

## AVIS

---

### relatif à la liste des indicateurs de résultats et d'impact de la stratégie nationale de santé 2018-2022

1er mars 2019

---

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a reçu une saisine de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en date du 8 janvier 2019, concernant la liste des indicateurs de suivi pluriannuel de résultats et d'impact de la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022.

L'article 1.II de l'arrêté du 1<sup>er</sup> février 2018, relatif au suivi et à l'évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022, prévoit en effet que le HCSP soit sollicité sur la liste des indicateurs de résultats et d'impact retenus pour le suivi pluriannuel de la SNS.

À cette fin, le groupe de travail permanent du HCSP relatif à la SNS (annexe) a été sollicité afin de répondre à cette saisine.

Le HCSP formule les remarques suivantes déclinées en remarques générales et pour chacun des 20 indicateurs identifiés par la DREES. Pour chacun des indicateurs, les critères de pertinence, cohérence, opérationnalité et imputabilité ont été analysés.

#### Rappel Méthodologique

##### *Les indicateurs de performance*

Les indicateurs ont une double vocation : aider au pilotage des actions (indicateurs de processus) et mesurer la performance des actions entreprises ou des dispositifs (indicateurs de résultats ou de performance).

S'agissant de la Stratégie Nationale de Santé qui fixe des objectifs stratégiques pour le système de santé français, le HCSP a considéré qu'il était nécessaire de disposer d'indicateurs de performance.

La DREES propose un set de 20 indicateurs susceptibles de mesurer les résultats de la SNS en termes de santé de la population. Il s'agissait donc de sélectionner des indicateurs particulièrement aptes à mesurer des effets.

Le cadre méthodologique aurait pu être celui du choix des indicateurs clef de performance (KPI, Key Performance Index), développé dans le management.

Selon le courant du nouveau management public (NMP), la performance d'une politique publique peut être appréciée sur les critères suivants : l'impact, l'effectivité, l'efficacité, l'efficience et la satisfaction des clients<sup>1</sup>.

Les indicateurs retenus doivent avoir un certain nombre de caractéristiques pour être retenus dans le cadre de l'évaluation des politiques publiques<sup>2</sup>:

- Etre pertinents,
- Pouvoir être interprétés facilement et être acceptés par tous,
- Etre statistiquement robustes et fiables,
- s'adapter aux interventions politiques sans être manipulables,
- être comparables dans le temps,
- être actualisables en temps adéquat et se prêtant à révision,
- s'intégrer dans un ensemble d'indicateurs équilibré entre les différentes dimensions,
- être cohérents entre eux, chaque dimension ayant un poids proportionné au sein de cet ensemble,
- être le plus transparents et accessibles possible aux citoyens.

#### **Le HCSP a classé les indicateurs proposés selon 4 critères :**

- La pertinence, c'est-à-dire la capacité de l'indicateur à mesurer l'atteinte d'un objectif,
- La cohérence,
- Le caractère opérationnel, c'est-à-dire sa capacité à être produit facilement,
- L'imputabilité c'est-à-dire sa capacité à traduire l'effet d'une action donnée
- 

#### ***Les indicateurs de pilotage en Santé : l'expérience européenne***

L'union européenne a identifié en 2008 une liste de 88 indicateurs de santé classés par champ permettant de comparer les états de santé des populations européennes et de suivre leurs évolution en fonction des différentes politiques suivies<sup>3</sup>. The European Core Health Indicators (ECHI) propose ainsi 12 champs d'action pour une politique de santé<sup>4</sup>.

Une évaluation de la pertinence et de l'utilité de ces indicateurs a été proposée par le Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium (PHEIAC) en 2013 permettant ainsi de sélectionner les indicateurs les plus utiles et les plus pertinents<sup>5</sup>.

En 2017, le BRIDGE-Health (Bridging Information and Data Generation for Evidence-based Health Policy and Research) project a programmé une révision de ces indicateurs. Ce projet vise à créer des réseaux européens d'information sur la santé (EU-HI) et de production de données couvrant les principaux domaines de la politique de santé de l'UE<sup>6</sup>.

Il aurait été intéressant d'utiliser ces travaux pour sélectionner les indicateurs utilisés en France pour suivre la Stratégie Nationale de santé.

