

A N N E X E

RAPPORT D'OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE

Le rapport annexé au projet de loi sur la politique de santé publique a pour objectif de définir le cadre de référence, les principes généraux et les méthodes qui constituent les fondements de la politique nationale de santé publique. Sur ces bases, il présente les objectifs quantifiés et les plans stratégiques qui constitueront la politique de santé publique de la période 2004-2008, ainsi qu'un ensemble d'indicateurs transversaux destinés à servir d'instrument de pilotage.

Ce rapport est soumis au vote du Parlement dans le cadre de l'article 16 de la loi.

1. Le cadre de référence

La politique de santé publique est le principal instrument dont se dote la nation afin d'orienter et d'organiser son effort pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population, ou de groupes ayant des traits communs, en s'attachant à corriger les inégalités.

L'élaboration de la politique de santé publique nécessite de distinguer deux niveaux dans l'approche de la santé : celui des personnes et celui de la population. Ces deux niveaux ne doivent pas être opposés. Ils sont complémentaires et doivent être soigneusement articulés. Si le but final est toujours d'améliorer la santé des personnes, les outils à mettre en œuvre sont différents selon le niveau considéré.

Le niveau de la personne renvoie notamment aux comportements individuels, à l'action médicale et aux soins. A ce niveau, les professionnels de santé ont l'obligation de mettre en œuvre les moyens permettant de faire le diagnostic de la maladie, de délivrer les traitements appropriés pour obtenir les résultats souhaités, notamment en termes de qualité de vie, et de suivre l'évolution du malade pour pouvoir adapter ce traitement si nécessaire.

Au niveau de la population, il est de même indispensable de partir de l'analyse des problèmes de santé et de l'identification des éléments qui déterminent leur survenue ou leur aggravation, de spécifier clairement les résultats attendus, de mettre en œuvre les stratégies d'action qui sont les plus susceptibles d'être efficaces compte tenu des moyens disponibles et de suivre les résultats obtenus.

La politique de santé publique concerne les aspects populationnels de l'état de santé. Elle traite des déterminants dans l'environnement physique, social, économique et culturel qui contribuent à créer des conditions favorables pour améliorer l'état de santé, pour prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies, pour réduire leurs conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité de vie des personnes touchées par la maladie. Elle incite les individus à faire eux-mêmes des efforts pour maîtriser et améliorer leur propre santé. L'approche populationnelle concerne aussi les caractéristiques des structures et de l'organisation qui facilitent l'accès aux services rendus par les professionnels de santé et qui conditionnent leur efficacité.

Dans ce cadre, la politique de santé publique définit, pour un ensemble de problèmes de santé (pathologies et/ou déterminants), des objectifs de santé quantifiés susceptibles d'être atteints dans la population, ou dans des groupes spécifiques ayant des traits communs, à une échéance pluriannuelle (5 ans).

Les objectifs quantifiés adoptés par la représentation nationale ont une valeur d'engagement : celui d'un résultat, en termes de santé, jugé atteignable compte tenu des connaissances et des moyens disponibles. Ces objectifs valent pour tous les acteurs du système de santé : l'organisation des soins devra les prendre en compte, de même que les discussions conventionnelles entre les professions de santé et les organismes de protection sociale. Les différentes politiques publiques devront y faire référence si elles ont des impacts sanitaires prévisibles.

A ces objectifs pluriannuels correspondent des indicateurs spécifiques permettant de mesurer et suivre les résultats obtenus. L'évaluation de l'atteinte des objectifs quantifiés contribue à l'évaluation de la performance du système de santé et plus généralement à l'évaluation des politiques publiques qui ont un impact sur la santé de la population.

Pour certains problèmes de santé, notamment ceux pour lesquels il y a nécessité de coordonner les actions d'intervenants multiples sur plusieurs années, la politique de santé publique définit des plans stratégiques pluriannuels organisant des ensembles d'actions et de programmes cohérents.

Chaque plan spécifie sur la période de temps considérée la relation entre les objectifs quantifiés à atteindre et les actions à mettre en œuvre. Il définit les actions et les programmes qui doivent être entrepris et leurs modalités de mise en œuvre pour atteindre un ensemble d'objectifs.

Cette démarche de planification stratégique donnera une meilleure lisibilité aux efforts consentis pour améliorer la santé. Elle sera mise en place progressivement.

Les objectifs et les plans stratégiques définis au niveau national sont déclinés au niveau régional ou à un niveau territorial approprié en fonction des caractéristiques spécifiques du problème de santé concerné, de ses déterminants, ou des conditions de mise en œuvre des actions.

Les plans nationaux et régionaux font l'objet d'une évaluation explicite de la mise en œuvre des actions programmées et des résultats effectivement obtenus.

2. Principes de la politique de santé publique

Les principes de la politique nationale de santé publique sont les règles auxquelles il faut se référer pour la définition des objectifs et pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégiques de santé publique. Ces principes sont au nombre de neuf :

Principe de connaissance : principe selon lequel les objectifs sont définis et les actions sont choisies en tenant compte des meilleures connaissances disponibles ; réciproquement, la production de connaissances doit répondre aux besoins d'informations nécessaires pour éclairer les décisions.

Principe de réduction des inégalités : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques.

Principe de parité : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les spécificités de la santé des hommes et de la santé des femmes.

Principe de protection de la jeunesse : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte l'amélioration de la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents.

Principe de précocité : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent privilégier les actions les plus précoces possibles sur les déterminants de la santé pour éviter la survenue ou l'aggravation de leurs conséquences.

Principe d'efficacité économique : principe selon lequel le choix des actions et des stratégies qu'elles composent s'appuient sur l'analyse préalable de leur efficacité et des ressources nécessaires.

Principe d'intersectorialité : principe selon lequel les stratégies d'action coordonnent autant que nécessaire les interventions de l'ensemble des secteurs concernés pour atteindre un objectif défini.

Principe de concertation : principe selon lequel la discussion des objectifs et l'élaboration des plans de santé publique doivent comporter une concertation avec les professionnels de santé, les acteurs économiques et le milieu associatif.

Principe d'évaluation : principe selon lequel les objectifs de santé et les plans stratégiques doivent comporter dès leur conception les éléments qui permettront de faire l'évaluation des actions menées.

3. Méthodes de définition des objectifs de santé publique

La démarche présentée dans cette annexe vise à expliciter les éléments sur lesquels s'appuient l'identification et le choix des différents problèmes de santé, la définition des objectifs et l'identification des actions à mener.

3.1. Identification des problèmes de santé et appréciation de leur importance

La première étape porte sur l'identification des problèmes de santé et sur l'appréciation de leur retentissement.

