

Note de réponse à la saisine de Mme la ministre de la  
santé concernant le tableau de bord synthétique de  
l'état de santé de la population et du fonctionnement  
du système de santé

2 mai 2014

## Sommaire

Membres du groupe de travail.....	3
Contexte .....	4
A. Élaboration du cadre de réflexion .....	4
1. Analyse des expériences étrangères (étude de benchmark réalisée par la Drees) .....	5
2. Modèles de cadres d'analyse de la performance de systèmes de santé .....	5
3. Les grands repères de la Stratégie nationale de santé .....	6
B. Structuration du tableau de bord selon sept dimensions.....	6
C. Sélection des indicateurs.....	7
1. Listes de choix .....	7
2. Consultations.....	8
3. Sélection finale .....	8
a) Sur le plan des principes, le choix d'indicateurs.....	8
b) Sur le plan des critères .....	8
D. Proposition pour un tableau de bord synthétique.....	8
1. Proposition d'une sélection de 10 indicateurs.....	8
1.1. État de santé ou résultat de santé .....	9
1.2. Réactivité du système en réponse aux attentes de la population .....	10
1.3. Réduction des disparités sociales, géographiques et financières en santé .....	11
1.4. Qualité et sécurité des soins délivrés aux patient.....	13
1.5. Coordination et continuité des prises en charges, notamment des soins de proximité ..	14
1.6. Qualité de la prévention et de l'action sur les déterminants de la santé .....	15
2. Proposition complémentaire de 5 indicateurs.....	16
3. Mesure de la participation des usagers .....	20
E. Considérations générales concernant le tableau de bord synthétique annuel .....	21
1. Disponibilité et périodicité du recueil .....	21
2. Modalités de diffusion et de communication .....	22
3. Perspectives.....	22
Annexe 1. Référence des sources citées .....	23
Annexe 2. Pays ayant un suivi d'indicateurs .....	24
Annexe 3. Modèle d'analyse de la performance des systèmes de santé utilisé pour le Rapport sur la santé dans le monde, 2000. Pour un système de santé plus performant. ....	25
Annexe 4. Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes et services de santé : le modèle EGIPSS, Conseil de la santé et du bien-être, Québec, 2005.....	26
Annexe 5. Disponibilité, sources, périodicité de 29 propositions d'indicateurs soumis à consultation (Drees) .....	27
Annexe 6. Questionnaire envoyé dans le cadre de la consultation .....	28
Annexe 7. Synthèse des réponses à la consultation de personnalités qualifiées .....	29
Annexe 8. Recensement des propositions d'indicateurs pour la dimension « Participation des usagers ».....	30
Annexe 9. Liste d'indicateurs intéressants mais non sélectionnés pour le tableau de bord .....	31
Annexe 10. Lettre de saisine du 13 février 2014.....	32

## Membres du groupe de travail

Cette proposition a été élaborée dans le cadre d'un groupe de travail composé de membres du HCSP et du SGHCSP.

Pierre Arwidson, HCSP

Frédéric Dugué, SGHCSP

Marcel Goldberg, HCSP

Eric Jouglà, HCSP

Thierry Lang, HCSP

Kiran Ramgolam, SGHCSP

Roger Salamon, HCSP, **président du groupe**

Béatrice Tran, SGHCSP, **coordinatrice du groupe**

## Contexte

La France souhaite doter la stratégie nationale de santé (SNS) d'un outil réactif et didactique, sous forme d'un tableau de bord synthétique comportant un nombre restreint d'indicateurs, qui dresse un portrait annuel de notre système de santé et de l'état de santé de la population<sup>1</sup>. Ce tableau de bord annuel aura une double vocation de pilotage interministériel et de communication vis-à-vis du grand public.

Plusieurs pays ont déjà mis en place un suivi permanent d'indicateurs pour piloter les politiques visant à améliorer la santé des populations.

En France, de nombreux indicateurs de santé et du système de soins sont produits à divers niveaux, par plusieurs institutions et pour répondre à des objectifs variés. L'analyse coordonnée de ces données, dispersées et pas toujours facilement accessibles, nécessite un travail de grande envergure<sup>2</sup>. La loi de santé publique du 9 août 2004 a suscité un processus d'harmonisation et de valorisation des indicateurs concernant l'état de santé de la population<sup>3</sup>. Différentes données portant sur le fonctionnement du système de soins sont par ailleurs publiées régulièrement sur des portails Internet ouverts aux professionnels de santé et à la population<sup>4</sup>.