#### **Remarques générales**

Il serait plus parlant de définir un cœur d'indicateurs principaux et de les compléter par des indicateurs complémentaires.

---

<sup>1</sup>Performance, efficacité, efficience :les critères d'évaluation des politiques sociales sont-ils pertinents ? Cahiers de recherche n° 299 CREDOC 2012

<sup>2</sup>Atkinson A., Cantillon B., Marlier E., Nolan B., The EU and social Inclusion, The police press, university of Bristol, 2007.

<sup>3</sup> [https://ec.europa.eu/health/indicators\\_data/echi\\_en](https://ec.europa.eu/health/indicators_data/echi_en)

<sup>4</sup> [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/indicators/docs/echi\\_shortlist\\_by\\_policy\\_area\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/indicators/docs/echi_shortlist_by_policy_area_en.pdf)

<sup>5</sup> [http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi\\_report\\_v20131031.pdf](http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi_report_v20131031.pdf)

<sup>6</sup> [https://webgate.ec.europa.eu/chafea\\_pdb/health/projects/664691/pdf](https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/664691/pdf)

Il y a une disparité entre le nombre d'indicateurs par axe qui ne semble pas justifiée au regard des objectifs, la répartition devrait être plus équitable : l'axe IV (innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens) est peu représenté en termes d'indicateurs (un seul indicateur), de plus aucun indicateur n'est proposé pour la recherche et l'innovation.

Les 43 objectifs nationaux d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre les conséquences de la maladie, de l'accident et du handicap présentés dans la SNS comprennent des indicateurs qui ne se trouvent pas dans ceux proposés par la DREES : des thèmes importants de la SNS ne se retrouvent pas dans les indicateurs. Il s'agit notamment de :

- **Surpoids et obésité.** Aucun indicateur n'est proposé concernant une « alimentation saine et une activité physique ». Un des indicateurs suivants pourrait être proposé : « Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes, les enfants et les adolescents » ; « Prévalence de la surcharge pondérale du surpoids de l'obésité en grande section de maternelle ».
- **Proportion d'enfants ayant bénéficié de la mise en œuvre du parcours éducatif en santé.** La politique de santé de l'enfant est une priorité et pourtant, elle est peu représentée (seulement 2 indicateurs spécifiques). Des indicateurs pourraient être proposés sur la prévention des « violences et maltraitances » (nombre de déclarations ou passages aux urgences ou hospitalisation en lien) ainsi que l'accompagnement et le « taux d'insertion sociale des enfants en situation de handicap » (accessibilité scolarité...).
- **Pratiques professionnelles au repérage précoce et à la réduction des risques.**
- **Décès par accident de la voie publique.**
- **Grossesses non désirées : IVG.**
- **Infections sexuellement transmissibles (IST) dont VIH.**
- **Habitat insalubre et indigne.**
- **Santé au travail :** aucun indicateur concernant les déterminants liés à l'environnement professionnel ou aux conditions de travail (risques psychosociaux, accidents du travail). Proposition d'indicateurs : « Nombre, taux et indice de fréquence des incapacités permanentes par accident du travail » ; « Proportion de travailleurs déclarant être exposés à des postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail (par secteur d'activité, catégorie sociale, statut emploi) ». Ce dernier indicateur selon les règles d'âge de retraite professionnelle pourrait être augmenté par cette incitation à la déclaration.
- **Lutte contre l'antibiorésistance.**
- **Repérage précoce en santé mentale.**
- **Dépistages des troubles autistiques.** Les critères devraient être stabilisés et appliqués de manière homogène.
- **Récidive des tentatives de suicide.**

## Remarques par indicateur

### Indicateurs de résultat de long terme

Il s'agit de 2 indicateurs qui seront modifiés par la stratégie nationale de santé

#### 1) Espérance de vie à la naissance

Cet indicateur est fondamental pour appréhender l'état de santé général d'une population.

Il s'agit d'un indicateur de cadrage démographique : il est pertinent, cohérent, opérationnel et imputable.

Il serait également intéressant d'ajouter l'espérance de vie à 65 ans.

