2) Concernant les 12-18 ans

- Améliorer l'information des jeunes sur la santé dans l'ensemble des lieux physiques et numériques qu'ils fréquentent
- Renforcer la promotion de la santé des jeunes dans tous leurs lieux de formation
- Renforcer le suivi de la santé des jeunes en optimisant les parcours de prévention et renforçant l'accès aux soins
- Construire des environnements favorables à la santé des jeunes

Enfin, s'ajoute un enjeu transversal d'améliorer les connaissances sur la santé des enfants et des jeunes, y compris en outre-mer.

Afin de développer une vision globale des politiques de santé de l'enfant, des réponses de court, moyen et long termes doivent être apportées pour faire évoluer et renforcer la santé de l'enfant et la pédiatrie. C'est le sens des « Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant » qui doivent avoir lieu courant 2023.

Il s'agit d'engager un travail collectif autour du fonctionnement des disciplines pédiatriques, de la prise en charge des enfants dans des parcours coordonnés entre la ville et l'hôpital, mais aussi d'investir durablement sur la santé des enfants dans tous leurs lieux de vie, dans le cadre d'une stratégie pluriannuelle. Les enjeux en sont de répondre aux besoins spécifiques de certains enfants, de faire de l'amélioration de la santé mentale de nos enfants une priorité, de développer une politique de prévention adaptée aux nouveaux risques, de garantir aux enfants des outre-mer les mêmes chances en santé qu'aux autres enfants de métropole, de créer un choc d'attractivité pour mieux reconnaître, mieux valoriser et mieux former aux métiers de la santé de l'enfant et enfin de faire de la France un pays leader dans la recherche et l'innovation en santé de l'enfant.

3.1.1 Garantir en établissement d'accueil du jeune enfant le respect des besoins fondamentaux de l'enfant et mieux accompagner son développement

Un rapport récent a dressé le constat d'une qualité d'accueil particulièrement hétérogène dans les établissements d'accueil du jeune enfant, personnes en situation de vulnérabilité et de dépendance. Il est nécessaire d'accompagner la montée en qualité du secteur, et de renforcer sa capacité à répondre pleinement aux besoins des enfants.

A ce titre, il y aura lieu, dans les prochaines années, de renforcer le système de signalement, de contrôle et de suivi des suspicions de maltraitance au sein des lieux d'accueil, de réformer les règles d'organisation et de financement afin de prévenir le risque de la maltraitance en crèche, et de développer une culture professionnelle de la bientraitance fondée sur le souci de la qualité d'accueil du jeune enfant.

Par ailleurs, il s'agira de développer l'accompagnement en santé des enfants accueillis dans les modes d'accueil du jeune enfant dans la suite de la réforme du cadre normatif des modes d'accueil du jeune enfant - dite Norma-, qui comporte plusieurs évolutions importantes en cours et à venir en matière de santé et d'accueil plus inclusif : autorisation pour les professionnels des modes d'accueil d'administrer des médicaments, création de la fonction de référent santé et accueil inclusif, mise en œuvre obligatoire d'analyse des pratiques professionnelles

Enfin, il faudra définir un socle commun de compétences des professionnels du soutien à la parentalité, en actualisant le contenu des formations initiales et continues pour améliorer la connaissance des professionnels sur le développement de l'enfant et ses besoins fondamentaux, les processus de parentalité et le système familial.

3.1.2 Accompagner la parentalité numérique et protéger les enfants dans la sphère numérique

Face à l'accroissement des usages numériques des enfants, il s'agit de sensibiliser les familles tout en leur proposant des actions d'accompagnement au plus près de chez eux et renforcer la protection des enfants autour de la surexposition aux écrans. Il est ainsi nécessaire de renforcer les actions de sensibilisation des parents, des jeunes et des professionnels autour de la surexposition aux écrans, économie de l'attention et du cyberharcèlement et renforcer l'accompagnement des parents autour des jeux vidéo. C'est ainsi que les informations concernant les effets des écrans, à destination des parents, des enfants et des professionnels qui les accompagnent doivent être rendues plus accessibles et lisibles, notamment par le biais du site partenarial jeprotegemonenfant.gouv.fr.

3.1.3 Renforcer la politique de prévention primaire et secondaire en matière de protection de l'enfance et améliorer la prise en charge des enfants protégés

Les enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable avec des besoins en santé spécifiques. Pourtant, leur accès aux soins peut être difficile, avec des parcours de soins mal coordonnés et une offre de soins adaptés qui n'est pas toujours suffisante, notamment en matière de soins psychiques et de handicap. Or, les études disponibles montrent que les enfants protégés ont pour 70 % d'entre eux

besoin d'une prise en charge psychique et que 20 % d'entre eux présentent une reconnaissance administrative du handicap.

Leur santé peut être impactée tout au long de la vie par les négligences, violences, et expériences négatives subies pendant l'enfance. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé reconnaît que la maltraitance – qu'elle se manifeste sous forme d'actes de nature physique (abus physique), psychologique (maltraitance psychologique, exposition à la violence conjugale) ou d'omission de réponse aux besoins des enfants (négligence) – constitue un enjeu de santé publique. Les conséquences de la maltraitance envers les enfants sur leurs développements sont importantes et documentées de manière longitudinale, notamment sur les plans socio-affectif, physique, neurobiologique et cognitif.

Afin de répondre à ces enjeux, il est nécessaire, dans les prochaines années, de renforcer la politique de prévention primaire et secondaire en matière de protection de l'enfance, notamment en harmonisant les pratiques et en généralisant les meilleurs standards scientifiques. Un référentiel national d'évaluation des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant, réalisé par la Haute autorité de santé, sera déployé pour ce faire. Par ailleurs, seront développées des interventions à domicile auprès des parents en situation de handicap et auprès des parents d'enfants en situation de handicap. Enfin, il s'agira de soutenir la mise en œuvre dans l'ensemble des départements de l'évaluation des besoins en santé des personnes se présentant comme mineurs non accompagnés lors de la phase d'évaluation de leur minorité et de leur isolement.