3.1.1. Sélection des problèmes de santé

Le terme de « problème de santé » désigne les maladies qui retentissent sur l'état de santé de la population ainsi que les principaux déterminants associés à la survenue de ces maladies, à leur aggravation ou à l'importance de leur retentissement. Cette analyse par pathologie ou par déterminant peut être complétée par une analyse transversale permettant de mettre en évidence les problèmes communs à des groupes de population ainsi que par l'identification de services rendus par le système de santé dont l'amélioration est jugée importante.

Les critères utilisés pour apprécier l'importance d'un problème en termes de santé publique doivent être définis de façon explicite. Ils comprennent :

- d'une part des éléments décrivant le retentissement du problème sur la santé en termes de morbidité et de mortalité évitables, de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité ou de qualité de vie des personnes atteintes ;
- d'autre part l'expression de valeurs de notre société à un moment donné, en termes d'importance relative accordée à différents événements de santé ou à différents groupes démographiques et sociaux.

De plus, le constat d'un écart entre la situation observée en France et celle observée dans d'autres pays comparables ou l'existence d'écarts entre groupes de la population ou entre régions peuvent témoigner de l'existence d'inégalités, mais aussi de la possibilité de progrès réalisables.

3.1.2. Indicateurs d'importance

Les indicateurs qui permettent de décrire le retentissement des problèmes de santé reposent tout d'abord sur les données de mortalité et de morbidité :

a) Les données de mortalité, qui sont les plus robustes, sont basées en France sur un système cohérent d'analyse des certificats de décès. Ces données sont exhaustives et l'identification du décès ne présente aucune ambiguïté. Le rôle de certaines maladies peut toutefois être sous-estimé, notamment lorsque leur diagnostic est méconnu ou lorsqu'il s'agit de maladies sous-jacentes à la cause directe du décès. Par ailleurs, les statistiques globales de mortalité traitent de façon équivalente des décès qui surviennent à un âge avancé (par insuffisance cardiaque par exemple) et ceux qui touchent des adultes jeunes ou des enfants (par exemple à la suite d'un accident).

Des taux de mortalité spécifiques peuvent être calculés en rapportant le nombre de décès observés dans une classe d'âge donnée à l'effectif de la population dans cette classe d'âge, et permettent ainsi d'identifier les principales causes de décès au sein de chaque classe d'âge. Indépendamment de la cause des décès, certains taux de mortalité spécifiques apportent des informations importantes du point de vue de la santé publique. Ainsi, le taux de mortalité infantile (nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie rapporté au nombre de naissances vivantes) reflète à la fois les conséquences des conditions de vie et celles des soins préventifs et curatifs accordés aux mères et aux enfants.

L'introduction de la notion de « mortalité prématurée », reprise par le Haut comité de la santé publique, a mis l'accent sur les causes des décès survenant à un âge sensiblement inférieur à l'espérance de vie moyenne de la population (même si la limite de 65 ans utilisée jusqu'ici est arbitraire et devrait être réactualisée). Cette analyse a permis de mettre en évidence le contraste qui existe dans notre pays entre un bon niveau d'espérance de vie globale (reflétant notamment la performance du système de soins) et un taux important de mortalité prématurée (reflétant la nécessité de développer les efforts de prévention).

Le calcul du nombre d'années potentielles de vie perdue permet de préciser et de compléter cette notion, en attribuant à chaque décès la différence entre l'espérance de vie moyenne du groupe de population auquel appartient la personne décédée, ou une limite arbitraire (65 ans par exemple), et l'âge au décès.

b) Les données de morbidité décrivent la fréquence des maladies, ou plus généralement des évènements de santé indésirables :

- L'incidence dénombre les nouveaux cas survenant au cours d'une période donnée. Elle reflète la dynamique d'évolution d'une pathologie au sein de la population ou de groupes spécifiques.
- Pour les maladies ou les altérations de l'état de santé dont la durée dépasse la période étudiée, la prévalence dénombre l'ensemble des cas présents au cours de cette période ; elle indique ainsi à un instant donné la part de la population qui est touchée par la pathologie.
- Dans l'étude épidémiologique de la morbidité, on distingue habituellement la morbidité diagnostiquée définie selon des critères biomédicaux par un examen clinique ou des examens paracliniques et la morbidité déclarée telle qu'elle peut être rapportée par les individus répondant à une enquête.

Selon les sources, la qualité des informations concernant la morbidité diagnostiquée peut notamment être limitée par la définition de la population couverte ou ayant accès (et ayant eu recours) aux structures dont sont issues les données ou par la validité épidémiologique de données recueillies à des fins de gestion. La morbidité déclarée est par ailleurs sensible aux variations de la perception subjective des maladies par les personnes interrogées.

c) Indicateurs synthétiques :

D'autres approches visent à intégrer plusieurs informations pertinentes dans des indicateurs synthétiques. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé dans son rapport 2002 sur la « Santé dans le Monde » s'appuie sur des travaux menés depuis 1990 pour élaborer un indicateur de santé synthétique prenant en compte à la fois la mortalité associée à chaque problème de santé et l'âge où survient cette mortalité, mais aussi le retentissement de chaque problème de santé sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent.

L'indicateur utilisé est les Années de Vie Corrigées de l'Incapacité ou AVCI (« DALYs en anglais »). Cet indicateur correspond à un nombre d'années de vie « en bonne santé » perdues pour chaque problème de santé.

Il est calculé par l'addition de deux éléments :

- les années de vie perdues en raison d'un décès prématuré : calculées simplement par la différence entre l'âge de survenue des décès et l'espérance de vie moyenne de la population (par âge et par sexe) ;
- une estimation de l'équivalent d'un nombre d'années de vie perdues en raison de la diminution de la qualité de vie résultant de la présence d'une maladie.

Le calcul cherche également à intégrer de façon explicite d'autres éléments qui restent sinon souvent implicites dans l'appréciation de l'état de santé, notamment :

- la valeur différente qui peut être accordée à une année de vie dans l'enfance, à l'âge adulte, ou en fin de vie,
- la valeur différente qu'une société peut accorder à des événements survenant dans le présent ou dans un futur plus ou moins éloigné,
- et les différentes façons dont on peut apprécier le retentissement d'une altération de l'état de santé sur la qualité de la vie.

Enfin, l'analyse des données scientifiques disponibles sur la part de la fréquence de survenue d'une maladie, ou de sa mortalité, qui peut être attribuée à un déterminant donné permet d'estimer le retentissement sur la santé de chaque déterminant et l'impact prévisible, en termes de santé, des actions portant sur ces déterminants.