#### 2) Espérance de vie sans incapacité

Il s'agit d'un indicateur structurel complémentaire de l'espérance de vie.

Cet indicateur est pertinent, cohérent, opérationnel et imputable.

Toutefois il faudrait distinguer : « Espérance de vie sans incapacité à la naissance » et « Espérance de vie sans incapacité à 65 ans » (L'Organisation de coopération et de développement économiques -OCDE propose comme indicateur l'espérance de vie à 65 ans en bonne santé<sup>7</sup>).

### Indicateurs de résultats intermédiaires

Ces indicateurs mesurent la performance d'un ensemble de mesures regroupées dans les axes de la SNS.

#### 3) Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (axe I de la SNS)

Cet indicateur porte sur un déterminant majeur de la mortalité prématurée.

Il est pertinent, cohérent, opérationnel.

Il peut être complété par :

- le pourcentage de fumeurs quotidiens âgés de 15 ans ou plus, par sexe, âge et niveau d'éducation.
- La prévalence du tabagisme quotidien au cours de la grossesse.

Ces 2 indicateurs rendraient mieux compte de l'exposition à ce déterminant majeur de la santé dans des groupes à risque particuliers

#### 4) Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes (axe I de la SNS)

Cet indicateur (environ 10% de consommateurs quotidiens, stable entre 2010 et 2017) représente la consommation des populations les plus âgées (26% chez les 65-75 ans, 14,3% chez les 55-64 ans, 7,4% chez les 45-54 ans, 5,98% chez les 35-44 ans, 3,6% chez les 25-34 ans, et 2,3% chez les 18-24 ans, Richard, BEH 2019 : 5-6, 19 février 2019).

L'évolution de cet indicateur serait plutôt le signe d'un effet générationnel que d'un effet des politiques publiques. De ce fait il paraît peu imputable puisqu'il mesure une décroissance régulière depuis plusieurs années. Une diminution ne traduira pas le résultat d'une politique mais probablement une évolution sociétale de la consommation d'alcool.

Cet indicateur principal devrait être complété par un indicateur concernant la consommation d'alcool chez les jeunes et par la consommation d'alcool chez les femmes enceintes.

#### 5) Limitation de longue durée perçue dans les activités usuelles du fait d'un problème de santé (axe I de la SNS)

Indicateur pertinent, cohérent, opérationnel et imputable.

Cependant, il mériterait d'être précisé dans sa formulation. On pourrait notamment préciser la temporalité : « Part de la population déclarant être limitée depuis au moins 6 mois dans les activités que les personnes font habituellement ».

#### 6) Concentration annuelle des quatre principaux polluants en zone urbaine (niveaux moyens d'exposition) (axe I de la SNS)

Indicateur pertinent, cohérent, opérationnel et imputable.

#### 7) Taux de couverture vaccinale grippe (axe I de la SNS)

Indicateur pertinent, cohérent, opérationnel.

Il semble toutefois pertinent de le décliner par classes d'âge (ex : personnes de plus de 65 ans et personnes ciblées par la vaccination) pour rendre compte des risques particuliers dans cette population.

---

<sup>7</sup> <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22177fr/s22177fr.pdf>

De même, il serait intéressant de cibler également la vaccination des professionnels de santé.

8) Taux de couverture du dépistage de cancer colorectal (axe I de la SNS)

Indicateur pertinent, cohérent, opérationnel.

Il est nécessaire de préciser que la mesure est effectuée dans la tranche d'âge pour laquelle ce dépistage est recommandé (ex : entre 50 et 74 ans).

Il convient de conserver cet indicateur même si le dépistage ne reflète pas l'ensemble des mesures de détection précoce.

9) Taux de renoncement aux soins (traitements ou soins médicaux ou dentaires) (axe II de la SNS)

Indicateur pertinent, cohérent, opérationnel et imputable.

Au-delà des renoncements pour raisons financières, il faudrait aussi prendre en compte l'impact du manque de spécialistes et des distances géographiques.

10) Part du reste à charge des ménages pour les dépenses dentaires et optiques (axe II de la SNS)

Indicateur pertinent, cohérent, opérationnel.