Pour améliorer la prise en charge des enfants protégés, seront proposés des modes de prise en charge adaptés et garanti un meilleur accès aux soins. Le renforcement du maillage territorial des Unités d'accueil pédiatrique enfant en danger (UAPED) pour parvenir à une unité par ressort de tribunal judiciaire permettra ainsi aux mineurs victimes ou présumés victimes de bénéficier d'une évaluation, d'une prise en charge globale de sa santé, et d'un traitement judiciaire adapté. Par ailleurs, il conviendra de déployer sur tout le territoire un parcours de soins coordonnés pour les enfants protégés, incluant notamment l'accès à des soins psychiques précoces, pour leur suivi médical et régulier à l'appui de la réalisation du bilan de santé et de prévention

Enfin, il s'agira de développer les offres de prise en charge adaptées pour les enfants en situation de handicap avec la création d'équipes mobiles pour intervenir auprès des enfants et des professionnels, ainsi qu'avec le renforcement des moyens dans le secteur médico-social pour proposer des solutions de répit destinées aux enfants cumulant des difficultés sociales et un handicap.

3.2 Volet Outre-mer (Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Martinique, Mayotte, St Barthélémy, St Martin, St Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna)

Les territoires ultramarins se caractérisent par un éloignement géographique doublé d'une situation d'insularité⁷, une inscription dans des environnements géopolitiques très différents de celui européen de l'hexagone, une diversité ethnolinguistique des populations, des taux de pauvreté particulièrement élevés⁸, situés entre 34 et 77% pour une moyenne hexagonale de l'ordre de 15%, et des inégalités de santé réelles.

⁷ À l'exception de la Guyane

⁸ Sauf pour St Barthélémy et St Pierre-et-Miquelon

Les efforts engagés au bénéfice des territoires ultramarins doivent être poursuivis et amplifiés afin de fournir aux concitoyens d'outre-mer un niveau de santé et de prise en charge comparable à ceux dont bénéficie la population hexagonale.

Pour adapter l'action publique au plus près des besoins, il est indispensable que la territorialisation des données de santé soit d'un meilleur niveau d'exhaustivité concernant l'outre-mer que ce n'est le cas actuellement : pour ce faire, toutes les enquêtes et études en santé comprenant un volet territorial devront être adaptées et déclinées dans l'ensemble des outre-mer et *a minima* dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

Dans les territoires d'outre-mer, la stratégie nationale de santé poursuit, au-delà de ses objectifs nationaux, plus particulièrement les objectifs suivants :

3.2.1 Dans l'ensemble des collectivités d'outre-mer régies par l'article 73 de la Constitution et à Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre et Miquelon et Wallis-et-Futuna

3.2.1.1 Améliorer l'attractivité pour les professionnels de santé

Les territoires ultramarins font face à une problématique d'attractivité accrue par rapport à l'hexagone (attractivité « à éclipses » que le turn-over important aux Antilles illustre ou déficit majeur d'attractivité lié à une image de territoire un peu « hors normes » comme à Mayotte ou en Guyane).

En outre, les capacités de formation initiale (médicale et paramédicale) de ces territoires sont beaucoup plus restreintes que dans toute autre région de France. A l'exception de La Réunion et des Antilles, territoires pour lesquels c'est essentiellement un deuxième cycle d'études médicales en cours de création qui leur fait actuellement défaut, les autres territoires sont marqués par une capacité de formation limitée eu égard à leur taille notamment. Cette situation a pour conséquence une très forte dépendance vis-à-vis des ressources en professionnels de santé formés extra-territorialement. Dès lors, le défi de l'attractivité, déjà majeur dans l'hexagone, apparaît-il redoublé dans les outre-mer.

La densité de professionnels de santé, en établissements tout particulièrement, s'avère ainsi insuffisante pour couvrir les besoins. En outre, l'exercice professionnel outre-mer présente des spécificités, en termes d'isolement de certaines modalités d'exercice notamment, qui nécessitent de faire de ces spécificités une source d'attractivité.

Il sera donc nécessaire dans les prochaines années de prévoir des modalités d'incitation à la réalisation de stages outre-mer durant la formation puis à la prise de postes hospitaliers au cours de la carrière, de décrire, faire connaître, valoriser et mieux reconnaître les acquis majeurs d'un exercice professionnel en outre-mer ainsi que de penser des dispositifs structurels encourageant les partenariats entre centres hospitaliers ultramarins et hexagonaux pour favoriser et sécuriser les allers-retours tout au long de la carrière.

Afin d'augmenter le temps soignant, il conviendra de favoriser les dispositifs de recrutement de médecins étrangers (PADHUE), le financement de leur formation et de pérenniser leurs recrutements, ainsi que de trouver les solutions permettant de développer l'offre de formation

en pratique infirmière avancée (IPA) sur les territoires tout en développant la valorisation des acquis de l'expérience. Il s'agira aussi de renforcer et accélérer le déploiement des formations médicales et paramédicales outre-mer afin d'inscrire l'installation des professionnels de santé dans la durée au profit de chaque territoire, de soutenir le développement universitaire de la santé outre-mer et d'assurer la montée en charge rapide des 2èmes cycles des études médicales et mettre en place des contrats du type « contrats d'engagement de service public outre-mer » avec tous les professionnels de santé. Enfin, amplifier le recours au partage sécurisé de données et les usages de la télémédecine permettra de sécuriser l'exercice isolé ou en situation de faible densité médicale.

3.2.1.2 Renforcer l'offre de soins

La taille des territoires ultramarins et de leurs populations a pour conséquence structurelle un dimensionnement et une diversité de l'offre de soins qui y sont en partie proportionnés. Certains types de prises en charge ne présentant de garantie de sécurité et de qualité qu'en regard d'un nombre suffisant de cas traités, certaines prises en charge de recours ont vocation à ne pas être déployées sur ces territoires et à être accessibles par recours à des services extraterritoriaux. Aussi les évacuations sanitaires (EVASAN), qui ont été si nombreuses dans l'hexagone durant la crise Covid dans un contexte exceptionnel, constituent-ils outre-mer, selon les filières de soins, la modalité de recours pour la réalisation de certains actes ou types de soins.