3.1.3. Classification des problèmes de santé

Les données de morbidité et de mortalité sont organisées sur la base de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elles ne suffisent pas pour décrire le retentissement de ces maladies en termes d'incapacité fonctionnelle (retentissement sur la réalisation des activités de la vie quotidienne par exemple) ou d'altération de la qualité de vie. Ces dimensions prennent cependant une importance croissante compte tenu du vieillissement de la population et des progrès réalisés par le système de soins pour assurer la survie des personnes présentant des lésions organiques ou des maladies chroniques.

Désormais, l'OMS propose d'utiliser simultanément la CIM pour caractériser un problème de santé en termes médicaux et la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap, et de la Santé (CIF) pour ce qui concerne l'ensemble des composantes de la santé et les interactions avec le milieu. Il s'agit de décrire les domaines de la santé et ceux qui y sont liés selon une approche multidimensionnelle fondée sur des interactions entre :

- un problème de santé (maladie ou accident),
- l'altération d'un organe ou d'une fonction (notion de déficience),
- la capacité de réaliser une action dans un environnement standard (non corrigé),
- la personne dans son milieu habituel (réalisation effective d'une action),
- et le rôle plus ou moins favorable de l'environnement proche et des dispositifs collectifs.

La notion de qualité de vie reçoit désormais une traduction opérationnelle dans le domaine de la santé au travers des altérations fonctionnelles appréciées par l'évaluation subjective de la santé par chacun des individus touchés.

3.1.4. Conclusion

Tous les indicateurs doivent être utilisés de façon critique et prudente, compte tenu des difficultés liées d'une part, au recueil des données nécessaires et, d'autre part, à l'intégration de paramètres reflétant des jugements de valeurs dont la validité doit être examinée dans chaque contexte. Les décisions touchant aux politiques de santé doivent s'appuyer sur les meilleures informations disponibles pour :

- prendre en compte l'ensemble du retentissement (mortalité, incapacité) de chaque problème de santé,
- faire notamment apparaître le retentissement des maladies non mortelles et des incapacités (la dépression, les séquelles des traumatismes, les troubles des organes sensoriels ...),
- permettre des comparaisons internationales,
- expliciter les jugements de valeur.

3.2. Analyse des connaissances disponibles

L'analyse des problèmes de santé retenus doit s'appuyer sur les meilleures connaissances disponibles. Cette analyse comporte les éléments suivants :

- Une définition précise du problème traité, l'estimation de sa fréquence et de son retentissement (en termes de mortalité, d'incapacités, ...) dans la population générale et, le cas échéant, dans des groupes spécifiques.
- L'identification des principaux déterminants associés à sa survenue ou à l'importance de son retentissement, et en particulier de ceux dont la présence ou l'influence peuvent être modifiés par des interventions de santé publique. L'importance de chaque déterminant est appréciée en termes de risque attribuable : la fraction (ou proportion) du risque attribuable à un facteur de risque mesure l'impact de ce facteur de risque dans la population, c'est-à-dire la fraction de tous les cas d'une maladie qui sont dus au facteur concerné ou, en d'autres termes, la proportion qui peut être évitée si le facteur de risque n'était pas présent. Ainsi, on estime qu'environ 80 % des cancers bronchiques sont attribuables au tabac.
- L'identification des stratégies d'action qui peuvent être efficaces. L'analyse critique des meilleures connaissances disponibles doit permettre de préciser explicitement les arguments sur lesquels se base cette présomption d'efficacité, qu'il s'agisse de démonstrations expérimentales transposables, de présomptions basées sur l'expérience acquise dans des interventions analogues ou de recommandations d'experts.
- L'identification des conditions requises et l'estimation des ressources nécessaires sont des préalables indispensables à la sélection des stratégies à mettre en œuvre dans le cadre d'un plan stratégique.

3.3. Définition d'objectifs quantifiés

Les objectifs nationaux de la politique de santé sont déterminés de façon réaliste et compte tenu de l'échéance pluriannuelle choisie, en fonction de la situation actuelle et de l'existence de stratégies d'action potentiellement efficaces.

Ces objectifs sont exprimés préférentiellement en termes d'évolution de l'état de santé de la population, ou d'évolution de la fréquence d'un déterminant immédiat de cet état de santé. Chaque objectif est accompagné d'un ou plusieurs indicateurs souhaitables pour suivre l'efficacité des actions entreprises.

Lorsque les connaissances disponibles ne permettent pas de spécifier un objectif quantifié en termes de santé, des objectifs de connaissance peuvent être proposés. Ces objectifs désignent les connaissances dont la production est nécessaire pour pouvoir être en mesure de déterminer le niveau actuel de l'état de santé, et/ou ses possibilités d'amélioration, et/ou être en mesure de suivre son évolution.

4. Les objectifs de résultats de la politique de santé publique

L'application de la démarche exposée ci-dessus conduit à proposer les 100 objectifs que la Nation vise à atteindre dans les cinq prochaines années. Ces objectifs sont présentés en quatre groupes dans le tableau qui conclut ce document :

- Objectifs quantifiables en l'état actuel des connaissances.
- Objectifs ayant pour préalable la production d'informations d'ordre épidémiologique.
- Objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.
- Objectif ayant pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes.

5. Indicateurs transversaux

La publication régulière d'un ensemble d'indicateurs transversaux est un instrument de pilotage et d'amélioration de la politique de santé publique qui complète les indicateurs proposés pour les principaux problèmes de santé. Elle participe à la connaissance de la performance du système de santé. Cet ensemble d'indicateurs permet de fournir des informations synthétiques, pertinentes et compréhensibles par des publics variés : décideurs, professionnels, usagers. Il doit pouvoir être décliné aux niveaux géographiques appropriés afin de disposer d'une base de comparaison des régions françaises notamment.

Ces indicateurs sont destinés à rendre compte de l'état de santé, des résultats globaux obtenus et de la qualité des actions engagées et des services offerts.

5.1. Indicateurs d'état de santé

Les indicateurs de ce domaine rendent compte des problèmes mortels mais aussi des maladies chroniques, des incapacités et de leurs conséquences sur la qualité de vie des personnes.

L'espérance de vie ou nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre à partir de la naissance ou d'un autre âge spécifié, est un indicateur couramment utilisé pour mesurer la santé de la population. C'est un indicateur de quantité et non de qualité de vie.

L'espérance de vie sans incapacité ou nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre sans incapacité (modérée ou grave), à partir de la naissance ou d'un autre âge spécifié est un indicateur de plus en plus utilisé qui complète l'espérance de vie. Une hausse de l'espérance de vie accompagnée de maladies chroniques ou d'incapacités n'est pas nécessairement considérée de la même façon qu'une hausse de l'espérance de vie comparable dont les années additionnelles sont vécues en bonne santé.