En revanche formulé ainsi il est peu imputable. En effet, l'évolution de la part de reste à charge des ménages pour les dépenses dentaires et optiques n'est pas significative. Elle peut évoluer dans le temps selon les politiques en termes de complémentaires santé, ne reflétant ainsi qu'une partie des coûts de la santé pour les ménages susceptibles d'avoir un impact sur la santé.

11) Pourcentage de la population résidant dans une zone dans laquelle l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes est inférieure à un certain seuil (axe II de la SNS)

Indicateur pertinent, cohérent, opérationnel et imputable.

12) Taux d'hospitalisations potentiellement évitables (axe III de la SNS)

Indicateur opérationnel et cohérent mais non pertinent.

Il semble nécessaire de proposer un classement par sous-groupes : sexe, classes d'âge, et de proposer un classement par spécialité (cardiovasculaire, cancérologie...) et/ou par pathologie (asthme, bronchopneumopathies chroniques obstructives -BPCO, angine de poitrine, déshydratation...).

De même, son impact sur la santé de la population reste à évaluer.

13) Taux de chirurgie ambulatoire (axe III de la SNS)

Indicateur peu pertinent pour l'objectif poursuivi car il ne s'agit pas d'un indicateur de santé mais d'un indicateur de processus.

Il permet de connaître l'évolution du système de santé, ce qui n'est pas l'objectif dans le cadre du suivi de la santé des patients.

Une prise de recul est nécessaire pour évaluer les bienfaits du virage ambulatoire.

Cet indicateur ne devrait pas être retenu. En effet, les impacts (positifs et délétères) en termes de santé de la population ne sont pas connus.

14) Prévalence de la polymédication (3 délivrances au moins pour 10 molécules sur une année) chez les personnes de plus de 75 ans (axe III de la SNS)

Cet indicateur inclut deux éléments : la morbidité et les pratiques de soins (qualité de la prise en charge).

L'interprétation des modifications observées (et donc son caractère imputable) est donc difficile.

15) Taux de réhospitalisation à 30 jours (axe III de la SNS)

Indicateur pertinent, cohérent et opérationnel.

L'augmentation de la part de l'ambulatoire et la diminution des durées moyennes de séjour (DMS) risquent cependant d'entraîner davantage de réhospitalisations.

16) Proportion de la population satisfaite de la qualité des soins selon le type de professionnel (axe IV de la SNS)

Indicateur intéressant car il s'intéresse à l'avis des personnes et évoque la démocratie en santé. A conserver.

17) Couverture vaccinale à 24 mois pour les 11 vaccins obligatoires (axe V de la SNS - enfants)

Indicateur pertinent, cohérent, opérationnel et imputable.

18) Proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur 6<sup>ème</sup> anniversaire (axe V de la SNS - enfants)

Indicateur pertinent, cohérent, opérationnel.

Cependant il faudrait préciser les raisons de la consultation. En effet, celle-ci peut avoir lieu dans une démarche de prévention ou dans une démarche curative devant la présence de caries. Pour éviter ce biais, il est conseillé notamment indiquer si cette consultation est liée au rendez-vous gratuit M'T dents à six ans.

19) Taux de mortalité périnatale (axe VII de la SNS – Outre-mer)

Indicateur pertinent, cohérent, opérationnel et imputable en lien avec le contexte spécifique à l'Outre-mer.

Cependant, cet indicateur de la mortalité infantile permet d'observer à court terme des modifications des conditions de vie de la population.

Il ne devrait pas être un indicateur exclusivement pour l'Outre-mer pour permettre des comparaisons.

20) Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (axe VII de la SNS – Outre-mer)

Indicateur pertinent, cohérent, opérationnel et imputable.

C'est un indicateur simple à mesurer, en lien avec le contexte épidémiologique spécifique à l'Outre-mer, mais il ne permet pas de prendre en compte les mesures non médicamenteuses (perte de poids, activité physique, régime alimentaire) qui sont pourtant essentielles, voire primordiales, et doivent précéder toute mise sous traitements médicamenteux. L'amélioration de cet indicateur ne sera donc pas forcément le signe d'une meilleure prise en charge du diabète.

