

Note de réponse à la saisine de la Mme la ministre de
la santé concernant les domaines d'action prioritaires
de la stratégie nationale de santé

31 mars 2014

Complément de réponse : proposition d'objectifs de
résultats à 5 et 10 ans

Sommaire

Partie A. Objectifs concernant les 5 domaines d'action préétablis	4
Domaine A1. Santé des jeunes de 0 à 25 ans	4
Domaine A2. Addictions	6
Domaine A3. Cancer	7
Domaine A4. Santé mentale	9
Domaine A5. Santé des personnes âgées	12
Partie B. Objectifs concernant les 5 domaines d'action à ne pas négliger	14
Domaine B1. Inégalités sociales et territoriales	14
Domaine B2. Pollution atmosphérique	16
Domaine B3. Maladies chroniques	18
Domaine B4. Politique vaccinale	20
Domaine B5. Sécurité des patients	22

Cette note constitue la suite de la réponse à la saisine de Madame la ministre de la santé, datée du 28 novembre 2014. Dans cette seconde partie, le HCSP propose, sur la base des éléments présentés dans la première réponse (transmise à Madame la ministre le 3 février 2014), des objectifs de résultats à atteindre à l'échéance de 5 et 10 ans, dans les cinq domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé (partie A), ainsi que dans les cinq domaines considérés par le HCSP comme ne devant pas être négligés (partie B)¹.

Si nécessaire, des documents de travail intermédiaires sont disponibles sur demande, concernant les domaines suivants : cancer, santé mentale, santé des personnes âgées, inégalités sociales de santé, pollution atmosphérique, maladies chroniques, politique vaccinale, sécurité des patients.

Note préliminaire :

Les objectifs de résultats proposés ci-dessous peuvent être évalués à l'aide d'indicateurs décrits dans le rapport de refonte des indicateurs rédigé par le DGS et la DREES, et le lecteur est invité à se référer à ce rapport. Toutefois, dans certains cas, le HCSP a estimé nécessaire de suggérer d'autres indicateurs, plus adaptés à la mesure des résultats visés. Il sont dans ce cas mentionnés dans le texte.

Pour faciliter la lecture, un code mentionné dans la marge de droite indique le statut des indicateurs pouvant être associés aux objectifs proposés :

A : indicateurs répertoriés dans le rapport de refonte DGS-Drees ;

B : indicateurs proposés par le HCSP, nécessitant une exploitation ou une modification des données et systèmes d'information actuellement non utilisés à cet effet ;

C : indicateurs à développer, ou à explorer ;

R : disponibilité au niveau régional (**R+** = oui, **R-** = non, **R?** = non déterminé).

Dans l'hypothèse où les propositions d'objectifs correspondants seraient retenues, le HCSP poursuivra les travaux d'expertise nécessaires à la définition de ces indicateurs.

¹ Cf Note de réponse à la saisine de la Mme la ministre de la santé concernant les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé, HCSP, 3 février 2014.

Partie A. Objectifs concernant les 5 domaines d'action préétablis

Domaine A1. Santé des jeunes de 0 à 25 ans

Objectif A1–1. Prématurité / périnatalité

Sous-objectif A1–1.1 Réduire la prématurité évitable, notamment dans les DOM A R+

Sous-objectif A1–1.2 Réduire la mortalité périnatale, notamment dans les DOM A R+

Sous-objectif A1–1.3 Réduire les facteurs de risque de grossesses pathologiques

✓ *Tabagisme, consommation d'alcool et obésité des femmes enceintes* A R-

✓ *Carences nutritionnelles* A R-

Objectif A1–2. Troubles des apprentissages

Sous-objectif A1–2.1 Diagnostiquer plus précocement les troubles des apprentissages (avant l'âge de 5 ans) dans les centres de référence C

Objectif A1–3. Surpoids et obésité / nutrition

Sous-objectif A1–3.1 Réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et adolescents et réduire les écarts liés au niveau social A R-

Sous-objectif A1–3.2 Augmenter la proportion d'enfants pratiquant une activité physique et sportive A R+

Sous-objectif A1–3.3 Augmenter la proportion d'enfants ayant une alimentation saine et réduire les écarts liés au niveau social A R+

Objectif A1–4. Usage de substances addictives (cf. Domaine A2 p. 6)

Sous-objectif A1–4.1 Réduire le tabagisme quotidien et la consommation d'alcool chez les jeunes, en particulier en situation de chômage A R+

Sous-objectif A1–4.2 Promouvoir l'éducation à la santé en matière de prévention des addictions C