Néanmoins, certains territoires ont encore besoin, indépendamment de leur taille, de consolider et de compléter leur offre de soins à court ou moyen terme afin de disposer d'un premier niveau de réponse robuste et adapté. L'enjeu principal est donc de dissocier l'offre de soins qui doit absolument être disponible localement dans une logique de nécessaire proximité de celle dont le niveau de recours a vocation à rester extraterritorial dans une logique de garantie de qualité et de sécurité des soins. L'évitement de la perte de chances guide cet arbitrage ainsi que le recours corollaire aux EVASAN.

Les priorités, pendant les années à venir, seront de poursuivre la sécurisation des évacuations sanitaires (homogénéisation et protocolisation des conditions d'adressage, réduction des délais de prise en charge, adaptation des vecteurs et de leur disponibilité...) et l'amélioration de la qualité des parcours de soins (en évitant les ruptures de parcours, y compris la prise en charge du retour) ; de décliner dans les schémas régionaux de santé 2023-2028, par filière de soins, les pans d'offre devant être accessibles localement et restant encore à déployer ; de consolider les partenariats entre établissements hexagonaux et ultra-marins permettant de garantir l'accès aux niveaux de recours extraterritoriaux de ces filières ; enfin de soutenir les initiatives de développement de l'offre de soins sur ces territoires, après une analyse de type bénéfice-risque, y compris le cas échéant en dérogeant à certains critères d'autorisation.

3.2.1.3 Développer l'offre de prises en charge pour les personnes âgées et handicapées

Les taux d'équipement en établissements et services à destination des personnes âgées et handicapées (adultes et enfants) sont sensiblement plus faibles qu'en moyenne nationale. Cette situation a pour conséquence une logique de maintien à domicile décorrélée du niveau de soins ou de prise en charge adapté et de la capacité des aidants à faire face seuls à des besoins complexes. Le taux d'équipement en EHPAD, de 2 à 3 fois moindre outre-mer, s'inscrit dans une dynamique de vieillissement accélérée des populations de certains territoires, tout

particulièrement aux Antilles, de nature à accroître encore fortement les difficultés rencontrées. Pour les personnes en situation de handicap, ce déficit d'offre a des impacts directs sur la vie des personnes tout au long de leur parcours car il induit des retards de diagnostic et des délais de prise en charge excessivement allongés qui obèrent une partie de leurs capacités d'autonomisation.

Il sera donc nécessaire dans les prochaines années d'assurer le déploiement du plan de rattrapage de l'offre pour les personnes âgées outre-mer en s'adaptant aux territoires très différents les uns des autres, de renforcer le virage domiciliaire (en explorant toutes les solutions possibles, le modèle du maintien à domicile doit être favorisé au maximum, surtout dans des territoires où la solidarité familiale est encore relativement forte), et de conforter concomitamment le développement des structures de répit pour les aidants.

Concernant l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap, il faudra structurer l'offre en remédiant aux besoins non couverts aujourd'hui, par la mise en œuvre d'un programme d'innovation et d'un plan d'investissement dédié, au développement accéléré.

3.2.1.4 Amplifier la prévention afin de réduire la prévalence des maladies chroniques

La progression des maladies chroniques est importante et continue outre-mer. Le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires et l'insuffisance rénale chronique terminale connaissent des taux de prévalence beaucoup plus élevés que dans l'hexagone. L'obésité y constitue un fléau avec des taux de population concernée significativement supérieurs.

Parallèlement, les infections par le VIH représentent toujours un réel problème de santé publique dans les départements d'Amérique -Guyane, Guadeloupe et Martinique- et la tuberculose gagne également du terrain, notamment chez les plus précaires et les personnes en situation migratoire.

Ces constats sont à mettre en miroir d'habitudes de vie moins favorables à la santé en outre-mer que dans l'hexagone, dans un certain nombre de domaines (qualité et diversité des consommations alimentaires, activité physique, pratiques de consommations ou comportements plus à risques...) malgré des améliorations notables depuis la précédente SNS. Dans ce contexte, il sera opportun de développer un « bouclier qualité-prix santé », c'est-à-dire de bonne qualité nutritionnelle, afin que la *malbouffe* cesse d'être plus accessible que la bonne alimentation (boisson comme aliments).

Il conviendra de développer la recherche pour mieux évaluer les contextes de risques (facteurs génétiques, toxicologiques, sciences humaines et sociales etc.), ainsi que de poursuivre en les renforçant les actions mises en place sur tous les déterminants de santé, notamment ceux liés aux modes de vie marqués, dans un contexte de plus grande précarité, par des inégalités sociales en matière de nutrition, un sous-recours voire une absence de recours au dépistage, des conduites à risques... Ces actions seront évaluées et les actions probantes valorisées.

La fraction de la population difficile à atteindre (problème de littératie en santé, sentiment d'abandon etc.), cumulant des déficits socio-économiques, une grande part des expositions aux risques et de la prévalence des maladies non transmissibles devra être mieux identifiée, et bénéficier de la concentration de la majorité des moyens de prévention. Il sera aussi nécessaire de promouvoir, développer et professionnaliser les fonctions de médiation en santé, pour

privilégier l'aller-vers les populations et adapter les messages de prévention aux enjeux socio-culturels de ces populations.

3.2.1.5 *Améliorer l'état de santé des mères et des enfants*⁹

Dans des contextes de natalité très différents (dynamique de natalité en Guyane ou à Mayotte / *a contrario* vieillissement de la population aux Antilles) et avec un nombre de naissances annuel très variable d'un territoire à l'autre, un même phénomène est observable outre-mer, celui d'indicateurs de périnatalité (surmortalité maternelle, infantile, péri- et néonatale, prématurité) plus défavorables et dégradés que dans l'hexagone.

Parallèlement, les taux de recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) sont également nettement plus élevés que dans l'hexagone, avec 47,2 IVG pour 1000 femmes de 15-49 ans en Guadeloupe, 43,1 en Guyane, 29, 3 en Martinique, 22,5 à la Réunion et 18,5 à Mayotte, contre 14,4 dans l'hexagone.