En lien avec le contexte épidémiologique spécifique à l'Outre-Mer. Pourquoi limiter cet indicateur aux seules régions outre-mer (même si la prévalence y est plus importante) ? Les données de l'Assurance maladie et notamment de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pourraient peut-être être utilisées.

### Autre proposition de classement des indicateurs

Le HCSP propose ci-dessous une classification des indicateurs reflétant mieux leur cohérence avec les objectifs de la SNS ou des plans déclinants la SNS.

### Indicateurs de résultat de long terme

#### *Espérance de vie*

- 1) Espérance de vie à la naissance
- 2) Espérance de vie sans incapacité

### Indicateurs de résultats intermédiaires

#### *Promotion-Prévention*

- 3) Taux de couverture vaccinale grippe
- 4) Taux de couverture du dépistage de cancer colorectal
- 5) Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte
- 6) Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes
- 7) Limitation de longue durée perçue dans les activités usuelles du fait d'un problème de santé
- 8) Concentration annuelle des quatre principaux polluants en zone urbaine (niveaux moyens d'exposition)

#### *Inégalités d'accès aux soins*

- 9) Taux de renoncement aux soins (traitements ou soins médicaux ou dentaires)
- 10) Part du reste à charge des ménages pour les dépenses dentaires et optiques
- 11) Pourcentage de la population résidant dans une zone dans laquelle l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes est inférieure à un certain seuil

#### *Pertinence des prises en charges*

- 12) Prévalence de la polymédication (3 délivrances au moins pour 10 molécules sur une année) chez les personnes de plus de 75 ans
- 13) Taux d'hospitalisations potentiellement évitables
- 14) Taux de chirurgie ambulatoire
- 15) Taux de réhospitalisation à 30 jours
- 16) Proportion de la population satisfaite de la qualité des soins selon le type de professionnel

#### *Disposition spécifique aux enfants*

- 17) Proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur 6<sup>ème</sup> anniversaire
- 18) Couverture vaccinale à 24 mois pour les 11 vaccins obligatoires

#### *Disposition spécifique à l'Outre-mer*

- 19) Taux de mortalité périnatale
- 20) Prévalence du diabète traitée pharmacologiquement

## Tableau récapitulatif

N°	Intitulé de l'indicateur proposé par la DREES	Commentaires du HCSP
1	Espérance de vie a à la naissance	Indicateur fondamental de cadrage démographique. Le calcul devrait prendre en compte les bouleversements majeurs qui peuvent survenir d'ici une période de 80 ans. Intéressant d'ajouter l'espérance de vie à 65 ans.
2	Espérance de vie sans incapacité	Indicateur structurel complémentaire de l'espérance de vie. Distinguer : « Espérance de vie sans incapacité à la naissance » et « Espérance de vie sans incapacité à 65 ans ».
3	Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte	A compléter par : « le pourcentage de fumeurs quotidiens âgés de 15 ans ou plus, par sexe, âge et niveau d'éducation ». Prévoir un sous indicateur spécifique : « Prévalence du tabagisme quotidien au cours de la grossesse (du 3 <sup>ème</sup> trimestre) ».
4	Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes	Cet indicateur (environ 10% de consommateurs quotidiens, stable entre 2010 et 2017) représente la consommation des populations les plus âgées (26% chez les 65-75 ans, 14,3% chez les 55-64 ans, 7,4% chez les 45-54 ans, 5,98% chez les 35-44 ans, 3,6% chez les 25-34 ans, et 2,3% chez les 18-24 ans, Richard, BEH 2019 : 5-6, 19 février 2019). L'évolution de cet indicateur serait plutôt le signe d'un effet générationnel que d'un effet des politiques publiques. Cet indicateur principal devrait être complété par un indicateur concernant la consommation d'alcool chez les jeunes et par la consommation d'alcool chez les femmes enceintes.
5	Limitation de longue durée perçue dans les activités usuelles du fait d'un problème de santé	Préciser la temporalité : « Part de la population déclarant être limitée depuis au moins 6 mois dans les activités que les personnes font habituellement ».
6	Concentration annuelle des quatre principaux polluants en zone urbaine (niveaux moyens d'exposition)	
7	Taux de couverture vaccinale grippe	Décliner par classes d'âge (ex : personnes de plus de 65 ans et personnes ciblées par la vaccination) et cibler également la vaccination des professionnels de santé.
8	Taux de couverture du dépistage de cancer colorectal	Préciser la tranche d'âge pour laquelle ce dépistage est recommandé (ex : entre 50 et 74 ans). Conserver cet indicateur même si le dépistage ne reflète pas l'ensemble des mesures de détection précoce.
9	Taux de renoncement aux soins (traitements ou soins médicaux ou dentaires)	Au-delà des renoncements pour raisons financières, il faudrait aussi prendre en compte l'impact du manque de spécialistes et des distances géographiques.