Sous-objectif A1–4.3 Réduire l'usage de drogues intraveineuses chez les jeunes C

Objectif A1–5. Santé sexuelle / contraception, IVG / infections sexuellement transmissibles

Sous-objectif A1–5.1 **Augmenter l'utilisation des méthodes de contraception parmi les jeunes femmes de moins de 25 ans de niveau socio-économique les moins favorisés**

A R-

Sous-objectif A1–5.2 **Développer les programmes d'éducation en santé sexuelle à l'école, en particulier dans les réseaux d'éducation prioritaire (ex-ZEP)**

C

Objectif A1–6. Déterminants sociaux et inégalités sociales de santé

Sous-objectif A1–6.1 **Améliorer l'accueil en structures collectives des enfants de moins de 3 ans issus de familles modestes**

C

Sous-objectif A1–6.2 **Pour la santé des mères et des enfants, assurer un hébergement stable aux familles en grande précarité**

- ✓ *Taux de plus de 3 changements d'orientation sur un parcours d'hébergement d'une année*

B R?

Source : données disponibles auprès du Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)

Sous-objectif A1–6.3 **Réduire l'éclatement des familles en situation de difficultés financières ou médicales**

- ✓ *Prises en charge à la demande des parents pour difficultés financières ou médicales (placements auprès de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) par délégation de l'autorité parentale)*

C

Sous-objectif A1–6.4 **Améliorer les conditions d'habitat des ménages les plus défavorisés (cf. Domaine B1 p. 14)**

Sous-objectif A1–6.5 **Réduire l'insécurité alimentaire (cf. Domaine B1 p. 14)**

Sous-objectif A1–6.6 **Réduire le taux de décrochage scolaire (cf. Domaine B1 p. 14)**

Objectif A1–7. Accès aux soins et à la prévention

Sous-objectif A1–7.1 **Améliorer la couverture complémentaire santé des jeunes, et notamment ceux en situation de chômage ou d'inactivité**

Source : enquête Santé et protection sociale (ESPS)

A R+

Sous-objectif A1–7.2 **Réduire l'exposition des apprentis aux substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR)**

Source : enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer)

A R-

Objectif A1–8. Santé scolaire

Sous-objectif A1–8.1 **Développer une politique structurée en matière de santé scolaire**

- ✓ *conventions signées entre l'éducation nationale et autres structures*
- ✓ *amélioration de la couverture vaccinale de la population scolaire*

C

C

Domaine A2. Addictions

Il paraît pertinent d'accorder une plus grande part des objectifs aux problématiques liées aux consommations de tabac et d'alcool, compte tenu de l'importance de leur impact sur la santé de la population, par rapport celui des consommations de drogues illicites. Celui des comportements addictifs sans substance étant encore insuffisamment connu, cette partie ne fait pas l'objet de propositions d'objectifs.

Objectif A2–1. Réduire la consommation de tabac et d'alcool pour diminuer leur impact sur la santé de la population en général, en limitant autant que possible les inégalités sociales de santé qui pourraient être induites

Sous-objectif A2–1.1 **Prévenir l'entrée dans la consommation de tabac, en limitant autant que possible les inégalités sociales de santé qui pourraient être induites**

A R+

Sous-objectif A2–1.2 **Réduire le niveau de consommation d'alcool, en limitant autant que possible les inégalités sociales de santé qui pourraient être induites**

A R+

Sous-objectif A2–1.3 **Améliorer la prise en charge des sevrages alcooliques, en limitant autant que possible les inégalités sociales de santé qui pourraient être induites**

C

Sous-objectif A2–1.4 **Améliorer la prise en charge des sevrages tabagiques, en limitant autant que possible les inégalités sociales de santé qui pourraient être induites**

C

Il pourrait être étudié la possibilité de suivre plusieurs données disponibles :

- ✓ *Les ventes de traitements d'aide à l'arrêt du tabac (données agrégées)*

B R?

Source : tableau de bord mensuel des indicateurs relatifs au tabac et au tabagisme en France réalisé par l'OFDT à la demande de la MILDT²

- ✓ *Le nombre de forfaits d'aide au sevrage pour les femmes enceintes et les bénéficiaires de la CMUc*

B R+

Source : données de l'Assurance Maladie

Sous-objectif A2–1.5 **Augmenter la proportion de femmes enceintes ayant interrompu leur consommation de tabac et d'alcool pendant la durée de la grossesse**

A R-

Sous-objectif A2–1.6 **Réduire l'usage des drogues intraveineuses**

C

² www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/tabtabac.html

Domaine A3. Cancer

L'importance des inégalités sociales dans les déterminants, les expositions aux facteurs de risque et les états de santé liés au cancer nécessite de prendre en compte prioritairement cette dimension dans les objectifs à atteindre.