Les années potentielles de vie perdues (APVP) représentent le nombre total d'années de vie non vécues en raison des décès «prématurés » c'est-à-dire des décès qui interviennent avant un certain âge. Actuellement, on retient souvent l'âge de 65 ans. Ainsi, une personne qui décède à 25 ans a perdu 40 années potentielles de vie. Ces années potentielles de vie perdues peuvent être calculées pour une cause particulière. Une tendance à la baisse reflète le succès de la prévention de ces décès prématurés.

La mortalité infantile ou nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie, exprimée sous forme d'un taux (pour 1 000 naissances vivantes) pour l'année en question, mesure non seulement la santé infantile, mais reflète aussi l'état de santé d'une population, ainsi que l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant. Cet indicateur rend compte en outre de facteurs sociaux plus larges tels que le niveau de scolarité des mères ou leur situation socio-économique. On peut lui préférer ou le compléter par la proportion de naissances vivantes pour lesquelles le poids du nouveau-né à la naissance est jugé comme faible qui est lui aussi un indicateur de la santé générale des nouveau-nés et un déterminant important de la survie, de l'état de santé et du développement du nouveau-né.

L'auto-évaluation de la santé exprime, par exemple, le pourcentage de personnes dans la population qui déclarent que leur santé est très bonne ou excellente est un indicateur de l'état de santé global. Il peut comprendre ce que d'autres mesures ne couvrent pas nécessairement, notamment l'apparition et la gravité de la maladie, certains aspects d'un état de santé positif, des composantes physiologiques/psychologiques ainsi que la fonction sociale et mentale.

Il n'existe pas aujourd'hui dans notre pays de dispositif de mesure régulière des limitations fonctionnelles (et des restrictions d'activité qui leur sont associées) dans la population. Cette lacune concerne également la mesure de la qualité de vie.

5.2. Indicateurs de qualité des actions et des services

Il serait utile de disposer d'informations sur l'accessibilité des actions et des services, leur acceptabilité (en particulier la satisfaction des usagers), leur pertinence (caractère approprié des interventions aux besoins et aux recommandations établies), leur continuité et leur sécurité.

Si les échelles permettant de construire ces indicateurs sont disponibles, elles ne sont pas actuellement intégrées dans les systèmes d'informations existants.

6. Les plans stratégiques 2004-2008

Pour les années 2004-2008, des plans stratégiques de santé publique seront développés dans les quatre domaines soulignés par le Président de la République : cancer, violence routière, handicap et santé environnementale, ainsi que pour les maladies rares.

6.1. Le plan national de lutte contre le cancer

Ce plan sera mis en œuvre dès 2003, conformément à sa présentation par le Président de la République le 24 mars 2003. Le cancer est la cause d'un décès sur quatre et c'est la première cause de mortalité avant 65 ans. Le plan comporte plusieurs volets : prévention (tabac, alcool, facteurs d'environnement général et professionnel) ; dépistage (cancer du sein, cancer cervico-utérin, cancer colo-rectal) ; soins (programme thérapeutique individuel issu d'une concertation pluridisciplinaire dans le cadre d'un réseau de soins) ; accompagnement (information sur les structures de prise en charge du cancer) ; recherche.

6.2. Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives

L'impact de la violence sur la santé est souvent sous-estimé alors qu'il concerne une large partie de la population. La violence routière a fait l'objet d'une mobilisation qu'il est proposé d'étendre à l'ensemble des phénomènes de violence (suicide, agressions) ainsi que le préconise l'Organisation Mondiale de la Santé. En raison de la dimension comportementale de ces phénomènes, on y adjoindra un volet spécifique sur les conduites addictives coordonné par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT).

Le programme contre la violence routière et le programme coordonné par la MILDT seront préparés en 2003 et les aspects relevant de la santé mentale en 2004.

6.3. Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement

Il est difficile actuellement de connaître la part des facteurs d'environnement collectif (agents physiques, chimiques et biologiques) dans les phénomènes morbides mais ceux-ci suscitent une préoccupation dans la population à laquelle il faut répondre. Ceci inclue les facteurs de risque présents en milieu de travail.

Le programme santé-environnement sera préparé en 2004.

6.4. Le plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques croît rapidement et de façon importante. Le poids économique est considérable. La médecine ne peut pas, en règle générale, guérir ces maladies mais elle peut en limiter l'impact sur la qualité de vie. Au travers de ce plan national, il sera possible d'associer étroitement les médecins et les infirmières à des actions de santé publique.

Ce plan sera préparé en 2004.

6.5. Le plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares

Les maladies dites rares sont celles qui touchent un nombre restreint de personnes en regard de la population générale. Le seuil admis en Europe est d'une personne atteinte sur 2 000, soit pour la France moins de 30 000 personnes pour une maladie donnée. A l'heure actuelle, on a déjà dénombré plusieurs milliers de maladies rares et de 200 à 300 maladies rares nouvelles sont décrites chaque année. Au total, on estime qu'environ 5% de la population seront touchés par une maladie rare au cours de leur vie.

Ce plan sera préparé en 2004.

100 OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE
pour chacun des problèmes de santé
retenus à l'issue de la consultation nationale

DETERMINANTS DE SANTE.....	16
ALCOOL.....	16
TABAC.....	17
NUTRITION ET ACTIVITE PHYSIQUE.....	18
SANTE ET TRAVAIL.....	20
SANTE ET ENVIRONNEMENT.....	21
IATROGENIE.....	23
DOULEUR.....	24
PRECARITE ET INEGALITES.....	25
DEFICIENCES ET HANDICAPS.....	26
MALADIES INFECTIEUSES.....	27
SANTE MATERNELLE ET PERINATALE.....	29
TUMEURS MALIGNES.....	30
PATHOLOGIES ENDOCRINIENNES.....	31
AFFECTIONS NEURO-PSYCHIATRIQUES.....	32
MALADIES DES ORGANES DES SENS.....	34
MALADIES CARDIO-VASCULAIRES.....	35
AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.....	36
MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN.....	37
PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES.....	38
INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE.....	39
TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES.....	40
AFFECTIONS D'ORIGINE ANTENATALE.....	41
MALADIES RARES.....	42
AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES.....	43
TRAUMATISMES.....	44
PROBLEMES DE SANTE SPECIFIQUES A DES GROUPES DE POPULATION.....	45
TROUBLES DU LANGAGE ORAL OU ECRIT.....	45
REPRODUCTION, CONTRACEPTION, IVG.....	46
SANTE DES PERSONNES AGEES.....	47

Les objectifs proposés sont présentés pour chacun des problèmes de santé retenus à la suite de la consultation nationale.