10	Part du reste à charge des ménages pour les dépenses dentaires et optiques	L'évolution de la part de reste à charge des ménages pour les dépenses dentaires et optiques n'est pas significative. En effet, elle peut évoluer dans le temps selon les politiques des complémentaires santé.
11	Pourcentage de la population résidant dans une zone dans laquelle l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes est inférieure à un certain seuil	
12	Taux d'hospitalisations potentiellement évitables	Proposer un classement par sous-groupes : sexe, classes d'âge, et de proposer un classement par spécialité (cardiovasculaire, cancérologie...) et/ou par pathologie (asthme, bronchopneumopathies chroniques obstructives -BPCO, angine de poitrine, déshydratation...).
13	Taux de chirurgie ambulatoire	Il ne s'agit pas d'un indicateur de santé mais d'un indicateur de processus. Il permet de connaître l'évolution du système de santé, ce qui n'est pas l'objectif dans le cadre du suivi de la santé des patients. Une prise de recul est nécessaire pour évaluer les bienfaits du virage ambulatoire. Cet indicateur ne devrait pas être retenu.
14	Prévalence de la polymédication (3 délivrances au moins pour 10 molécules sur une année) chez les personnes de plus de 75 ans	Cet indicateur inclut deux éléments : la morbidité et les pratiques de soins (qualité de la prise en charge). Son interprétation est donc difficile : que conclure par exemple s'il augmente ?
15	Taux de réhospitalisation à 30 jours	L'augmentation de la part de l'ambulatoire et la diminution des durées moyennes de séjour (DMS) risquent en effet d'entraîner davantage de réhospitalisations.
16	Proportion de la population satisfaite de la qualité des soins selon le type de professionnel	S'intéresse à l'avis des personnes et évoque la démocratie en santé..
17	Couverture vaccinale à 24 mois pour les 11 vaccins obligatoires.	
18	Proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur 6 <sup>ème</sup> anniversaire.	Préciser si la proportion d'enfants de six ans ayant consulté une fois un chirurgien-dentiste est liée à une consultation à titre de prévention ou pour soigner une carie. Cet indicateur est également susceptible de refléter des inégalités de santé. Pour éviter ce biais, il est conseillé notamment indiquer si cette consultation est liée au rendez-vous gratuit M'T dents à six ans.
19	Taux de mortalité périnatale	En lien avec le contexte spécifique à l'Outre-mer. Cependant, cet indicateur de la mortalité infantile permet d'observer à court terme des modifications des conditions de vie de la population. Il ne devrait pas être un indicateur exclusivement pour l'Outre-mer.

20	Prévalence du diabète traité pharmacologiquement	C'est un indicateur simple à mesurer, en lien avec le contexte épidémiologique spécifique à l'Outre-mer, mais il ne permet pas de prendre en compte les mesures non médicamenteuses (perte de poids, activité physique, régime alimentaire) qui sont pourtant essentielles, voire primordiales, et doivent précéder toute mise sous traitements médicamenteux. L'amélioration de cet indicateur ne sera donc pas forcément le signe d'une meilleure prise en charge du diabète. En lien avec le contexte épidémiologique spécifique à l'Outre-mer. Pourquoi limiter cet indicateur aux seules régions outre-mer (même si la prévalence y est plus importante) ? Les données de l'Assurance maladie et notamment de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pourraient peut-être être utilisées.
----	--	--

### Références bibliographiques

- L'état de la santé de la population en France, Rapport 2017, DREES Santé publique France.
- Panorama de la santé 2017, indicateurs de l'OCDE, OCDE 2017.
- Panorama de la santé : Europe 2018. Publication conjointe entre l'OCDE et la Commission européenne, 22 novembre 2018.
- Rapport final : Série sources et méthodes. Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population, révision 2013, n° 44 Mai 2014

**Liste des membres du groupe de travail**

Pilotes : Franck Chauvin, président du HCSP, Zeina Mansour, vice-présidente du HCSP.