Toutefois, la prise en compte des inégalités dans la mesure des différents impacts et résultats nécessite impérativement des adaptations de certains systèmes d'information. Les recommandations du HCSP concernant les indicateurs d'inégalités sociales en matière de cancer sont rassemblées dans l'avis du 19 juin 2013 relatif aux indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans le domaine du cancer³. Elles portent principalement sur :

- L'utilisation d'indices écologiques de défavorisation dans les registres ;
- L'appariement des systèmes d'information en matière de cancer avec les bases de données administratives et fiscales, en particulier des registres ;
- L'insertion de données individuelles socio-économiques dans le dossier communicant de cancérologie ;
- La production de tables de mortalité par indice écologique de défavorisation sociale, pour permettre les calculs de survie relative tenant compte du sexe, de l'âge, mais aussi de la position socio-économique.

Objectif A3–1. Impact des cancers

Sous-objectif A3–1.1 **Réduire la mortalité prématurée par cancer, tout en limitant les écarts entre catégories sociales et entre régions**

A R-

Sous-objectif A3–1.2 **Réduire l'incidence des cancers du poumon chez les femmes en 10 ans**

A R-

Sous-objectif A3–1.3 **Réduire les sur-risques de mortalité des cancers chez les personnes de plus de 75 ans**

A R-

Objectif A3–2. Prévention des facteurs de risque et dépistage

Sous-objectif A3–2.1 **Amplifier le dépistage des cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus et réduire les inégalités de participation aux dépistages**

- ✓ *Taux de dépistage (organisé et spontané) du cancer du sein, valeur moyenne et ventilation par catégories socio-économiques et régions*
- ✓ *Proportion de cancers du côlon-rectum diagnostiqués à un stade avancé*
- ✓ *Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus, valeur moyenne et ventilation par catégories socio-économiques et régions*

A R+

A R+

A R+

Sous-objectif A3–2.2 **Améliorer et développer le diagnostic précoce des cancers du poumon**

Source : registres des cancers

B

³ www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20130619_indicisscancer.pdf

Sous-objectif A3-2.3 **Réduire l'exposition aux risques de la population, et limiter les écarts socio-économiques**

- Réduire la prévalence du tabagisme et des disparités qui le caractérisent (cf. Domaine A2 p. 6) **A R+**
- Réduire l'exposition de la population aux particules fines, et limiter les écarts géographiques et sociaux (cf. O p. 16) **A R-**

Sous-objectif A3-2.4 **Réduire les inégalités d'accès à la prévention** **C**

Objectif A3-3. Prises en charge

Sous-objectif A3-3.1 **Réduire les inégalités de survie liées à une prise en charge coordonnée** **A R+**

Objectif A3-4. Qualité de vie

Sous-objectif A3-4.1 **Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer**

- ✓ *Mesure de la qualité de vie des personnes ayant eu un cancer* **B R?**
- ✓ *Maintien et retour à l'emploi des personnes atteintes de cancer* **B R?**
- ✓ *Taux et coût de l'accès aux crédits bancaires des personnes atteintes de cancer comparés aux non malades (convention Aeras)* **B R?**

Sources :

- Enquête *ad hoc* (3^{ème} édition de l'enquête sur la vie 2 ans après le diagnostic de cancer – Inca, Inserm, Cnam-TS, RSI, MSA) ;
- Observatoire sociétal des cancers et Dispositif d'Observation Pour l'Action Sociale (DOPAS) de la Ligue nationale contre le cancer.

Domaine A4. Santé mentale

La mortalité par suicide, pour problèmes d'alcool et de drogues, sans faire l'objet d'objectifs de réduction, doivent faire l'objet d'un suivi régulier.

La morbidité psychiatrique est fréquente et handicapante et souvent chronique ; on distingue trois catégories de problèmes :

- La détresse psychologique ou mal-être ;
- Les problèmes psychiatriques dits fréquents (troubles dépressifs, anxieux et d'usage de substances) ;
- Ceux qui sont plus rares et chroniques (schizophrénie, troubles bipolaires et troubles envahissants du développement).

Concernant la détresse psychologique et les troubles les plus fréquents seules des enquêtes de population peuvent en donner une image concernant la fréquence, les principaux facteurs de risque, en particulier les facteurs sociaux d'inégalités de santé ainsi que l'accès ou le non accès aux soins (en particulier pour ceux qui n'apparaissent pas dans les relevés de l'assurance maladie comme les soins de psychologie).