Les tableaux suivants présentent d'abord les objectifs de santé quantifiables avec les données disponibles (*objectifs quantifiables*), puis ceux dont la quantification nécessite au préalable la production d'information d'ordre épidémiologique (*objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques*), ou d'autres connaissances scientifiques (*objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques*), enfin les objectifs qui seront quantifiés après évaluation de programmes en cours ou de programmes pilotes (*objectifs ayant pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes*). Ceci est précisé dans la première colonne de chaque tableau.

La deuxième colonne (Objectif) attribue un numéro à chaque objectif et en définit le contenu. Pour les objectifs quantifiables, les dernières estimations disponibles sont précisées, ainsi que l'évolution proposée d'ici 2008.

La troisième colonne (Objectif préalable) définit, le cas échéant, la nature du préalable à remplir avant de quantifier l'objectif de santé.

La quatrième colonne (Indicateurs) précise les indicateurs souhaitables pour suivre l'atteinte de l'objectif de santé.

DETERMINANTS DE SANTE

ALCOOL

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif quantifiable</i>	1 Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20% : passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt d'ici à 2008.		* Consommation annuelle d'alcool par habitant.
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	2 Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance.	Estimer la prévalence des usages à risque ou nocif (entre 2 et 3 millions de personnes selon les données disponibles aujourd'hui) et l'incidence du passage à la dépendance (inconnue).	* Age moyen d'initiation à l'alcool. * Prévalence des comportements d'ivresse répétée. * Proportion de femmes enceintes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse.

TABAC

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif quantifiable</i>	3 Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).		* Age moyen d'initiation au tabac. * Prévalence des fumeurs (fumeurs quotidiens) par sexe, classe d'âge et catégorie socioprofessionnelle. * Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse.
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	4 Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.	L'objectif sur le tabagisme passif est à quantifier pour les autres lieux que les établissements scolaires. Il faut construire ou identifier le dispositif de mesure.	* Proportion des lieux de loisirs (restaurants, discothèques...) où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés. * Proportion de lieux de travail où l'usage du tabac est prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés.

NUTRITION ET ACTIVITE PHYSIQUE

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs quantifiables</i>	5 <u>Obésité</u> : réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC>25kg/m ²) chez les adultes : passer de 10% en 2000 à 8% en 2008 (objectif PNNS).		* Indice de Masse Corporelle (IMC) de la population adulte (18 ans et plus).
	6 <u>Déficience en iode</u> : réduire la fréquence des goîtres : passer de 11,3% chez les hommes et 14,4% chez les femmes actuellement à 8,5% et 10,8% d'ici à 2008.		* Fréquence des goîtres par sexe.
	7 <u>Carence en fer</u> : diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive : passer de 4% des femmes en âge de procréer à 3%, de 4,2% des enfants de 6 mois à 2 ans à 3% et de 2% des enfants de 2 à 4 ans à 1,5%.		* Prévalence de l'anémie ferriprive dans les groupes et situations à risque.
	8 <u>Rachitisme carenciel, carence en vitamine D</u> : disparition du rachitisme carenciel.		* Nombre d'hospitalisations pour rachitisme. * Consommation de vitamine D par la population pédiatrique.
	9 <u>Sédentarité et inactivité physique</u> : augmenter de 25% la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60% pour les hommes et 40% pour les femmes actuellement, à 75% pour les hommes et 50% pour les femmes d'ici à 2008.		* Proportion de personnes, tous âges confondus, faisant, par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins 5 jours par semaine.

¹ Programme national nutrition santé

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	10 <u>Faible consommation de fruits et légumes</u> : diminuer d'au moins 25% la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60% en 2000 à 45% (objectif PNNS).	La prévalence actuelle des petits consommateurs (consommant moins de 5 fruits ou légumes par jour) est à préciser.	* Prévalence des petits consommateurs de fruits et de légumes.
	11 <u>Déficience en iode</u> : réduire la fréquence de la déficience en iode au niveau de celle des pays qui en ont une maîtrise efficace (Autriche, Grande Bretagne, Pays-Bas, Suisse...).	Quantification en cours.	* Proportion de personnes ayant des apports alimentaires en iode inférieurs aux apports nutritionnels conseillés.
	12 <u>Obésité</u> : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (objectif PNNS).	A quantifier.	* Evolution de l'IMC au cours de la croissance chez l'enfant et l'adolescent.
<i>Objectif ayant pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes</i>	13 <u>Folates dans l'alimentation</u> : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural.	L'objectif pourra être quantifié après évaluation d'un programme pilote d'enrichissement de la farine panifiable.	* Incidence des anomalies de fermeture du tube neural.

SANTE ET TRAVAIL

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs quantifiables</i>	14 Réduire de 20 % le nombre d'accidents routiers liés au travail		Nombre d'accidents routiers par branche Nombre d'accords de branche
	15 Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 H par semaine	A partir des résultats de l'enquête SUMER 2003	Nombre de travailleurs exposés à des contraintes articulaires
	16 Réduire de 20% le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 db plus de 20 H par semaine sans protection auditive	A partir des résultats de l'enquête SUMER 2003	Nombre de travailleurs exposés à un niveau de bruit supérieur à 85 db sans protection auditive
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	17 Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des cancers d'origine professionnelle dans les registres généraux du cancer (expérimentation dans les départements pilotes) - Systématisation de la surveillance épidémiologique des travailleurs exposés sur le lieu de travail (renforcement du rôle de l'InVS) - Développement de la connaissance des dangers des substances utilisées en milieu professionnel (par les fabricants)² 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes exposées/personnes non exposées par branche professionnelle par type de substance - Nombre de dépassement de valeurs limites constatés - Nombre de substances évaluées par les fabricants

² Futur système REACH : dispositif européen prévu par le « Livre blanc » sur les substances chimiques

SANTE ET ENVIRONNEMENT

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs quantifiables</i>	18 <u>Habitat</u> : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100µg/l : passer de 2% en 1999 à 1% en 2008.		* Nombre d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie > 100µg/l en population générale et dans les groupes à risque.
	19 <u>Bâtiments publics</u> : Réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m3 (valeur guide de l'UE).		* Cartographie des expositions au radon.
	20 <u>Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques</u> : respecter les valeurs limites européennes 2008 (NOx et particules fines PM10) dans toutes les villes (-20% par rapport à 2002).		* Concentrations en particules fines (PM10), ultrafines (PM2,5) et NOx, dans l'air ambiant (mesurées par les stations urbaines des réseaux gérés par les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air ; la surveillance des particules ultrafines doit être étendue). * Risques attribuables à la pollution atmosphérique urbaine.
	21 <u>Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques</u> : réduire les rejets atmosphériques : -40% pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; -50% pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.		* Emissions totales et sectorielles de composés organiques volatils, dioxines et métaux toxiques.
	22 <u>Qualité de l'eau</u> : Diminuer par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées en permanence pour les paramètres microbiologiques et les pesticides.		* Qualité de l'eau : indicateurs réglementaires européens : 2 paramètres microbiologiques, et ensemble des substances individualisées pour les pesticides (plus de 200 molécules recherchées).