## A. Élaboration du cadre de réflexion

Le HCSP s'est appuyé sur plusieurs travaux de référence :

- 1- Une étude de benchmark international réalisée par la Drees, à la demande de la ministre de la santé, sur les expériences étrangères de politiques de santé structurées autour de priorités stratégiques en nombre limité, et sur leurs modalités de suivi par un tableau de bord d'indicateurs. Ce travail permet de repérer les options et choix stratégiques opérés dans divers contextes étrangers.
- 2- Des modèles d'analyse de la performance des systèmes de santé, et particulièrement ceux développés respectivement par l'OMS en 2000 et le Québec en 2005. Ces travaux proposent une vision structurée synthétique pour l'analyse de différents types de politiques de santé.
- 3- Enfin, pour définir les grandes dimensions devant structurer le tableau de bord, les grands « repères », constitués par les objectifs, priorités et axes de la Stratégie nationale de santé ont été privilégiés.

---

<sup>1</sup> Présentation de la stratégie nationale de santé. Intervention de Marisol Touraine. 23 septembre 2013. [www.social-sante.gouv.fr/article16253.html](http://www.social-sante.gouv.fr/article16253.html)

<sup>2</sup> Haut Comité de la santé publique, La santé en France 1994-1998, septembre 1998 et La santé en France 2002, janvier 2002. [www.hcsp.fr/explore.cgi/santeEnFrance](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/santeEnFrance)

<sup>3</sup> Direction générale de la santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Indicateurs de suivi des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Juillet 2005. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000601/index.shtml>

<sup>4</sup> Données hospitalières dans la base HospiDiag de l'ATIH : [hospidiag.atih.sante.fr](http://hospidiag.atih.sante.fr) ; Statistiques de santé, d'offre de biens et services, de consommation et d'activité médicale, de financement, d'industrie pharmaceutique, de protection sociale dans la base Eco-Santé de l'Irdes : [www.ecosante.fr](http://www.ecosante.fr) ; Données régionales dans la base SCORE-santé de la Fnors : [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org), etc.

## ***1. Analyse des expériences étrangères (étude de benchmark réalisée par la Drees)***

L'analyse des expériences étrangères<sup>5</sup> montre que les pays ayant développé un système de suivi ou de pilotage par indicateurs ont suivi une logique relativement constante, reposant sur :

- Un ou quelques objectifs généraux, auxquels sont associées les grandes orientations de la politique nationale de santé ;
- Un système plus ou moins ample d'indicateurs s'inscrivant dans les différentes dimensions de ces orientations ;
- Dans quelques pays, un sous-ensemble restreint d'indicateurs à visée de communication.

Parmi les treize pays étudiés, sept ont développé un suivi d'indicateurs<sup>6</sup>, dont trois un ensemble restreint<sup>7</sup> (cf. annexe 2 p. 24).

Par rapport à la demande de la ministre concernant la production d'un tableau de bord synthétique de moins de 10 indicateurs<sup>8</sup>, ces éléments plaident pour une proposition qui puisse concilier une vision globale et synthétique des questions de santé, et une représentation plus étroitement articulée avec les différents niveaux d'orientation stratégique et de programmation des politiques visant à améliorer la santé. Chacune de ces visions a une vocation complémentaire, pour la première de communication interministérielle puis d'information grand public, et pour la seconde, de pilotage national et régional par les acteurs de la gouvernance.

Le HCSP propose ainsi que le tableau de bord synthétique s'inscrive dans une architecture globale exprimant la continuité et la vision systémique de la santé et de sa promotion. Ceci permettra dans une étape ultérieure de placer tous les objectifs de santé et leurs indicateurs dans une vision prospective en rapport avec les priorités et les orientations portées par la stratégie nationale de santé, quel qu'en soit le nombre.

Il s'agit de construire pour ce tableau de bord un schéma porteur de sens et à visée pérenne.

## ***2. Modèles de cadres d'analyse de la performance de systèmes de santé***

Une recherche bibliographique a permis d'identifier plusieurs modèles d'analyse, parmi lesquels nous avons particulièrement étudié ceux développés par l'OMS, pour son rapport mondial sur la santé en 2000<sup>9</sup> et le Québec, dans le cadre des travaux conduits en 2005 en vue de l'élaboration d'un suivi provincial d'indicateurs de la performance du système de santé<sup>10</sup>.