Ce problème de santé publique majeur s'avère multifactoriel : majoration du nombre de grossesses précoces et non choisies, prévalence plus forte de l'obésité chez les femmes, moindre suivi ou absence de suivi durant la grossesse dans des situations de forte vulnérabilité (précarité, migration, addictions...)

Il importera dans les prochaines années de décliner outre-mer tous les volets de la politique des 1000 premiers jours (prévention des facteurs environnementaux à risques, entretien prénatal précoce et accompagnement à la parentalité, prévention des addictions dont sensibilisation au syndrome d'alcoolisation foetale, formation à la détection des troubles du neurodéveloppement...) et les actions issues des Assises nationales de la pédiatrie, organisées en 2023.

Par ailleurs, devront être ciblés les principaux facteurs de risques par territoire et mis en place un plan d'actions coordonné en regard permettant de renforcer tous les leviers d'action : organisation de l'offre de soins, sociaux (nutrition, transport), environnementaux, lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants, promotion des bonnes pratiques professionnelles, accès à la contraception et à l'IVG, renforcement de la coopération avec les PMI et de leurs actions en matière de vaccination infantile, entre secteurs libéral et hospitalier...

3.2.1.6 *Renforcer l'offre et la prévention en santé mentale en s'adaptant aux représentations, pratiques et ressources culturelles*

Les territoires ultramarins cumulent des difficultés de deux ordres : une démographie de professionnels en santé mentale particulièrement faible, une diversité ethnolinguistique et des référentiels culturels. Au-delà de cette dimension, la prévalence des symptômes dépressifs et de psycho-traumatismes peut s'avérer jusqu'à deux fois supérieure à la moyenne hexagonale sur certains territoires.

⁹ Objectif ne concernant pas St-Pierre-et-Miquelon

Il conviendra donc, au cours des prochaines années, d'actionner tous les leviers permettant d'augmenter le nombre et le temps médical de psychiatres et pédopsychiatres disponibles sur ces territoires, et notamment les partenariats hospitaliers et le recours à la télé-médecine, de poursuivre toutes les actions nationales en matière de santé mentale (dont 3114 outre-mer, centres de psycho-trauma...), tout en articulant au mieux tous ces dispositifs avec les environnements culturels propres à chaque territoire. La recherche tout particulièrement en ethnopsychiatrie, sera développée. Enfin, la structuration d'une stratégie interministérielle de prévention et de lutte contre les addictions en outre-mer sera nécessaire, notamment en alimentant les acteurs locaux en ressources sur les stratégies et outils de réduction des risques addiction, susceptibles d'être mieux adaptés aux populations que les stratégies et outils métropolitains classiques.

3.2.1.7 Renforcer la prévention et la préservation de la santé des jeunes

Les jeunes en outre-mer sont sujets à plus de risques : ceux liés à la pauvreté qui touche plus de foyers mais pas uniquement comme le montrent le plus fort taux de grossesses constaté chez les mineures, la plus forte prévalence de l'obésité et intensité de certaines addictions dès l'adolescence, des taux de suicide plus élevés chez les jeunes dans certains territoires ou encore la plus forte incidence des cas de violences sexuelles dont sont victimes les enfants dans leur environnement proche.

Les enfants et jeunes les plus vulnérables (enfants handicapés, enfants confiés à l'ASE) doivent bénéficier d'une attention soutenue et d'une priorisation.

Les acteurs de terrain (école, associations) ont besoin d'être davantage soutenus, pour démultiplier leurs efforts.

Ces constats nécessitent une articulation forte des services des collectivités et de l'Etat (PMI, ASE) mais aussi le renforcement de la santé scolaire qui constitue le meilleur levier pour lutter contre les inégalités sociales et repérer les situations à risque (handicap, maltraitance, inceste, suicide, addiction...)

Il sera donc nécessaire dans les années à venir de conduire les actions suivantes :

- Soutenir les écoles dans une démarche partenariale « d'école promotrice de santé » permettant de développer des programmes de promotion de la santé en nutrition, activité physique, addictions, santé affective et sexuelle... , de dépister et suivre les besoins prioritaires (violences, handicaps, intoxications, infections), recruter des chargés de mission santé publique auprès des équipes de santé scolaire pour démultiplier leurs efforts et leur impact, tant auprès des élèves que des équipes pédagogiques ;
- Concevoir et financer des opérations de rattrapage des vaccinations sur les territoires où les taux de couverture vaccinale des mineurs sont insuffisants ;
- Mobiliser l'ensemble des acteurs (dont collectivités) pour maintenir une ouverture vaccinale nécessaire sur chaque territoire ;
- Orienter résolument les programmes de prévention vers le développement des compétences psychosociales, la prévention des violences notamment sexuelles.

3.2.1.8 Redéfinir la stratégie de prévention et de lutte contre les maladies zoonotiques et les épidémies¹⁰

L'outre-mer est confrontée à des risques épidémiques majeurs favorisés par les conditions climatiques et les épidémies d'arboviroses s'y multiplient depuis de nombreuses années :

- Situations endémiques favorisant la propagation des maladies vectorielles (dengue, zika, chikungunya, paludisme...) dans un contexte de résistance accrue aux biocides
- Situations géographiques et socio-économiques impliquant des taux d'incidence importants pour certaines maladies infectieuses (VIH, hépatites, leptospirose, tuberculose...)

Les stratégies de prévention et de lutte doivent donc être pensées sous le prisme du meilleur équilibre entre santé humaine, santé environnementale, santé animale, via une collaboration renforcée des acteurs intéressés par ces différentes dimensions. Elles doivent aussi s'appuyer sur les données de la recherche.

Dans le cadre des initiatives portées par l'OMS, il faudra ainsi notamment parvenir à l'élimination du paludisme en Guyane et à Mayotte.

La dimension préventive des actions menées sera amplifiée, en ciblant notamment les populations touchées par les maladies infectieuses pouvant être éradiquées (leptospirose, lèpre...) et en favorisant chaque fois que possible les actions partenariales. Il faudra anticiper les risques infectieux émergents par une surveillance active et des études actualisées sur les agents infectieux rencontrés sporadiquement, dans le cadre de coopérations transfrontalières renforcées. Par ailleurs, des expérimentations permettant de compléter l'arsenal des modalités classiques de lutte anti vectorielle (notamment technique de l'insecte stérile, techniques de blocage de la transmission virale, etc.) seront développées.