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	23 <u>Habitat</u> : réduire de 30% la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone.	Préciser les estimations de la mortalité (actuellement 150 à 300 décès annuels).	* Nombre annuel de décès par intoxications au CO. * Nombre d'intoxications au CO signalées sur l'ensemble du territoire, dans les zones à risque majeur et en milieux domestique ou professionnel. * Nombre de personnes traitées à l'oxygène hyperbare en caisson ayant des antécédents d'intoxication au CO.
	24 <u>Bruit</u> : réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (Ministère de l'Ecologie, INRETS).	Préciser les estimations et évaluer l'impact des actions envisageables.	* Distribution des niveaux d'exposition au bruit.
	25 <u>Qualité de l'eau</u> : réduire de 50% l'incidence des légionelloses.	Préciser les estimations pour tenir compte des cas méconnus et de la sous-déclaration.	* Nombres de nouveaux cas et de décès par légionellose.

IATROGENIE

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs quantifiables</i>	26 Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène ³ de 10% à 7% d'ici à 2008.		* Proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène.
	27 Réduire la fréquence des évènements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008.		* Fréquence des hospitalisations pour évènements iatrogènes d'origine médicamenteuse chez les personnes prises en charge en médecine de ville.
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	28 Réduire d'1/3 la fréquence des évènements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire.	Disposer des données épidémiologiques nationales sur la iatrogénie globale par la mise en œuvre à intervalles réguliers d'une étude portant sur le risque iatrogène global.	* Nombre de séjours hospitaliers avec un évènement iatrogène évitable. * Nombre annuel d'hospitalisations dues à un évènement iatrogène. * Nombre de décès ayant la iatrogénie comme cause principale.
	29 Réduire de 30 % les doses annuelles par habitant secondaires à une irradiation médicale à visée diagnostique (1,6mSv/an/hbt en 1986).	Actualisation des connaissances sur les doses annuelles d'irradiation à visée diagnostique par habitant.	* Suivi des doses délivrées lors d'irradiations médicales à visée diagnostique.
	30 100% du parc des appareils diagnostiques utilisant l'émission de radioéléments artificiels conforme aux réglementations en vigueur.		

³ ensemble des évènements indésirables consécutifs à l'action médicale: accidents médicaux, évènements indésirables secondaires à l'usage de médicaments ou de dispositifs médicaux, infections nosocomiales, ...

DOULEUR

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	31 Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.	Disposer de la prévalence actuelle pour évaluer l'importance des efforts nécessaires, même si l'objectif est exprimé en termes absolus à partir d'une estimation grossière de moins de 50% des douleurs prévenues actuellement.	* Prévalence des douleurs d'intensité modérées ou sévères, mesurée par une méthodologie appropriée, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux et au décours de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	32 Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées, et dans les situations de fin de vie.	Améliorer la connaissance épidémiologique et physiopathologique de ces douleurs ; développer des stratégies de prise en charge appropriées et évaluer leur efficacité.	

PRECARITE ET INEGALITES

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	33 Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.	Analyser les conséquences d'un effet "seuil" lié aux revenus sur le recours aux soins.	
	34 Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans.	Identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l'origine.	* Probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquêtes longitudinales de cohorte).

DEFICIENCES ET HANDICAPS

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	35 Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles (9,5% des personnes en population générale selon l'enquête HID, Indicateur de Katz).	Construire un outil spécifique, sensible au changement et utilisable en routine pour repérer et décrire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité qu'elles induisent, en population générale comme dans les populations particulières (régions, pathologies).	

MALADIES INFECTIEUSES

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs quantifiables</i>	36 <u>Infection VIH-Sida</u> : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000).		* Incidence des cas de sida.
	37 <u>Hépatites</u> : réduire de 30% la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20% à 7-14% des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008.		* Mortalité attribuable aux hépatites chroniques (cirrhose et ses complications).
	38 <u>Tuberculose</u> : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008.		* Incidence annuelle nationale/régionale dans les groupes à risque.
	39 <u>Grippe</u> : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75% dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50%), professionnels de santé (actuellement 21%), personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65%) d'ici à 2008.		* Taux de couverture vaccinale dans les groupes à risque.
	40 <u>Maladies diarrhéiques</u> : diminuer de 20% d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84 ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au-delà).		* Taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales par classe d'âge.

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	41 Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2.	Maintien et amélioration de la surveillance épidémiologique des IST.	* Prévalence des infections à Chlamydia trachomatis en population générale et chez les femmes de moins de 25 ans. * Incidence des gonococcies chez les personnes à risque et en population générale. * Incidence de la syphilis chez les personnes à risque et en population générale. * Prévalence des infections à HSV2 par sexe.
	42 <u>Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale</u> : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98%).	Améliorer le suivi du taux de couverture vaccinale dans les populations à risque et aux âges clés.	* Taux de couverture vaccinale pour les différentes valences en population générale et dans les principaux groupes à risque.
<i>Objectif ayant pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes</i>	43 <u>Infections sexuellement transmissibles</u> : offrir un dépistage systématique des Chlamydioses à 100% des femmes à risque d'ici à 2008.	Evaluation d'un programme pilote.	

SANTE MATERNELLE ET PERINATALE

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs quantifiables</i>	44 Réduire la <u>mortalité maternelle</u> au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne : passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008.		* Taux de mortalité maternelle.
	45 Réduire la <u>mortalité périnatale</u> de 15% (soit 5,5 pour 100 000 au lieu de 6,5) en 2008.		* Taux de mortalité périnatale.
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	46 <u>Grossesses extra-utérines</u> : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité.	Mesurer la fréquence des complications responsables d'infertilité selon les modes de prise en charge.	* Répartition des modes de prise en charge : chirurgie classique ou coelioscopique, médicaments.
	47 <u>Santé périnatale</u> : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme.	Repérage et mesure de la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. Enquête de cohorte sur l'apparition et l'évolution du handicap à long terme chez les enfants exposés à un facteur de risque périnatal.	* Fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. * Incidence et sévérité des handicaps à long terme d'origine périnatale.