Membres des commissions spécialisées

Commission spécialisée Système de santé et sécurité des patients

Éric Breton

Pierre Czernichow

Anne-Paule Duarte

Véronique Gilleron

Olivier Lacoste

Philippe Michel

Matthieu Sibé

Commission spécialisée Maladies chroniques

Joël Coste

François Eisinger

Liana Euler-Ziegler

Pascale Grosclaude

Isabelle Millot-Van Vlierberghe

Anne-Marie Schott

Commission spécialisée Risques liés à l'environnement

Daniel Bley

Francelyne Marano

Commission spécialisée Maladies infectieuses et maladies émergentes

Christian Chidiac

Emmanuel Debost

Personnalité invitée

Pierre Arwidson, Santé publique France

Membres du Secrétariat général du HCSP

Jean-Michel Azanowsky, coordinateur

Bernard Faliu, secrétaire général

Ann Pariente-Khayat

Louise Petit, interne de santé publique

Cet avis a été soumis par vote électronique aux membres du bureau du Collège du HCSP le 27 février 2019 : 7 participants sur 9 membres qualifiés, 0 conflit d'intérêt, vote pour : 7, abstention : 0, contre : 0.

**Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)



**Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère du travail  
Ministère de l'action et des comptes publics**

**Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques**

**Sous-direction de l'observation de la  
santé et de l'assurance maladie**

Bureau d'appui à l'évaluation et aux études  
régionales

Paris, le 8 janvier 2019  
DREES-BAEER N° 2

Le directeur de la DREES  
à  
Monsieur Franck CHAUVIN  
Président du Haut Conseil de la  
Santé Publique

Dossier suivi par : Emin Agamaliyev  
Tél. : +33 (0) 1 40 56 80 77  
Courriel : [emin.agamaliyev@sante.gouv.fr](mailto:emin.agamaliyev@sante.gouv.fr)

**Objet : Demande d'avis sur la liste des indicateurs de suivi pluriannuel de la stratégie nationale de  
santé 2018-2022**

**PJ : Liste des indicateurs de résultats et d'impacts de la stratégie nationale de santé**

Monsieur le Président,

La stratégie nationale de santé 2018-2022 a été adoptée officiellement par le Gouvernement fin décembre 2017 à l'issue d'un processus de concertation avec les acteurs de la santé et les autres ministères concernés. Elle constitue le cadre de la politique de santé en France pour le quinquennat en cours et se fonde sur l'analyse réalisée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables.

L'arrêté du 1<sup>er</sup> février 2018, relatif au suivi et à l'évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022, prévoit un dispositif de suivi et d'évaluation composé de :

1. un suivi annuel des actions mises en œuvre pour atteindre les objectifs figurant dans le décret du 29 décembre 2017, réalisé par les directions du Ministère des solidarités et de la santé et la direction générale des outre-mer à partir d'indicateurs de processus et de moyens, et consolidé par le secrétariat général des ministères sociaux ;
2. un suivi pluriannuel réalisé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), reposant sur des indicateurs de résultats et d'impacts faisant l'objet de publications en 2018, 2020 et 2022 ;
3. une évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé, pilotée par la Drees, faisant l'objet d'un rapport final en 2022.

Conformément à l'article 1.II. de cet arrêté, **nous sollicitons l'avis du HCSP sur la liste des indicateurs de résultats et d'impacts retenus** pour le suivi pluriannuel de la stratégie nationale de santé.

Ces indicateurs ont été identifiés à partir des axes et des objectifs stratégiques de la stratégie nationale de santé en tenant compte des différents déterminants de santé, y compris le système de soins.