3.2.1.9 Renforcer la résilience des territoires ultramarins face aux crises et aux risques naturels

Les territoires ultramarins sont soumis à des risques cycloniques, sismiques, volcaniques sans commune mesure avec l'hexagone. Parallèlement, d'autres caractéristiques complexifient la gestion de crise : infrastructures plus vétustes car soumises aux effets climatiques, isolement géographique le plus souvent insulaire doublé de difficultés d'accessibilité de certaines zones, offre de soins dont le niveau de recours de certaines filières peut être extraterritorial et qui est plus rapidement saturée, nécessité en regard de pouvoir recourir rapidement à des ponts aériens avec les territoires proches ou l'hexagone...

Ces contextes d'exceptionnalité qui mettent très rapidement en tension le système de santé localement nécessitent de renforcer la résilience et les capacités de gestion de crise sur ces territoires.

¹⁰ *Objectif ne concernant pas St-Pierre-et-Miquelon*

Il sera donc nécessaire dans les prochaines années de poursuivre les exercices opérationnels de gestion de crise et d'évacuations sanitaires massives engageant l'ensemble des acteurs de santé au niveau régional et zonal, de développer une capacité de veille sanitaire et de renforcer la cyber sécurité dans les établissements de santé.

3.2.1.10 Renforcer l'accès à l'eau potable et le contrôle de sa qualité

Les populations ultramarines ne disposent pas toutes d'un accès continu à l'eau potable, à la fois pour des problèmes d'assainissement mais également du fait de l'impact de la grande précarité sur les conditions de cet accès. Or les difficultés d'accès à l'eau potable engendrent des risques de maladies hydriques d'origine virale, bactérienne ou parasitaire favorisées par le transport, le stockage de l'eau et le manque d'hygiène (fièvre typhoïde, hépatite A, gastro-entérites aiguës, choléra).

Beaucoup d'actions à fort impact sur la santé ne relèvent pas du champ de compétence santé. Ainsi les actions relatives à l'assainissement, à l'accès à l'eau relèvent des compétences des collectivités locales, syndicats, bailleurs sociaux, etc. Il semble donc essentiel, dans une perspective « une seule santé » (*One Health*) de travailler en étroite collaboration avec les différents partenaires institutionnels.

Il s'agira pour les années à venir de renforcer les moyens dédiés aux contrôles et orienter les actions des partenaires institutionnels pour développer l'assainissement. Par ailleurs, il faudra développer le recours à des politiques sociales de l'eau afin lutter contre le renforcement des inégalités (installation de bornes fontaines monétiques), les programmes WASH d'accès à l'eau avec un volet médiation en santé ainsi que des programmes de surveillance innovants (veille sanitaire eaux usées hors station d'épuration ; surveillance accrue des « eaux du bord des routes »). Enfin, il sera nécessaire d'anticiper les problèmes futurs de ressources en eau potable outre-mer et d'investir dans des projets innovants ; dans les zones où l'adduction d'eau potable est impossible, la question de l'eau de consommation humaine devra être envisagée sous un angle de réduction des risques et donc de déploiement d'unités individuelles de potabilisation de l'eau, en définissant les modalités de surveillance idoines.

3.2.1.11 Renforcer la coopération régionale et internationale

Les territoires ultramarins, situés à des milliers de kilomètres de l'hexagone, sont pourtant quasi exclusivement tournés vers la métropole et s'inscrivent encore peu dans leur environnement régional, ce qui obère les possibilités de développement de complémentarités, spécialisations, organisations graduées communes pourtant nécessaires à la rupture de leur isolement.

L'intensification de la coopération avec le Canada, le Suriname, le Brésil, Sint Maarten, les pays de la zone de l'Océan indien (Comores, pays du Canal du Mozambique, etc.) apparaît donc cruciale afin de permettre l'émergence de communautés d'intérêts, de « communautés de santé transfrontalières ». Elle est nécessaire pour fluidifier les parcours, garantir un accès aux soins équilibré en termes de dépenses de santé, anticiper et gérer les crises localement.

Il sera donc nécessaire pendant la prochaine décennie d'élaborer une stratégie de coopération internationale en santé par territoire, d'encourager et de soutenir les initiatives consistant à

accueillir des patients extra-frontaliers sous réserve de mesures de contreparties notamment financières (logique de référence / contre-référence) et d'appuyer le développement de l'offre de soins des pays frontaliers. Les initiatives de coopération en santé publique via des programmes de veille sanitaire et de prévention (santé sexuelle notamment) partagés au bénéfice des populations transfrontalières seront soutenues, ainsi que la coopération universitaire dans les domaines de la formation, de la recherche et développement. En matière de gestion de crise, il conviendra de construire des accords relatifs à la coordination des moyens.

3.2.2 Concernant plus particulièrement Mayotte et la Guyane

3.2.2.1 Améliorer l'accès effectif aux droits, à la prévention et aux soins

Le phénomène de pauvreté majoritairement accru en outre-mer par rapport à l'hexagone, sauf exceptions, engendre deux types de situations : le renoncement aux soins par défaut de droits et de moyens ou le sous-recours aux soins y compris lorsque les personnes sont bénéficiaires de droits mais ne les font pas valoir (par méconnaissance de la possibilité ou de la nécessité d'aller voir un professionnel du secteur sanitaire comme médico-social). L'existence de droits ne garantit en effet pas de leur mobilisation effective.

Concomitamment, force est de constater que, malgré une évolution globalement positive, l'espérance de vie outre-mer continue à être moins bonne que dans l'hexagone avec des décrochages particulièrement marqués dans certains territoires.

L'amélioration de l'accès effectif aux droits passe par une approche nécessairement intersectorielle (Etat, collectivités, caisses de sécurité sociale, CAF, établissements scolaires...) pour tendre vers un dispositif partenarial de repérage des fragilités et situations de grande précarité.