TUMEURS MALIGNES

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif quantifiable</i>	48 <u>Cancer du col de l'utérus</u> : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 69 ans.		* Incidence du cancer du col de l'utérus. * Taux de couverture du dépistage.
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	49 <u>Toutes tumeurs malignes</u> : Contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients.	Estimation de la fréquence actuelle des prises en charge multidisciplinaires et coordonnées.	* Taux de patients pris en charge de façon multidisciplinaire et coordonnée. * Taux moyen de survie à 5 et 10 ans par type de cancer.
	50 <u>Cancer du sein</u> : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans.	Estimation en cours du pourcentage de cancers dépistés à un stade avancé..	* Stades au diagnostic. * Taux de couverture du dépistage.
	51 <u>Cancer de la peau-mélanome</u> : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome.	Connaissance de la situation actuelle.	* Stades au diagnostic des mélanomes.
	52 <u>Cancer de la thyroïde</u> : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens.	Fournir un état de référence national de l'épidémiologie des cancers thyroïdiens et tester un système de surveillance (avant généralisation à d'autres cancers).	* Incidence et prévalence du cancer thyroïdien en population générale. * Evolution de la taille des tumeurs.
<i>Objectif ayant pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes</i>	53 <u>Cancer colo-rectal</u> : Définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage.	Poursuivre les expérimentations de dépistage organisé du cancer colo-rectal dans vingt départements et les évaluer	

PATHOLOGIES ENDOCRINIENNES

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif quantifiable</i>	54 <u>Diabète</u> : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS et l'ANAES pour 80% des diabétiques en 2008 (actuellement de 16 à 72% selon le type d'examen complémentaire).		* Proportion de patients diabétiques suivis selon les recommandations de bonnes pratiques. * Taux et intervalles de réalisation des examens complémentaires et des consultations spécialisées de suivi.
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	55 <u>Diabète</u> : Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires.	Dispositif de mesure de la fréquence et de la gravité des complications du diabète.	* Incidence et évolution de chaque complication du diabète dans la population des diabétiques.

AFFECTIONS NEURO-PSYCHIATRIQUES

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif quantifiable</i>	56 <u>Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies</u> : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC.		* Incidence du VIH à partir des déclarations obligatoires de séropositivité mise en place à partir de 2003. * Prévalence biologique du VHC dans les enquêtes sur les populations d'usagers de drogue : 1ere enquête COQUELICOT en 2004.
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	57 <u>Psychoses délirantes chroniques</u> : diminuer de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité.	Estimer le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité.	* Nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité.
	58 <u>Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies</u> : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs.	Estimer le taux de rétention en traitement de substitution.	* Taux de rétention en traitement de substitution.
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	59 <u>Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques</u> : diminuer de 20% le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus.	Développer et valider des instruments de dépistage.	* Nombre de personnes présentant des troubles dépressifs ou névrotiques non reconnus
	60 <u>Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques</u> : augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique.	Développer et valider des instruments de dépistage.	* Nombre de personnes souffrant de troubles dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique.

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	61 <u>Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux</u> : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation.	Construire un dispositif et des outils de mesure de l'exclusion sociale.	* Echelles d'exclusion sociale.
	62 <u>Epilepsie</u> : prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie.	Etude quantifiant l'impact global de la maladie sur le développement cognitif chez l'enfant.	A développer en fonction des résultats des études (voir étape préalable).
	63 <u>Maladie d'Alzheimer</u> : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients.	Mesurer la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les malades et leurs proches.	A construire.
	64 <u>Maladie de Parkinson</u> : retarder la survenue des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité sévères chez les personnes atteintes.	Définition des critères de sévérité.	* Incidence des limitations fonctionnelles sévères. * Prévalence de la maladie de Parkinson sévère en population générale (par âge et sexe).
	65 <u>Sclérose en plaques</u> : pallier les limitations fonctionnelles induites par la maladie.	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.	A construire.

MALADIES DES ORGANES DES SENS

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif quantifiable</i>	66 Dépister et traiter conformément aux recommandations en vigueur 80% des affections systémiques induisant des complications ophtalmologiques.		* Proportion des personnes souffrant d'affections systémiques induisant des complications ophtalmologiques dépistées et traitées conformément aux recommandations en vigueur.
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	67 <u>Atteintes sensorielles chez l'enfant</u> : dépistage et prise en charge précoces de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant.	Compléter la connaissance épidémiologique des atteintes sensorielles de l'enfant, des modalités et résultats des dépistages existants.	* Indicateurs d'évaluation et de suivi des dépistages : taux de couverture, pourcentage de faux positifs, taux de suivi ... * Prévalence des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées à des troubles sensoriels aux différents âges de la vie.
	68 <u>Troubles de la vision</u> : réduire la fréquence des troubles de la vision dans la population adulte et en particulier dans la population âgée, et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.		* Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées aux troubles selon les âges. * Prévalence des différents troubles de la vision par âge et sexe.

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs quantifiables</i>	69 Obtenir une réduction de 13% de la mortalité associée aux <u>cardiopathies ischémiques</u> chez les hommes et de 10% chez les femmes d'ici à 2008.		* Incidence et létalité des cardiopathies ischémiques.
	70 <u>Hypercholestérolémie</u> : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS).		* Taux moyen de la LDL-cholestérolémie dans la population adulte.
	71 <u>Hypertension artérielle</u> : réduire de 5 mm de mercure la pression artérielle systolique moyenne dans la population hypertendue et de 2 mm dans la population normotendue d'ici à 2008.		* Pression artérielle moyenne dans la population hypertendue et dans la population normotendue.
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	72 <u>Accidents vasculaires cérébraux</u> : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC.	La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HID, PMSI).	* Incidence et létalité des AVC. * Fréquence et sévérité des séquelles fonctionnelles et des incapacités associées dans les suites des AVC.
	73 <u>Insuffisance cardiaque</u> : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.		* Fréquence des ré hospitalisations par décompensation aiguë d'une insuffisance cardiaque.

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif quantifiable</i>	74 <u>Asthme</u> : réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an).		* Incidence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation complète ou partielle.
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	75 <u>Broncho-pneumopathie chronique obstructive</u> : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie.	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles, des restrictions d'activité et des conséquences sur la qualité de vie.	* Proportion de patients présentant une hypoxémie chronique bénéficiant d'une oxygénothérapie à long terme. * Proportion de patients qui ont bénéficié d'un test de réversibilité pharmacologique. * Limitations fonctionnelles, restrictions d'activité et qualité de vie.

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	76 Réduire le retentissement des MICI sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes.	Mesurer la qualité de vie des personnes malades.	* Handicaps et qualité de vie à construire.

PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	77 <u>Endométriose</u> : augmenter la proportion de traitements conservateurs.	Disposer de données fiables sur l'incidence, la prévalence de l'endométriose, sur son retentissement sur la qualité de vie et sur la place respective des différents modes de prise en charge.	* Incidence et prévalence. * Proportion de traitements conservateurs au cours des prises en charge.
	78 <u>Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme</u> : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire.		* Incidence et prévalence. * Pourcentage de femmes bénéficiant d'une rééducation périnéale dans les suites d'accouchement.
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	79 <u>Pathologies mammaires bénignes chez la femme</u> : réduire le retentissement des pathologies mammaires bénignes sur la santé et la qualité de vie des femmes.	Disposer de données d'incidence et de prévalence des différentes pathologies mammaires bénignes et d'une évaluation de la qualité de vie des femmes souffrant de ces pathologies.	

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif quantifiable</i>	80 Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million).		* Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale.
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	81 Réduire le retentissement de l'IRC sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse.	Mesurer la qualité de vie des personnes malades et identifier les problèmes sociaux associés.	* Indicateurs de qualité de vie des insuffisants rénaux.

TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectifs quantifiables</i>	82 <u>Ostéoporose</u> : réduire de 10% l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus.)		* Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur par âge et sexe.
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	83 <u>Polyarthrite rhumatoïde</u> : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde.	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.	* Suivi des indices d'incapacité, de fonction et de qualité de vie des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde.
	84 <u>Spondylarthropathies</u> : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par les spondylarthropathies.	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.	* Suivi des indices d'incapacité, de fonction et de qualité de vie des patients souffrant d'une spondylarthropathie.
	85 <u>Arthrose</u> : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites.	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées.	* Suivi des indices d'incapacité, de fonction et de qualité de vie des patients souffrant d'arthrose.
	86 <u>Lombalgies</u> : réduire de 20% en population générale la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle d'ici 2008.	Enquête sur la fréquence des lombalgies et les limitations fonctionnelles induites.	* Nombre d'arrêts de travail et durée moyenne des arrêts de travail prescrits pour lombalgie.
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	87 <u>Arthrose</u> : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose.	Connaître la distribution actuelle des indicateurs de qualité de vie chez les personnes souffrant d'arthrose.	* Fréquence des conséquences de la maladie affectant la qualité de vie (effets indésirables des traitements, perte d'autonomie, dépendance...) dans la population arthrosique.

AFFECTIONS D'ORIGINE ANTENATALE

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif quantifiable</i>	88 Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose.		* Taux de mortalité. * Nombre de jours d'hospitalisation par malade et par an. * Nombre d'unités de sang transfusées par malade et par an
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	89 Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes.	Estimer la fréquence actuelle des naissances d'enfants atteints d'une affection d'origine anténatale pour laquelle il n'y a pas eu d'évaluation préalable du risque.	* Fréquence des naissances d'enfants atteints d'une affection d'origine anténatale pour laquelle il n'y a pas eu d'évaluation préalable du risque.

MALADIES RARES

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	90 Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge.	Définir les critères opérationnels de l'équité.	

AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif quantifiable</i>	91 Réduire de 30%d'ici à 2008 l'indice CAO ⁴ moyen à l'âge de 6 ans (de 1,7 à 1,2), à l'âge de 12 ans (de 1,94 à 1,4) et chez l'adulte (de 14,6 à 10,2 chez les 35-44 ans et de 23,3 à 16,3 chez les 65-74 ans).		* Distribution de l'indice CAO moyen par âge.

⁴ L'indice CAO est la somme des nombres de dents cariées (C), absentes pour cause de carie (A), et obturées définitivement (O).

TRAUMATISMES

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif quantifiable</i>	92 <u>Suicide</u> : réduire de 20% le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an).		* Incidence des suicides par tranches d'âge en population générale. * Fréquence relative des moyens de suicide utilisés.
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'informations épidémiologiques</i>	93 <u>Traumatismes non intentionnels dans l'enfance</u> : réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008.	Dispositif de recueil de données d'incidence et de gravité des accidents par cause et par classe d'âge (dans la population des moins de 14 ans). Est connue, à ce jour, la mortalité par accidents, toutes causes confondues, des enfants de 1 à 4 ans : 8,9 pour 100 000 pour les garçons et 5,8 pour 100 000 pour les filles.	* Taux de mortalité à 30 jours après accident chez les 1-14 ans, par cause et par sexe.
	94 <u>Traumatismes liés à la violence routière</u> : réduire de 50 % le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008.	Dispositif épidémiologique des mesures des décès et séquelles lourdes secondaires à un accident de la circulation.	* Taux de mortalité secondaire à un accident de la circulation (par classe d'âge et par sexe). * Taux d'incidence des séquelles secondaires à un accident de la circulation (par classe d'âge et par sexe).
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	95 <u>Traumatismes intentionnels dans l'enfance</u> : définition d'actions de santé publique efficaces.	Réunir l'ensemble des connaissances scientifiques nécessaires	

PROBLEMES DE SANTE SPECIFIQUES A DES GROUPES DE POPULATION

TROUBLES DU LANGAGE ORAL OU ECRIT

	Objectif	Objectif préalable de connaissance	Indicateurs
<i>Objectif ayant pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes</i>	96 Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit.	Evaluation des résultats obtenus par le plan triennal inter ministériel (juin 2001).	

REPRODUCTION, CONTRACEPTION, IVG

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	97 Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.	Améliorer les connaissances relatives à l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG.	* Nombre d'IVG survenant en l'absence de contraception ou suite à une mauvaise utilisation de la méthode de contraception. * Population de femmes sexuellement actives qui ne souhaitent pas de grossesse et ont au moins un rapport sexuel sans utiliser de méthode contraceptive au cours des 28 derniers jours.

SANTE DES PERSONNES AGEES

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
<i>Objectif quantifiable</i>	98 <u>Dénutrition du sujet âgé</u> : réduire de 20% le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280-400 000 et de 100-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80-160 000 d'ici à 2008).		* Prévalence des personnes de plus de 70 ans présentant un taux d'albumine sérique < 35g/l (par âge, sexe et selon le lieu de vie).
<i>Objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques</i>	99 <u>Chutes des personnes âgées</u> : réduire de 25% le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008.	Améliorer les connaissances relatives aux circonstances, facteurs déterminants des chutes, notamment en institution.	* Incidence des chutes chez les personnes de plus de 65 ans (par sexe).
	100 <u>Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé</u> : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées.	Préciser la fréquence, le type et les circonstances des prescriptions inadaptées.	A construire.