Des 20 indicateurs retenus, deux sont des indicateurs de résultat de long terme, 14 sont répartis selon les quatre axes de la stratégie nationale de santé :

- mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention
- lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
- garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charges au bénéfice de la population

Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP  
Adresse visiteurs : 10 - 18, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Buffon - 75014 PARIS  
<http://social-sante.gouv.fr/>

- innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers

Enfin, quatre indicateurs portent sur les priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, des jeunes et des adolescents et sur les dispositions spécifiques à l'Outre-Mer.

Parmi les différents critères de sélection des indicateurs, nous avons privilégié la disponibilité des données avant la mise en place de la stratégie nationale de santé et la possibilité de déclinaisons régionales et, dans la mesure du possible, selon des variables socio-économiques.

Les indicateurs qui vous sont soumis ont fait objet d'une concertation avec les directions d'administration centrale et la caisse nationale de l'assurance maladie. Ils ont été présentés aux agences régionales de santé et lors de la réunion du groupe de travail sur l'évaluation du programme national de santé publique (PNSP) pilotée par le HCSP.

Il est prévu de mettre en ligne les indicateurs du suivi pluriannuel via une application numérique développée par la Drees et accessible grâce au lien suivant : <https://drees.shinyapps.io/suivi-sns/>

Nous vous remercions par avance de nous faire parvenir votre avis sur ce projet pour le 15 février 2019.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

**Le directeur de la recherche, des études, de  
l'évaluation et des statistiques**



**Jean-Marc Aubert**

PJ : Liste des indicateurs de résultats et d'impacts de la stratégie nationale de santé

	Intitulé de l'indicateur	Axe SNS	Source de données	Périodicité de la mise à jour
<b>Indicateurs de résultat de long terme</b>				
1	Espérance de vie à la naissance		État civil (INSEE)	Annuelle
2	Espérance de vie sans incapacité		SRCV – SILC (méthode Ehemu)	Annuelle
<b>Indicateurs de résultats intermédiaires</b>				
3	Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte	I	Baromètre santé (ANSP)	Annuelle
4	Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes	I	Baromètre santé (ANSP)	Annuelle
5	Limitation de longue durée perçue dans les activités usuelles du fait d'un problème de santé	I	SRCV – SILC (Eurostat)	Annuelle
6	Concentration annuelle des quatre principaux polluants en zone urbaine (niveaux moyens d'exposition)	I	Données des structures de surveillance (MTES)	Annuelle
7	Taux de couverture vaccinale grippe	I	SNDS- DCIR (ANSP)	Annuelle - Saison grippale
8	Taux de couverture du dépistage du cancer colorectal	I	Données des structures de gestion du dépistage (ANSP)	Annuelle
9	Taux de renoncement aux soins (traitements ou soins médicaux ou dentaires)	II	SRCV – SILC (Eurostat)	Annuelle
10	Part du reste à charge des ménages pour les dépenses dentaires et optiques	II	Comptes de la santé (Drees)	Annuelle
11	Pourcentage de la population résidant dans une zone dans laquelle l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes est inférieure à un certain seuil	II	SNDS (Drees)	Annuelle
12	Taux d'hospitalisations potentiellement évitables	III	PMSI (ATIH)	Annuelle
13	Taux de chirurgie ambulatoire	III	PMSI (ATIH)	Annuelle
14	Prévalence de la polymédication (3 délivrances au moins pour 10 molécules sur une année) chez les personnes de plus de 75 ans	III	SNDS (Drees)	Annuelle
15	Taux de réhospitalisation à 30 jours	III	PMSI (ATIH)	Annuelle
16	Proportion de la population satisfaite de la qualité des soins selon le type de professionnel	IV	Baromètre d'opinion (Drees)	Annuelle
17	Couverture vaccinale à 24 mois pour les 11 vaccins obligatoires	V (enfants)	Remontées PMI et CS24 mois (Drees)	Annuelle

18	Proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur 6 <sup>ème</sup> anniversaire	V (enfants)	SNDS (CNAM, Drees)	Annuelle
19	Taux de mortalité périnatale	VII (outre-mer)	SNDS (Drees)	Annuelle
20	Prévalence du diabète traité pharmacologiquement	VII (outre-mer)	PMSI, INSEE (ANSP)	Annuelle