Il sera donc nécessaire dans les prochaines années de conduire les actions suivantes :

- Faire aboutir les travaux relatifs à la convergence sociale à Mayotte ;
- Simplifier les procédures d'accès aux soins pour les populations les plus à risque (dont les femmes enceintes) ;
- Renforcer et adapter à chaque territoire les dispositifs PASS en secteur hospitalier comme en ville ;
- Soutenir le développement de la médiation en santé, l'intégrer dans tous les programmes de santé publique, d'accès aux droits, et d'aller vers ; promouvoir ses cursus de formation ;
- Amplifier toutes les actions d'aller-vers et de santé de proximité permettant de sensibiliser les personnes et de renforcer leurs compétences psycho-sociales (actions de type MECC : *Making Every Contact Count - faire en sorte que chaque contact compte*) ;
- Renforcer les dispositifs d'accès aux soins déconcentrés et développer des solutions de transport pour les personnes résidant dans des territoires isolés lorsque le soin ou le service dont elles ont besoin ne peut venir jusqu'à elles ;
- Compléter le panier d'accès aux soins et à la prévention de l'aide médicale de l'Etat (AME) (vaccination HPV et dépistage organisé du cancer actuellement exclus) ;
- S'appuyer sur les acteurs du social et sur la recherche (sociologie, anthropologie, etc.) pour penser les stratégies de prévention et éviter de renforcer les inégalités en santé.

3.2.3 Concernant principalement la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane

3.2.3.1 Diminuer l'exposition de la population aux polluants majeurs

Aux risques naturels ou favorisés par les conditions climatiques outre-mer s'ajoutent des risques de toxicité extrêmement élevés directement liés à l'activité humaine (activité agricole ou aurifère) : contamination historique par le chlordécone aux Antilles, insecticide autrefois utilisé pour lutter contre le charançon dans les bananeraies : pollution massive des sols, eaux, faune..., ainsi qu'intoxications aux métaux lourds, au plomb et au mercure en Guyane, en lien avec les activités d'orpaillage et d'utilisation/dispersion de plombs de chasse, pourvoyeuses directes de handicaps (exposition fœtale durant la grossesse puis exposition dans l'environnement).

Outre le développement de projets de recherche et de surveillance pour améliorer la connaissance sur la santé humaine, les actions d'ores et déjà mises en place devront être poursuivies en matière de lutte contre la pollution au chlordécone (intensification du recours aux dosages de chlordéconémie et aux analyses des jardins familiaux, objectif zéro chlordécone dans l'alimentation, formation des professionnels de santé...) et aux intoxications aux métaux lourds (enquêtes environnementales, prévention et dépistage, mise en place d'une équipe mobile dédiée pour aller à la rencontre des populations à risques, création d'un centre de toxicovigilance en Guyane).

3.3 Volet Corse

Les objectifs identifiés dans les parties précédentes s'appliquent à la Corse. Une attention particulière sera portée à ceux visant à l'accessibilité, la prévention, au virage ambulatoire et à la prise en compte du vieillissement de la population. Cependant, dans le cadre de leur mise en œuvre en Corse, la stratégie nationale de santé soutient également des adaptations opérationnelles tenant compte :

- Des contraintes de ce territoire dues à son statut d'île-montagne, notamment en matière d'accessibilité (chrono-distances, moyens de transports...) et sa démographie dans un contexte de rareté des ressources et de développement de filières régionales dont des filières d'hyper-spécialités et pour certaines hospitalo-universitaires ;
- Du vieillissement de la population plus important que sur le continent : 12% de la population est âgée de 75 ans et plus, pour une moyenne nationale de 9%
- D'une forte précarité observée, puisque le taux de pauvreté monétaire de la Corse est de 14,6 % contre 8,5 % en métropole (la pauvreté touchant particulièrement le plus de 75 ans avec un taux de 18,2 % en Corse contre 9,7 % sur le continent), ce qui génère des inégalités d'accès aux soins élémentaires pour les plus démunis ;
- D'un solde migratoire positif.

3.3.1 Assurer une offre de soins innovante, graduée, adaptée au territoire, avec ses contraintes liées à l'insularité et les accessibilités géographique et économique

Les enseignements de la crise sanitaire ainsi que la limitation des capacités de déplacement sur le continent d'une population plus âgée conjugués au besoin de développement d'une offre ambulatoire préventive et curative de proximité appellent dans les 10 prochaines années à :

Mettre en œuvre des actions ciblées sur les enjeux de santé publique spécifiques au territoire qui touchent la prévention notamment :

- de la femme enceinte et de l'enfant
- des enfants et des jeunes en particulier sur la question des addictions
- des seniors en agissant le plus précocement possible sur la perte d'autonomie
- En améliorant le dépistage des cancers ;

Renforcer l'offre de premier recours en grande fragilité dans un monde rural et montagneux et en responsabilité territoriale et populationnelle, en amont et en aval, des prises en charge aiguës ;

Favoriser la prise en charge ambulatoire et hospitalière territoriale pour limiter le taux de fuite et le renoncement aux soins ;

Reconnaître, autoriser et financer des expérimentations organisationnelles innovantes et spécifiques répondant aux critères de qualité et de sécurité, dans les champs de la prévention, du soin et de l'accompagnement pour tenir compte des logiques d'aller-vers fortement déterminées par les chrono-distances et de la nécessité de développer des activités à forte compétence ou à compétence nouvelle à l'échelle insulaire ; ce qui appelle l'aménagement des critères classiques de seuil ou d'allocation de ressources fondée sur le poids populationnel ;

Développer et sécuriser l'organisation des transports sanitaires aériens et terrestres en infra région et en inter régions ;

Garantir le développement de filières régionales sanitaires et médico-sociales avec pour certaines un statut hospitalo-universitaire innovant et des équipements de nature à répondre aux besoins en soins résultant du vieillissement de la population et des inégalités territoriales et sociales d'accès.