Il serait par conséquent important de mettre en place une enquête de santé mentale en population générale, à partir soit d'enquêtes spécifiques, soit d'un volet santé mentale inclus dans des enquêtes santé existantes. Cela pourrait par exemple pour la France être une réplique d'ESEMED⁴, la mise en place d'un Baromètre « santé mentale » sur le modèle de l'Eurobaromètre ou une intégration au Baromètre santé de l'INPES, comme cela a déjà été le cas pour l'enquête sur la dépression⁵, auxquels il faudrait alors ajouter les troubles anxieux et un diagnostic des addictions.

Il est en premier lieu recommandé de suivre à 5 et 10 ans l'évolution des indicateurs suivants (proposés dans le rapport de refonte des indicateurs de la loi de 2004), sans fixer de niveau à atteindre :

- ✓ *Troubles dépressifs, bipolaires, névrotiques et anxieux non reconnus ;*
- ✓ *Troubles dépressifs, bipolaires et névrotiques pris en charge ;*
- ✓ *Troubles psychotiques ;*
- ✓ *Suicides et tentatives de suicide.*

Dans la perspective d'améliorer les impacts sur la santé, l'évolution de la structure de l'offre de soins est prioritairement visée dans les propositions ci-dessous.

Objectif A4-1. Optimiser les relations entre médecins généralistes, pédiatres, gériatres et système de soins spécialisés de psychiatrie

- ✓ *Taux de personnes qui déclarent que leur généraliste les a adressées à un spécialiste de santé mentale* **C**
- ✓ *Taux de patients déprimés référés à un psychologue / à un psychiatre* **C**
- ✓ *Taux de patients ayant une conduite suicidaire référé au système psychiatrique ()*

Source : données de l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB)

B R?

⁴ European Study of the Epidemiology of Mental disorders

⁵ Inpes. Enquête Anadep 2005. La dépression en France.

- ✓ *Taux de psychotropes inadéquats en dose, en durée ou en association prescrits par les médecins généralistes*

B R?

Source : données du Sniiram

Objectif A4–2. Augmenter la part de l’offre de soins ambulatoire par rapport à celle de l’hospitalisation complète et réduire les différences régionales et départementales

- ✓ *Structures d’offre de soins ambulatoire et hospitalières décrites en termes de capacité d’accueil, d’activité, de personnel, d’accessibilité*

B R+

Sources : Statistique annuelle des établissements (SAE), rapports d’activité de psychiatrie et RIM-P.

- ✓ *Répartition géographique de l’offre de ville à travers la densité de médecins généralistes, psychiatres libéraux et psychologues, avec si possible une attention aux disparités intra territoriales*

B/C R+

Sous-objectif A4–2.1 Réduire les délais d’attente de prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile à moins d’un mois

- ✓ *Taux de prise en charge dans les services de psychiatrie infanto-juvénile dans un délai inférieur à un mois*

C

Objectif A4–3. Améliorer la pertinence de la prescription des psychotropes

Chez les adultes, les personnes âgées et les enfants. Sur la base des recommandations de bonne pratique existantes, avec déclinaison régionale et par statut CMU/CMUc

B R+

Source : données du Sniiram

Objectif A4–4. Améliorer l’accès aux soins de psychothérapie

- ✓ *Taux de personnes souffrant d’un trouble anxieux ou dépressif et ayant accès à une psychothérapie*

C

Objectif A4–5. Augmenter la participation des personnes atteintes de troubles mentaux au monde du travail

- ✓ *Taux de personnes handicapées psychiques ayant un travail par rapport aux autres personnes handicapées*

B R?

Objectif A4–6. Développer la prévention primaire des troubles psychiques et du mal-être chez les enfants

Sous-objectif A4–6.1 **Améliorer le recours aux soins en cas de dépression des mères et pères d'enfants en bas âge (0-2 ans)**

C

Sous-objectif A4–6.2 **Développer la prévention des conduites addictives et du risque suicidaire à l'école**

C

Objectif A4–7. Améliorer la prise en charge psychiatrique, médico-sociale et l'insertion scolaire des enfants souffrant de troubles envahissants du développement (TED)

- ✓ *Âge du premier contact avec le système de soin pédopsychiatrique*

B R+

Source : données du RIM-P

- ✓ *Nombre et répartition géographique des places médicosociales effectivement disponibles pour les patients souffrant de TED rapportées à la population infantile, par type de ressource*
- ✓ *Nombre d'enfants scolarisés avec un projet personnalisé de scolarisation TED, taux d'enfants TED scolarisés dans les CLIS (classes pour l'inclusion scolaire) et UPI (unités pédagogiques d'intégration), parmi tous les enfants de même âge scolarisés*

B R+

C

Objectif A4–8. Réduire les risques psychosociaux en milieu de travail

Indicateurs à préciser sur la base du collège d'experts sur les risques psychosociaux au travail : 6 dimensions seront à mesurer simultanément. Recueil prévu en 2015. Un état des lieux est disponible par l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (SIP) de la Drees et la Dares.