---

<sup>5</sup> Repérage des expériences étrangères de politiques de santé structurées autour d'un nombre limité et lisible de priorités de santé publique et d'indicateurs dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Note à Madame la ministre et rapport de synthèse, Drees, janvier 2014

<sup>6</sup> Royaume Uni, Irlande, Suède, Australie, Canada, Etats-Unis, Nouvelle Zélande

<sup>7</sup> Canada, Etats-Unis, Nouvelle Zélande

<sup>8</sup> Saisine de Marisol Touraine au Président du HCSP le 13 février 2014, cf. annexe.

<sup>9</sup> Rapport sur la santé dans le monde, 2000. Pour un système de santé plus performant. OMS :

[www.who.int/whr/2000/fr](http://www.who.int/whr/2000/fr)

<sup>10</sup> Champagne F., Contandriopoulos AP, et al. Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes et services de santé : le modèle EGIPSS. Montréal, Gris (Ed). 2005, 139 p. :

[www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200509\\_modeleEGIPSS.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200509_modeleEGIPSS.pdf)

Une présentation succincte et schématique de ces deux modèles est disponible en annexe 3 et 4 (p. 25 et 26).

Le modèle de l'OMS distingue les objectifs et les fonctions du système, suggérant peu ou pas d'interaction entre les deux. La force de ce modèle repose dans les valeurs qui fondent les objectifs énoncés : amélioration de l'état de santé, réactivité en réponse aux attentes de la population, équité de la contribution financière de chaque usager du système. L'importance d'évaluer tant en moyenne qu'en dispersion chacune des dimensions constitutives de ces objectifs est également un point saillant de ce modèle.

Le cadre québécois « EGIPSS » d'évaluation globale intégrée de la performance des systèmes de santé, élaboré sur la base d'un cadre conceptuel très utilisé et largement éprouvé en entreprise, stipule que l'amélioration de la performance d'un système passe par la prise en compte des intérêts de toutes les parties prenantes au système, qui contribuent chacun pour une part à la performance de l'ensemble. De ce fait, les dimensions « fonctionnelles » du système interagissent nécessairement avec ces objectifs, ou buts à atteindre.

### ***3. Les grands repères de la Stratégie nationale de santé***

La Stratégie nationale de santé énonce trois objectifs globaux, cinq domaines d'actions prioritaires et trois axes stratégiques<sup>11</sup>, qui constituent les repères structurants de cette stratégie.

Trois objectifs globaux :

- Diminuer les inégalités sociales et géographiques de santé ;
- Diminuer la mortalité prématurée ;
- Améliorer l'espérance de vie en bonne santé.

Cinq domaines d'actions prioritaires : jeunes, addictions, cancer, santé mentale, personnes âgées.

Trois axes stratégiques :

- Actions de prévention et actions sur les déterminants de santé ;
- Organisation des soins de proximité (parcours de santé, médecin traitant) et territorialisation des politiques ;
- Démocratie sanitaire.

## **B. Structuration du tableau de bord selon sept dimensions**

A partir du cadre de réflexion présenté ci-dessus, le HCSP a retenu sept dimensions pour structurer un tableau de bord synthétique d'indicateurs à visée de communication interministérielle et grand public, pouvant ensuite s'inscrire dans une démarche à développer dans un second temps de tableau de bord plus large pour le pilotage opérationnel des politiques d'amélioration de la santé. Ces

---

<sup>11</sup> Feuille de route de la Stratégie nationale de santé : [www.social-sante.gouv.fr/article16246.html](http://www.social-sante.gouv.fr/article16246.html)

dimensions se conçoivent en interaction les unes avec les autres, la première (état de santé) se situant en position « centrale » par rapport aux autres.

Dimensions du tableau de bord :

- 1- État de santé ou résultat de santé (mesuré en moyenne et en dispersion) ;
- 2- Réactivité du système en réponse aux attentes de la population ;
- 3- Réduction des disparités sociales, géographiques et financières en santé ;
- 4- Qualité et sécurité des soins délivrés aux patients (dans un sens technique) ;
- 5- Coordination et continuité des prises en charges, notamment des soins de proximité (dans un sens organisationnel) ;
- 6- Participation des usagers ;
- 7- Qualité de la prévention et de l'action sur les déterminants la santé au sens large (dont la santé dans toutes les politiques).

