

Novembre 2017

Contribution de Prescrire à la Consultation sur la stratégie nationale de santé

La Stratégie nationale de santé est une liste impressionnante d'objectifs de santé publique dont la pertinence est sans doute forte dans la plupart des cas. La question est donc de savoir dans quelle mesure ces objectifs vont faire l'objet de décisions politiques et pratiques à la hauteur des enjeux.

1-

Ainsi dans le volet 1, pour ce qui concerne la lutte contre l'alcool (pages 12 à 14), les objectifs affichés, bien que timides, nécessiteraient de prendre des mesures fortes face à divers intérêts économiques. Il en va de même dans le domaine de l'alimentation (page 16).

Alcool et alimentation trop sucrée et/ou trop grasse sont des causes majeures en France d'années de vie perdues et de dépenses de santé. Il est ainsi estimé que le coût social de l'alcool est de 120 milliards d'euros par an ; en 2010, l'alcool aurait été responsable de 810 000 années de vie perdues en 2010, soit davantage que le tabac (690 000) (1).

Dans le domaine des addictions (dont l'alcool), le rapport de la Fédération française d'addictologie de septembre 2017 résume bien la situation : *« Les mesures efficaces de prévention sont connues et documentées, mais elles font mal : c'est là leur défaut, mais c'est aussi à cette aune que l'on juge du courage et de la sincérité des engagements politiques »* (2).

Prescrire
83, boulevard Voltaire
75558 PARIS CEDEX 11
FRANCE

Tél. : (33) (0)1 49 23 72 80
Fax : (33) (0)1 48 07 87 32
contact@prescrire.org

Site internet
Web site
www.prescrire.org

Service aux Abonnés
Subscription Department
Tél. : (33) (0)1 49 23 72 86
Fax : (33) (0)1 49 23 76 48
abonnements@prescrire.org

Formations Prescrire
Tél. : (33) (0)1 49 23 72 90
Fax : (33) (0)1 49 23 72 50
formations@prescrire.org

Association Mieux Prescrire

Organisme indépendant
de formation permanente
des soignants

Independent organisation
continuing education
for health professionals

Dans le domaine de l'alimentation, le rapport de l'IGAS de juillet 2016 sur le plan national nutrition santé (PNNS3) et le plan obésité conclut notamment que : « *A vouloir avancer par consensus, le PNNS n'a jamais été en capacité d'adopter des mesures dont l'efficacité est pourtant reconnue. Il a alors occulté, au nom du consensus et des intérêts des parties prenantes, des aspects importants de la problématique nutritionnelle. En particulier, il a insuffisamment pris en compte les actions possibles sur l'offre, tant le pouvoir des lobbies de l'agroalimentaire est puissant* ». (...) « *Pour agir sur l'offre, les études sont nombreuses et convergent : le programme doit s'inspirer des exemples et recommandations de l'OMS. Pour protéger les enfants il conviendrait d'interdire toute forme de publicité à leur intention comme l'a fait le Québec* » (3).

En somme, la Stratégie nationale de santé est un beau diagnostic de la situation : « *les mesures efficaces de prévention sont connues et documentées* » ; toute la question est de savoir quels seront le « *courage et la sincérité des engagements politiques* » pour que cette Stratégie se concrétise en amélioration de la situation sanitaire en France, tout particulièrement des plus défavorisés aux plans sanitaires et sociaux. Nous vous encourageons fortement dans cette concrétisation.

2-

Dans le volet 3, la sécurité des soins n'est pas oubliée (page 52). Mais elle fait l'objet d'objectifs si vastes qu'ils apparaissent imprécis au regard des chantiers à engager en profondeur en matière de pratiques professionnelles et de culture de sécurité, y compris auprès des patients, en tant qu'acteurs de leur propre sécurité.

Les efforts réalisés pendant la période écoulée doivent beaucoup au Programme national de sécurité des patients lancé en 2013, mais ils appellent à la persévérance. En effet les résultats décevants des diverses études sur les événements indésirables graves associés aux soins, notamment les études Eneis, n'ont pas montré de réduction de leur survenue en soins de premier recours, ni en soins hospitaliers ; ce qui incite à la conduite régulière de ce type d'étude et au développement d'indicateurs d'effets indésirables évitables, tels les complications ou des mauvais déroulement des soins, plus pertinents que ceux dont on dispose actuellement en France.

Dans ce contexte, il reste encore beaucoup à faire pour que la culture de sécurité devienne une pratique effective plutôt qu'un concept : de quoi inciter à renouveler et renforcer le Programme national de sécurité des patients, tout particulièrement en soins primaires (4).

3-

Pour ce qui concerne le médicament, abordé dans les pages 64 et 67 du volet 4 de la Stratégie nationale de santé, il est assez difficile de comprendre ce qui est envisagé en pratique derrière les objectifs. Nous estimons utile le cas échéant de rappeler que très nombreuses études aux Etats-Unis et en Europe montrent qu'un grand nombre de médicaments sont mis sur le marché sur la base d'une évaluation insuffisante, et que cette évaluation n'est pas suffisamment complétée après mise sur le marché (5,6,7). Nous voulons souligner aussi que les « *données en vie réelle* » sont surtout aujourd'hui un concept attrayant mais aux limites méthodologiques majeures (quel comparateur ?, quelle randomisation ?, etc.). Nous sommes donc défavorables à ce que sous couvert d'« *innovation* » soit promues des évolutions et méthodes qui ne permettent pas de savoir si la nouveauté représente un progrès pour les patients, ou pas.

1- Kopp P "Le coût social des drogues en France" Observatoire français des drogues et des toxicomanies 2015 : 10 pages.

2- "Prévention des conduites addictives - Principes d'action" Fédération française d'addictologie 2017 : 9 pages.

3- de Batz C et coll. "Évaluation du programme national nutrition santé 2011,-2015 et 201,6 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013" Inspection générale des affaires sociales 2016 : 151 pages.

4- Prescrire Rédaction "Culture de sécurité : un état d'esprit pour éviter l'évitable" *Rev Prescrire* 2016 ; **36** (392) : 460-462.

5- Davis C et coll. "Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life cancer drugs approved by European Medicines Agency : retrospective cohort study of drug approvals 2009-13" *BMJ* 2017 ; **359** : j4530 : 13 pages.

6- Grössmann N et Wild C "Between January 2009 and April 2016, 134 novel anticancer therapies were approved : what is the level of knowledge concerning the clinical benefit at the time of approval?" *ESMO Open* 2017 ; **1** : e0000125 : 6 pages.

7- Moore T et Furberg C "Development times, clinical testing, postmarket follow-up, and safety risks for the new drugs approved by the US food and drug administration: the class of 2008" *JAMA Intern Med* 2014 ; **174** (1) : 90-95.