B/C

- ✓ *Taux de mortalité par suicide selon les PCS (données COSMOP-InVS)*

B R?

Objectif A4–9. Améliorer le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiatriques chez les populations en situation d'exclusion sociale (personnes sans domicile fixe, personnes en détention)

B/C

Domaine A5. Santé des personnes âgées

Pour mesurer l'état de santé des personnes âgées, les enquêtes et systèmes d'information actuellement disponibles comportent certaines limites qu'il convient de souligner en préambule :

- Baromètre santé (15-85 ans) ; le nombre de personnes enquêtés après 75 ans est limité et il serait important au vu de l'évolution démographique de pouvoir inclure des sujets plus âgés, jusqu'à 90 ans ;
- Enquête Care, prenant la suite de l'enquête Handicap-santé des ménages : cible les personnes âgées de plus de 60 ans avec des questions sur la dépendance type enquête Handicaps-Incapacité-Dépendances (HID) et un questionnaire européen portant sur une quinzaine de maladies chroniques, sera apparié aux données de l'Assurance Maladie pour le recours aux soins.

➔ Repenser les tranches d'âges incluses dans les enquêtes ; la limite haute « habituelle » de 75 ans (ou moins), retrouvée dans de nombreux travaux, devrait être réexaminée, compte tenu de l'évolution de la démographie.

➔ Selon les études, les personnes âgées en institution ne sont pas nécessairement incluses, il faut aussi envisager des enquêtes prenant en compte les personnes âgées en institution.

Objectif A5-1. Améliorer l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans dans toutes les catégories socioprofessionnelles et les régions

A R-

Sous-objectif A5-1.1 Améliorer l'hygiène de vie des personnes âgées dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique

A R+

Sous-objectif A5-1.2 Prévenir, et dépister les situations à risque chez les personnes âgées, particulièrement la dénutrition et les signes de dépression

- ✓ Une surveillance portant, à minima sur le poids et la corpulence peut être envisagée

C

Dans le rapport de refonte, la thématique « Dénutrition du sujet âgé » a été retenue dans les perspectives car aucun indicateur n'est disponible à ce jour. Plusieurs sources potentielles sont citées : ESPS 2012, CCMISA, ESTEBAN, ANAIS, future enquête CARE, PMSI pour les personnes âgées hospitalisées.

- ✓ Indicateurs sur le suicide et la dépression
- ✓ Nombre de consultations de psycho-gériatre ou psychiatre/1000 sujets âgés et nombre de consultations de psychothérapie/1000 sujets âgés

A R+

C

Sous-objectif A5-1.3 Réduire la prévalence des douleurs chroniques chez les personnes âgées

A R+

Remarque : Les données disponibles dans les enquêtes ESPS et Baromètre santé ne prennent pas en compte les personnes vivant en institution.

Sous-objectif A5-1.4 Diminuer la fréquence des événements indésirables graves médicamenteux chez les personnes âgées

A R+

Sous-objectif A5-1.5 Améliorer l'accès des personnes âgées à l'innovation thérapeutique

B

- ✓ Nombre de publications sur les recherches en matière de vieillissement en France
- ✓ Nombre de personnes âgées incluses dans des protocoles de recherche

- ✓ *Nombre d'essais en cours en France auprès des 65 ans et plus (nombre d'essais réalisés spécifiquement dans des populations âgées ou de personnes âgées incluses dans ces essais)*

Source : données du logiciel SIGREC

Sous-objectif A5-1.6 **Améliorer la prévention et la prise en charge de la dépendance, notamment**

- ✓ *Taux de recours inapproprié à l'hospitalisation des personnes de 75 ans et plus* ©
- ✓ *Flux entre les différents lieux de vie des personnes âgées (ex. : institution/hôpital)* ©
- ✓ *Qualité de vie des personnes vivant en EHPAD* ©

Partie B. Objectifs concernant les 5 domaines d'action à ne pas négliger

Domaine B1. Inégalités sociales et territoriales

Considérations générales

Le HCSP, dans ses précédents rapports et avis, a souligné avec constance l'importance de la prise en compte des inégalités sociales et territoriales dans l'ensemble des mesures et des politiques ayant un effet sur la santé. Ainsi, l'insertion dans la loi d'un objectif explicite visant la réduction du gradient social des états de santé est la première recommandation du rapport consacré à cette problématique, publié en 2009⁶. L'objectif général recommandé était de « Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé », les objectifs spécifiques de « réduire le gradient social et territorial des états de santé en agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé » et « réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins ».