## C. Sélection des indicateurs

### 1. Listes de choix

Une proposition d'indicateurs, répondant aux sept dimensions précédentes, a été élaborée par un groupe de travail du HCSP, s'appuyant sur plusieurs sources : les propositions d'objectifs de résultats pour les cinq thématiques prioritaires de la Stratégie nationale de santé par le HCSP<sup>12</sup>, le benchmark réalisé par la Drees et les indicateurs utilisés dans les expériences étrangères de tableau de bord restreint<sup>13</sup> et un recensement de bases de données de santé disponibles<sup>14</sup>.

Compte tenu des délais imposés pour remettre les conclusions, il n'a pas été organisé d'auditions, ni de consultations préliminaires.

Ce premier repérage a permis de rassembler une liste de 54 indicateurs, susceptibles de s'inscrire dans les sept dimensions retenues dans le contexte de la stratégie nationale de santé. Dans un deuxième temps, une sélection plus fine a été opérée, de façon à retenir dans chaque dimension une série d'indicateurs susceptibles d'être illustratifs de cette dimension. Il en est résulté une seconde liste de 29 indicateurs.

---

<sup>12</sup> HCSP. 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. Complément de réponse : proposition d'objectifs de résultats à 5 et 10 ans. 31 mars 2014

Pour cette première saisine, le rapport de révision par la DGS et la DREES des indicateurs de suivi de l'état de santé de la population a été un document de référence.

<sup>13</sup> Canada : [notresystemedesante.ca](http://notresystemedesante.ca), Etats-Unis : [www.healthypeople.gov/2020/LHI/2020indicators.aspx](http://www.healthypeople.gov/2020/LHI/2020indicators.aspx), Nouvelle Zélande : [www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/health-targets](http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/health-targets) Canada : [notresystemedesante.ca](http://notresystemedesante.ca), Etats-Unis : [www.healthypeople.gov/2020/LHI/2020indicators.aspx](http://www.healthypeople.gov/2020/LHI/2020indicators.aspx), Nouvelle Zélande : [www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/health-targets](http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/health-targets)

<sup>14</sup> Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population. Révision 2013. Rapport final. Drees-DGS, 2014 ; cf note 3.

## **2. Consultations**

La Drees a été sollicitée pour préciser le degré de faisabilité d'une production annuelle et de déclinaison régionale des différents indicateurs (cf. annexe 5 p. 27).

Enfin, un collège de personnalités internes et externes au HCSP a été consulté pour sélectionner un nombre plus restreint d'indicateurs, en priorisant dans chaque dimension ceux qui semblent les plus adaptés. Le questionnaire et la synthèse des réponses à la consultation figurent en annexe 6 et 7 (p. 28 et 29).

## **3. Sélection finale**

La sélection finale de dix indicateurs s'est appuyée en grande partie sur les réponses à la consultation des personnalités consultées et de la Drees. Cependant, ont été privilégiés :

### **a) Sur le plan des principes, le choix d'indicateurs**

- Plutôt globaux que spécifiques d'une pathologie ou d'un problème donné de santé ;
- Portant sur des problèmes potentiellement moins connus, mais aujourd'hui importants pour la santé publique et plus novateurs que certains indicateurs très classiques en santé publique ;
- Qui ne sont pas tous aujourd'hui déjà disponibles et traités en routine.

### **b) Sur le plan des critères**

- Le respect de la priorité accordée par la Stratégie nationale de santé à la réduction des disparités en santé ;
- Une préférence, pour les questions de soins, au milieu ambulatoire plutôt qu'hospitalier ;
- Le poids important de la prévention et de la prise en compte de déterminants sociaux et environnementaux, qui impliquent une vision interministérielle de la santé.

## **D. Proposition pour un tableau de bord synthétique**

### **1. Proposition d'une sélection de 10 indicateurs**

Le HCSP propose une série de dix indicateurs, sélectionnés selon les modalités et critères exposés ci-dessus. Toutefois, **pour tenir compte de l'ensemble de ces critères, notamment celui de la santé dans toutes les politiques, qui nous semble incontournable, cinq autres indicateurs**, qui n'ont pu être maintenus dans la liste pour des raisons de quota, sont mentionnés dans cette note, comme **propositions complémentaires pouvant être prises en considération pour la décision définitive.**

Lorsque ce sera possible et pertinent, les indicateurs devront être mesurés en moyenne et en dispersion, par âge, par niveau socio-économique et par zone géographique.