Renforcer l'attractivité des métiers de la santé et de l'autonomie et à inscrire les partenariats avec le continent dans l'organisation insulaire du système de santé ;

Tenir compte des enjeux de modernisation et d'efficacité des établissements au regard d'organisations plus coopératives et plus intégrées public-privé mais également des coûts induits par des organisations à la fois polyvalentes et expertes et de surcroît adaptables pour tenir compte des tensions et des crises sanitaires et de la saison estivale.

3.3.2 Tenir compte de la nécessaire élasticité du système résultant des fluctuations saisonnières dans un contexte d'insularité, de la complexité de transfert de patients vers d'autres régions et des risques émergents

La population de Corse est de 340 000 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 :

- De définir un modèle rendant compatible une configuration de l'offre prévue pour une zone patientèle de 340 000 habitants et une suractivité saisonnière d'avril à septembre ;
- D'assurer une capacité de suppléance locale en cas de tensions ou de crises sanitaires

- D'organiser les réponses en termes d'anticipation et de gestion des risques émergents climatiques, environnementaux ou infectieux.

3.4 Besoins spécifiques de la défense dans le domaine santé : stratégie de santé spécifique au soutien des forces armées.

« La condition militaire recouvre l'ensemble des obligations et des sujétions propres à l'état militaire, ainsi que les garanties et les compensations apportées par la Nation aux militaires (...) », selon le code de la défense. Les militaires, bien qu'exposés à des problèmes de santé et des conditions d'accès aux soins similaires à la population française, se distinguent par leur engagement opérationnel au risque de leur vie, une disponibilité forte, une mobilité géographique soutenue, qui engendrent la nécessité d'un soutien et d'une offre de santé spécifique, singulière, inscrite dans le temps de la crise et dans la durée notamment pour les blessés. Le Service de santé des armées (SSA) est à la fois, un acteur à part entière des territoires et concourt ainsi à la santé de la population mais, en qualité d'opérateur unique de santé du ministère des armées (MinArm), il se doit de toujours être en mesure d'assurer la réponse au contrat opérationnel des armées et de concourir in fine à la défense de la France.

3.4.1 Préserver la capacité opérationnelle des armées : en opérations extérieures et sur le territoire national

La santé demeure un élément majeur participant à l'efficacité opérationnelle des armées. Le SSA garantit aux militaires, outre un dispositif de prévention en amont, qu'en cas de blessure ou de maladie, une chaîne entière autour d'une équipe soignante projetable et autonome réalisera les premiers soins en tous lieux et tout temps, et coordonnera le rapatriement sanitaire en secondaire vers un hôpital des armées (HA). Remplir cette mission médico-militaire repose sur une capacité de projection réactive d'équipes pluridisciplinaires, provenant des centres médicaux du SSA (CM-SSA) et des HA, et ce, au plus près des forces sans appui sur un système de santé national de recours. Soigner en contexte opérationnel, avec des moyens plus restreints qu'en contexte national, exige de disposer de professionnels militaires, aguerris et polyvalents, en particulier de chirurgiens de spécialités ciblées et de médecins anesthésistes réanimateurs.

En métropole, ces mêmes équipes, médicales et paramédicales, se mettent au service de la patientèle militaire et civile des HA. Afin de détenir les expertises spécifiques, ces hôpitaux doivent disposer d'autorisations d'activité requises et de plateaux techniques axés sur les spécialités projetables de chirurgie, de services d'urgence, d'anesthésie, et de réanimation pouvant prendre en charge des traumatisés lourds et pour certains des brûlés graves. A ce titre, les autorités civiles de santé sont garantes, en lien avec les autorités militaires, d'une insertion favorable des HA sur ces activités dans le territoire de santé dans un objectif d'assurer aux armées un soutien de premier plan, tout en contribuant à une utilisation optimale des ressources humaines et financières de l'Etat. La qualité de cette insertion est suivie régulièrement et conjointement grâce à un ensemble d'indicateurs portant sur la part des urgences adressées à chaque HA par rapport à leur part d'activité dans leur zone d'implantation.

3.4.2 Répondre aux besoins de santé des militaires par la connaissance des risques et des menaces

Le public militaire constitue un public distinct de la population générale en termes d'âge, de genre et de facteurs de risques. L'expertise du SSA vise à protéger la santé des forces et à s'adapter à l'évolution des menaces ou contraintes en intégrant les besoins « opérationnels », la recherche, l'innovation, les nouvelles technologies associées. Le SSA s'appuie sur sa connaissance de l'environnement d'évolution des armées afin d'ajuster les politiques de prévention, de promotion de la santé et la surveillance de l'état de santé des militaires¹¹ aux risques spécifiques de ces milieux contribuant ainsi à maintenir le bien-être physique et mental, à réduire le risque de survenue et d'impact des blessures et maladies, sur l'individu ou le collectif.

Le soutien des forces hors du territoire national, que ce soit sur des territoires extérieurs ou dans des milieux spécifiques (maritimes et aériens, climats extrêmes, aridité) induit la nécessité d'existence au sein du SSA de capacités en propre de veille et de surveillance épidémiologique large, reposant sur le centre d'épidémiologie et de santé publique des armées, de recherche (institut, unités de recherche cliniques, chaires), de centres experts en prise en charge du risque infectieux dans les HA ou dans le cadre de sa capacité de lutte contre les risques NRBC (recherche, formation, innovation).

Cette expertise reconnue par leur intégration aux systèmes de veille national et régionaux, doit se renforcer grâce aux échanges soutenus avec les agences idoines. Enfin, ce soutien projeté nécessite une démarche d'innovation adaptée en matière de produits de santé, produits sanguins, dispositifs médicaux et équipements, basée sur une recherche s'attachant en particulier aux qualités de portabilité, robustesse, stabilité dans le temps quel que soit l'environnement. Il en résulte le développement de produits dédiés notamment grâce à l'expertise pharmaceutique des armées dans ce domaine. L'ensemble du processus doit faire l'objet d'une prise en compte adaptée par les autorités civiles chargées de la réglementation et du soutien à l'innovation.