Le HCSP a élaboré des recommandations pour la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information et invite le lecteur à s'y reporter. A minima, dans tous les domaines d'action dans lesquels des objectifs de résultats sont fixés, il serait nécessaire, chaque fois que c'est possible, d'utiliser les indicateurs de déprivation et comparer les quintiles supérieurs et inférieurs pour chaque indicateur⁷.

Il est également nécessaire de rappeler l'urgence de débloquer les obstacles juridiques pour pouvoir croiser des bases de données médico-administratives avec des bases fiscales, de façon à ventiler les indicateurs dans les divers domaines de la santé par niveaux de revenu⁸.

Objectif B1–1. Agir sur les déterminants sociaux de la santé

Sous-objectif B1–1.1 **Améliorer les conditions d'habitat des ménages les plus défavorisés**

- ✓ *Taux de précarité énergétique (taux de foyers en rupture de paiement des factures énergie)* **B R?**
- ✓ *Taux de famille vivant dans des logements surpeuplés* **B R?**
- ✓ *Taux de familles vivant dans un logement insalubre* **B R?**

Source : Données Insee (enquête annuelle Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) avec appariement des revenus fiscaux)

⁶ Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [Internet]. HCSP; 2009 nov. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>

⁷ HCSP 2013. Indicateurs de suivi des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information. www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20130619_indicateurinegalitesocialesante.pdf

⁸ *Ibid.* et HCSP 2009. Les systèmes d'information pour la santé publique. www.hcsp.fr/explore.cgi/hcsp20091111_sisp.pdf

Sous-objectif B1–1.2 **Améliorer les déterminants sociaux liés aux revenus**

- ✓ *Taux d'enfants en situation de pauvreté (Royaume-Uni)*
- ✓ *Taux de familles en situation de pauvreté (Suède)*
- ✓ *Taux de familles monoparentales à faibles revenus (Québec)*

Source : Indicateurs suivis dans d'autres pays, disponibles en France (Insee)

B R?

Sous-objectif B1–1.3 **Réduire l'insécurité alimentaire**

- ✓ *Taux de ménages ayant vécu une situation d'insécurité alimentaire dans l'année écoulée*

Source : Baromètre santé nutrition

B R?

Sous-objectif B1–1.4 **Réduire le taux de décrochage scolaire**

- ✓ *Taux de jeunes quittant l'école sans avoir obtenu de diplôme de niveau V*

Source : Données de la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère de l'Éducation nationale

B R?

- ✓ *Taux de jeunes de 17 ans en difficulté de lecture*

Source : Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD), analyse DEPP

B R?

Objectif B1–2. Réduire le renoncement aux différents types de soins

A R+

Domaine B2. Pollution atmosphérique

Objectif B2–1. Réduire les niveaux moyens de concentration des polluants atmosphériques les plus problématiques : particules PM₁₀ et PM_{2,5}, dioxyde d'azote, ozone

A R+

L'accent doit être porté sur la diminution de la concentration moyenne annuelle.

Sous-objectif B2–1.1 **Réduire le nombre de dépassements des valeurs limites annuelles de la Directive sur la qualité de l'air**

Sous-objectif B2–1.2 **Atteindre les valeurs moyennes annuelles ci-dessous pour les particules atmosphériques**

- **En 2020** : 15 µg/m³ pour les PM_{2,5} et 25 µg/m³ pour les PM₁₀ ;
- **En 2025** : 10 µg/m³ pour les PM_{2,5} et 15 µg/m³ pour les PM₁₀.

Objectif B2–2. Réduire les écarts entre territoires et réduire les niveaux moyens de polluants dans les zones à forte exposition (zones urbaines et périurbaines ; zones de trafic)

B R?

- ✓ *Nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires annuels pour les polluants majeurs (PM₁₀, PM_{2,5}, NO₂ et ozone)⁹*

Les outils de modélisation désormais disponibles sur quasiment l'ensemble du territoire permettent de produire des statistiques de qualité couvrant l'espace urbain.