## 1.1. État de santé ou résultat de santé

### Taux de mortalité prématurée « évitable » par la prévention

**ARGUMENTS**..... Cet indicateur est une composante de la mortalité « prématurée », regroupant des causes de décès qui, compte-tenu des connaissances sur les déterminants de santé à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à des actions de prévention dans un sens très large qu'elles soient environnementales, développementales ou cognitives. La France se caractérise par des taux de mortalité prématurée évitable par la prévention parmi les plus élevés par rapport aux autres pays européens, en particulier chez les hommes. Cet indicateur est à la fois global dans sa représentation de l'état de santé, et susceptible d'évoluer (a fortiori annuellement) sous l'effet des politiques de santé, notamment compte-tenu de l'importance de la prévention comme axe fort de la stratégie nationale de santé.

**INTERPRÉTATION** ..... Cet indicateur est le reflet du poids global et de l'évolution de causes de décès prématurés particulièrement liées aux actions de prévention des comportements à risque, sachant que ces derniers relèvent pour partie de la responsabilité individuelle, mais aussi de responsabilités collectives, par les mesures sur l'environnement social, économique et réglementaire.

**MISE EN PLACE**.....L'âge au décès et la définition et la sélection des causes de décès à prendre en compte dans cet indicateur sont à préciser, sur la base des travaux de l'Office for National Statistic au royaume Uni<sup>15</sup>.

<b>Source</b>	Inserm-CépiCD
<b>Disponibilité actuelle</b>	Une mesure de cet indicateur a été réalisée en 2010 comme sous-indicateur de la mortalité « prématurée » (moins de 65 ans), sur la base d'une liste de causes de décès qu'il est nécessaire de redéfinir.
<b>Périodicité actuelle</b>	Disponibilité annuelle possible
<b>Déclinaison géographique</b>	Possible au niveau national et régional
<b>Déclinaison par niveau socioprofessionnel</b>	Possible mais nécessite des travaux complémentaires (appariement entre bases de données telles que causes de de décès – Cnav ou calcul des indices de défavorisation sociale)

<sup>15</sup> Haut Conseil de la santé publique, Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable », avril 2013.  
<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=357>

## Espérance de vie sans incapacité à 50 ans

**ARGUMENTS**..... L'EVSI est un indicateur général représentatif de l'état de santé de la population, peu susceptible d'évoluer annuellement, qui permet d'évaluer le nombre d'années de vie avec et sans incapacité au cours de la vie (espérances de vie sans limitations fonctionnelles, sans gênes dans les activités générales, sans restrictions dans les activités domestiques et sans restriction dans les activités de soins personnels). L'EVSI à 50 ans permet de tenir compte des évolutions aux âges élevés et en fin de vie active où s'est récemment produite une stagnation voire une diminution. L'EV à 50 ans est passée de 27 à 30 ans pour les hommes et de 33 à 36 ans pour les femmes, entre la fin des années 1980 et 2008. En 2008 près de la moitié de l'EV50 des hommes sont des années de bonne santé fonctionnelle ; c'est le cas de 40 % de l'EV50 des femmes<sup>16</sup>.

**INTERPRÉTATION**..... Selon des travaux récents menés dans le cadre de la cohorte Gazel, les écarts d'EVSI à 50 ans entre catégories socioprofessionnelles sont plus prononcés lorsqu'on utilise le rapport de l'EVSI à 50 ans sur l'EV totale plutôt que les valeurs absolues.

**MISE EN PLACE**..... Cet indicateur est à mettre en place, avec la mesure absolue d'EVSI à 50 ans et sa proportion par rapport à l'EV totale.

<b>Source</b>	Insee, état civil, enquête EU-Silc
<b>Disponibilité actuelle</b>	Disponible (2010)
<b>Périodicité actuelle</b>	Périodicité annuelle de l'espérance de vie en bonne santé
<b>Déclinaison géographique</b>	Indicateur disponible au niveau national
<b>Déclinaison par niveau socioprofessionnel</b>	Possible (entre 2005 et 2008)

## 1.2. Réactivité du système en réponse aux attentes de la population

### Temps d'attente moyen dans les services hospitaliers d'accueil des urgences

**ARGUMENTS**..... Motif fréquent d'insatisfaction des usagers, le temps d'attente aux urgences est un indicateur concret et facile à appréhender pour la population, en cohérence avec la dimension du tableau de bord considérée ici.