3.4.3 Garantir une offre de santé pérenne alliant excellence, expertise et formation

Le SSA est l'acteur central du soutien médical et psychologique des militaires blessés ou malades. Cette mission comprend la stabilisation réanimatoire et chirurgicale du blessé sur le théâtre d'opération, son évacuation et sa prise en charge en HA. Elle implique, pour les soignants militaires, d'accéder dans leurs établissements à un haut niveau de technicité, d'expertise et de formation, répondant aux exigences normatives de qualité et de sécurité des soins les plus avancées. La spécificité des missions du SSA l'a conduit à développer des pôles d'excellence (traumatologie physique et psychique, infectiologie) et d'expertises propres au « blessé de guerre » (prise en charge NRBC - compétence de *damage control* en situation de crise - compétences dans le domaine de l'appareillage des armées). L'acquisition de ces compétences passe notamment par des formations spécialisées transversales ouvertes aux soignants militaires et civils¹².

¹¹ Création à venir de l'Observatoire de la santé des militaires et des vétérans

¹² FST « médecine en situation de guerre et en SSE », « chirurgie en situation de guerre ou de catastrophe » ; master 2 NRBCe

Dans la durée, le suivi du blessé entouré des familles, est assuré dans le cadre d'un parcours structuré de soins et de réadaptation de santé, personnalisé, dont les pivots sont des acteurs militaires, notamment les CM-SSA par leur proximité, mais aussi l'Institution nationale des invalides et au besoin, coordonné avec des partenaires civils. Le besoin d'un appui du système de santé civil peut être qualitatif, lié à des spécialités non disponibles au sein du SSA. Il peut être également quantitatif dans l'hypothèse d'un afflux massif de blessés, qui nécessite que soit développée en lien avec les acteurs civils, au niveau national et régional, une planification dédiée à envisager au travers d'exercices de préparation commune.

3.4.4 Assurer aux militaires l'accès aux soins par le maillage territorial

Le SSA, via la médecine des forces implantée au plus près des unités militaires, assure la prévention, l'expertise d'aptitude, la médecine de 1^{er} recours et la coordination des parcours de soins des militaires en lien avec les HA. Dans le respect du libre choix, il assure le rôle de médecin traitant au bénéfice des militaires en complément du système de santé civil. Si le SSA ne peut pas et n'a pas vocation à assurer ce rôle pour l'ensemble de la communauté de défense et notamment des familles, ce public qui est assujéti à des contraintes de mobilité géographique forte doit faire l'objet d'un suivi particulier conjoint de la part des autorités de santé civiles et militaires. Leur accès aux soins coordonnés de 1^{er} recours et de spécialités doit être facilité au niveau territorial avec le soutien des ARS et de l'assurance maladie. La mise en œuvre de cette action donne lieu au suivi d'un indicateur portant sur le taux d'affiliés à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale sans médecin traitant.

3.4.5 S'inscrire au cœur des territoires de santé en interagissant étroitement avec le système de santé civil

Par ses capacités et expertises, le SSA est un acteur spécifique mais à part entière du système de santé français. La prise en compte des besoins spécifiques de la défense dans la SNS et dans les PRS garantit une interaction étroite du SSA avec le système de santé civil. Elle a vocation à être intégrée dans les territoires par la déclinaison régionale du protocole Armées-Santé-Budget du 11 avril 2022. La pleine et précoce inclusion du MinArm aux réflexions régionales et nationales concernant le système de santé, l'offre de soins, les professions de santé est essentielle. Il participe également au renforcement des capacités de résilience du système de santé national en donnant accès aux professionnels civils aux formations liées à ses domaines d'expertises. Par ailleurs, l'inclusion de civils dans la réserve du SSA, la création d'unités d'enseignement Santé en milieu militaire ou l'accueil d'étudiants et internes civils constituent des opportunités certaines de développer et de mettre en place une stratégie spécifique et conjointe au service de la résilience de la Nation.

4 Mettre en œuvre, suivre et évaluer la SNS

4.1 Articuler la stratégie nationale avec les plans nationaux et régionaux

La loi précise que la stratégie nationale de santé doit être mise en œuvre par les plans et feuilles de route nationaux et régionaux. Or l'évaluation de la SNS 2018-2022 a mis en évidence un manque d'articulation claire de la précédente stratégie avec les différents plans d'actions nationaux de santé d'une part, et les projets régionaux de santé portés par les ARS d'autre part. Pour mieux construire ce lien, un emboîtement sera réalisé entre ces différents documents, par l'identification, au sein de ces plans d'actions nationaux et régionaux, des actions qui mettent en œuvre les priorités de la SNS. Ainsi, la nouvelle version SNS est l'occasion d'introduire la réflexion sur la déclinaison des objectifs et politiques prioritaires au niveau infra-régional jusqu'au niveau local, celui du bassin de vie.

De même, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre chaque ARS et le ministère de la santé doivent s'inscrire dans la stratégie nationale de santé, en identifiant en leur sein les priorités que celle-ci porte.

4.2 Piloter et suivre la stratégie nationale de santé dans la durée

Un rendez-vous annuel de suivi et d'évaluation de la SNS sera organisé. Il permettra de réaliser un point d'étape de sa mise en œuvre, notamment au travers des plans interministériels, plans nationaux et régionaux, en invitant les parties prenantes nationales et régionales à partager le diagnostic. A cette occasion sera fait le point sur l'évolution des indicateurs clefs et l'atteinte des cibles prioritaires dans les délais prévus. Ce rendez-vous permettra aussi d'éventuelles réorientations ou infléchissements d'actions et priorités, en fonction des résultats ou de priorités nouvelles. Enfin, si le rendez-vous est placé suffisamment tôt dans l'année, il permettra une cohérence globale entre la SNS et les moyens de sa mise en œuvre, via notamment les lois de financement de la sécurité sociale.

En effet les lois de financement de la sécurité sociale comportent en annexe un rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, les objectifs et indicateurs qui y figurent se fonderont sur ceux de la SNS. De même, il pourra également être fait référence aux cibles de la SNS dans le rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie, chaque mois de juillet.

4.3 Évaluer la stratégie nationale

L'évaluation de la SNS sera prévue dès sa conception, *in itinere* et finale, exercice différent et complémentaire du pilotage et du suivi de la SNS. Cette évaluation intégrera la déclinaison territoriale de la SNS.