Objectif B2–3. Protéger la population des effets de la pollution atmosphérique dans les endroits où les niveaux de pollutions moyens sont élevés tels que dans les zones de trafic, notamment les populations les plus vulnérables

C

Ces populations sont les enfants, femmes enceintes, personnes âgées et personnes souffrants de pathologies les rendant plus susceptibles aux effets de la pollution atmosphérique.

Le HCSP propose que les indicateurs suivants soient mis en place :

- ✓ *Mesure de la qualité de l'air dans les crèches et écoles maternelles proches de zones de fort trafic pouvant conduire à des travaux de traitement de l'air à l'intérieur des locaux*
- ✓ *Suivi sanitaire des bébés et des enfants, en particulier pour les pathologies respiratoires (asthme, rhinites, bronchiolites)*

⁹ Le rapport de refonte Drees-DGS propose le développement d'indicateurs permettant de suivre les inégalités d'exposition et de caractériser les personnes les plus exposées. Ces indicateurs n'ont pas été retenus du fait des limites existantes à leur utilisation, mais leur développement est recommandé.

Objectif B2–4. Réduire les écarts en termes d'inégalités sociales de santé concernant les effets induits par la pollution atmosphérique

C

Le HCSP propose que les indicateurs suivants soient mis en place :

- ✓ *Concentrations moyennes annuelles de PM_{10} , $PM_{2,5}$, NO_2 et O_3 à l'échelle des IRIS*

Ces données permettront de confronter la distribution de la qualité de l'air au profil socio-économique du territoire et de décrire les inégalités socio-territoriales d'exposition (cf. exemples dans le rapport d'évaluation du PNSE2).

Domaine B3. Maladies chroniques

Une approche transversale des maladies chroniques (plutôt que par type nosologique) est privilégiée. Même si des objectifs par pathologie peuvent être proposés (objectifs qui se recouperaient en partie), c'est au niveau transversal qu'il est possible de répondre au mieux aux enjeux actuels. Des objectifs transversaux généraux peuvent en outre être déclinés plus précisément ensuite, par exemple par pathologie.

Objectif B3–1. Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

A R?

En plus des indicateurs de santé perçue mentionnés dans le rapport de refonte, il est proposé de suivre l'indicateur suivant :

- ✓ *Diminution du nombre et/ou de la durée d'hospitalisation par pathologie ou groupes de pathologies chroniques*

B R+

Source : données du PMSI

Objectif B3–2. Améliorer la prévention et la prise en charge du diabète

Sous-objectif B3–2.1 Réduire l'incidence du diabète de type II

A R+

Sous-objectif B3–2.2 Améliorer l'équilibre glycémique des patients atteints de diabète de type I et II

A R+

Sous-objectif B3–2.3 Réduire les complications des patients atteints de diabète de type I et II

A R+

Objectif B3–3. Améliorer l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes atteintes de maladies chroniques (en ALD)

Plusieurs indicateurs peuvent être identifiés à partir de différentes études en cours qui appartiennent des bases de données médico-administratives :

C

- HYGIE (cohorte de 500 000 personnes suivie depuis 2005) ;
- CONSTANCES ;
- Données de la Cnam-TS.

Objectif B3–4. Améliorer le maintien dans la scolarité des enfants atteints de maladies chroniques

C

Objectif B3–5. Réduire le renoncement aux soins et le reste à charge des personnes atteintes de maladies chroniques

- ✓ *Renoncement aux soins*
- ✓ *Reste à charge*

A R+

Sources : enquête ESPS et projet Monaco (Méthodes, outils et normes pour la mise en commun des données des assurances complémentaire et obligatoire)

B R+

Objectif B3–6. Améliorer l'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques dans la prise en charge de leur maladie

- ✓ *Nombre de programmes d'ETP en activité dans chaque région, rapporté à la population*
- ✓ *Taux de patients souffrant de maladies chroniques inclus dans un programme d'ETP*

B R+

B R+

Domaine B4. Politique vaccinale

La finalité de la politique vaccinale est de contribuer à la réduction, voire la disparition des maladies infectieuses pour lesquelles un vaccin est disponible. A cet effet, un haut niveau de couverture vaccinale est nécessaire. Douze vaccinations sont actuellement porteuses d'enjeu de santé publique et font l'objet de propositions d'objectifs de résultats.

Objectif B4–1. Réduire à zéro par an le nombre de cas autochtone de diphtérie, le nombre de cas de tétanos et le nombre d'infection autochtone liée à un poliovirus sauvage ou vaccinal

Sous-objectif B4–1.1 **Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 95 % pour 2 doses à 9 mois et pour 3 doses à 24 mois pour ces trois pathologies**

A R+

Objectif B4–2. Prévenir la survenue de cas de coqueluches chez les nourrissons

Sous-objectif B4–2.1 **Maintenir une couverture vaccinale contre la coqueluche supérieure à 95 % pour 2 doses à 9 mois et pour 3 doses à 24 mois¹⁰**

A R+

Objectif B4–3. Réduire l'incidence des nouvelles contaminations d'hépatite B, l'incidence des infections invasives à *Haemophilus influenzae* type b chez les nourrissons et l'incidence des Infections invasives à pneumocoques

Sous-objectif B4–3.1 **Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 95 % pour 2 doses à 9 mois et pour 3 doses à 24 mois pour ces trois pathologies**

A R+

Objectif B4–4. Réduire à moins de 1 cas pour 1 000 000 le nombre de cas de rougeole et réduire à zéro par an le nombre de cas autochtone d'infection maternelle de rubéole

Sous-objectif B4–4.1 **Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 95 % pour 2 doses à 24 mois à 15 ans pour ces deux pathologies**

A R+

¹⁰ Le caractère cyclique de la maladie et l'impossibilité avec les stratégies vaccinales actuelles d'éliminer la maladie ne permet pas de fixer des objectifs épidémiologiques annuels.

Objectif B4–5. Réduire à long terme l’incidence des cancers du col de l’utérus liés aux Infections à papillomavirus, en limitant autant que possible les écarts entre catégories sociales

Sous-objectif B4–5.1 **Atteindre une couverture vaccinale d’au moins 75 % à 15 ans contre le papillomavirus**

A R-

Objectif B4–6. Réduire l’incidence des formes graves de grippe chez les sujets à risque

Sous-objectif B4–6.1 **Atteindre une couverture vaccinale antigrippale d’au moins 75 %**

A R+

Objectif B4–7. Réduire l’incidence des infections invasives à méningocoque C chez le nourrisson de moins d’un an à moins de 0,5 cas pour 100 000 d’ici 2018

Sous-objectif B4–7.1 **Couverture vaccinale anti-méningocoque C à 90 % à 24 mois en 2018 ; à 75 % à 15 ans en 2018**

A R?

Domaine B5. Sécurité des patients

Objectif B5–1. Réduire de 10 % la fréquence des événements indésirables graves (EIG) d’ici 2020

Cette réduction est à considérer sur la base de la fréquence des EIG mesurés¹¹ par l’Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) en 2009, à périmètre de soins comparable.

Cet objectif général doit s’appuyer sur cinq grands axes.

Sous-objectif B5–1.1 **Intégrer la politique et l’organisation de la sécurité sanitaire liée aux soins dans celle de l’offre de soins**

Sous-objectif B5–1.2 **Intégrer la sécurité des patients dans les parcours de soins**

Il est nécessaire de configurer un dispositif de surveillance épidémiologique pour suivre et évaluer les mesures mises en œuvre pour y parvenir, au niveau national et au niveau régional.

Sous-objectif B5–1.3 **Articuler les dispositifs assurant les vigilances réglementaires et ceux de la gestion des risques liés aux soins**

Dans chaque établissement de santé, dans chaque territoire de santé et dans chaque région.

Sous-objectif B5–1.4 **Articuler les différentes procédures de signalement des événements indésirables**

- ✓ *Un indicateur de résultat global devra être mesuré en cohérence avec l’objectif général décrit ci-dessus.*

C

Source : l’étude ENEIS pourrait être reconduite à l’horizon 2020.

- ✓ *Autres indicateurs de résultats, plus ciblés, par exemple les indicateurs validés par les travaux du consortium CLARTE (culture de sécurité, indicateurs issus du PMSI).*
- ✓ *Organisation de la gestion des risques associés aux soins (en lien par exemple avec les tableaux RETEX demandés aux établissements par les ARS), ainsi que des indicateurs de résultat intermédiaire.*

B R?

C

Le HCSP souligne l’importance à développer des indicateurs sur les champs suivants :

- part liée aux défauts d’efficacité et de sécurité du système de santé dans le calcul de la mortalité prématurée
- perception par les patients de la sécurité de leurs soins
- mesure du soutien managérial à la sécurité des soins
- Adapter des indicateurs développés dans les projets internationaux (projet européen DUQUE sur l’organisation et l’engagement des professionnels), affiner les résultats des travaux de CLARTE sur l’utilisation d’indicateurs de mesure de la culture de sécurité.

¹¹ Les EIG concernés par cette mesure sont ceux qui sont cliniquement graves, associés à un décès, à une menace vitale ou à une incapacité à la fin de l’hospitalisation concernée.