**INTERPRÉTATION**..... L'interprétation de cet indicateur ne saurait être univoque. Le temps d'attente aux urgences des établissements de santé reflète à la fois l'organisation interne de ces services, l'organisation des soins primaires de proximité ainsi que les modalités de recours de la population aux uns et aux autres. Cet indicateur sera notamment susceptible de varier en fonction des

<sup>16</sup> Audrey Sieurin, Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine, Les espérances de vie sans incapacité en France. Documents de travail n°170, 2011, 30 p. [www.ined.fr/fichier/t\\_publication/1529/publi\\_pdf1\\_170.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1529/publi_pdf1_170.pdf)

transformations des pratiques organisationnelles des services d'urgence et de leur aval, de l'évolution quantitative et qualitative de l'offre de soins de ville face aux besoins (disponibilité, permanence des soins) ainsi que des comportements de recours de la population pour des soins non programmés (en particulier sous l'effet d'une information appropriée).

La diffusion de cet indicateur ne doit pas conduire à valider dans l'esprit des usagers un recours systématique aux services d'urgences.

**MISE EN PLACE.....**Cet indicateur, à mettre en place est en cours de construction par la HAS et l'ATIH.

<b>Source</b>	Recueil hospitalier des résumés de passage aux urgences (RPU)
<b>Disponibilité actuelle</b>	Non disponible
<b>Périodicité actuelle</b>	Non disponible
<b>Déclinaison géographique</b>	Possible
<b>Déclinaison par niveau socioprofessionnel</b>	À confirmer

### 1.3. Réduction des disparités sociales, géographiques et financières en santé

#### Taux de renoncement aux soins (soins courants)

**ARGUMENTS.....**Cet indicateur est emblématique des disparités financières de santé. En 2008, 15,4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Il concerne principalement les soins dentaires et optiques dans la population générale. Toutefois, le taux de renoncement aux consultations de médecins généralistes et spécialistes, qui concerne 3,4 % de la population, également très lié aux inégalités socio-économiques. Il serait particulièrement intéressant de le suivre parmi les catégories sociales les plus défavorisées, par exemple celles appartenant aux déciles ou quintiles de revenus les plus bas, ou les bénéficiaires de la CMUc. Cet indicateur répond très clairement à la volonté affirmée par la SNS d'améliorer l'accès financier aux soins, via la généralisation du tiers payant ou celle de l'assurance complémentaire santé à tous les salariés.

**INTERPRÉTATION .....**L'augmentation du renoncement aux soins peut être un reflet direct de l'accès financier aux soins. Il peut aussi être influencé par des déterminants sociaux d'ordre plus culturels (habitudes ou éducation en rapport avec le besoin ressenti de soins, rapport à la médecine et aux catégories sociales dirigeantes favorisées...). A ce titre, il est également un reflet des disparités sociales de santé.

<b>Source</b>	Enquête ESPS
<b>Disponibilité actuelle</b>	Disponible (2012)
<b>Périodicité actuelle</b>	2 ans
<b>Déclinaison géographique</b>	Disponible au niveau national
<b>Déclinaison par niveau socioprofessionnel</b>	Possible

## Taux de familles vivant dans des logements indignes<sup>17</sup>

**ARGUMENTS.....**Les conditions de vie, en particulier dès la petite enfance, sont des facteurs important du développement de l'individu et de ses aptitudes à se prendre en charge, du point de vue de la santé en particulier. Le confort et l'hygiène du logement jouent également un rôle direct dans l'état de santé, dès lors que les conditions de salubrité ne sont plus réunies. Cet indicateur est un de ceux mesurant les déterminants sociaux et environnementaux des inégalités de santé. Il répond ainsi au besoin de considérer la santé dans toutes les politiques (logement, environnement, précarité, santé). Il s'agirait d'un indicateur composite regroupant les indicateurs suivants : part des ménages vivant dans des logements insalubres, ayant des difficultés de confort dans le logement, vivant dans des conditions de précarité énergétique, vivant en surpopulation.

**INTERPRÉTATION .....** Le suivi d'un tel indicateur vise explicitement à mobiliser les politiques sociales, de la ville et du logement, dans une vision de santé publique intersectorielle.

**MISE EN PLACE.....**Il n'existe pas à ce jour de source statistique exhaustive comptabilisant les logements indignes. Un outil en cours de déploiement recense les situations connues et traitées (ORTHI : outil de repérage et de traitement de l'habitat indigne développé par la Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages du Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie). Cet indicateur composite est à construire à partir de cet outil. Son recueil nécessite également de mobiliser, entre autres, les données de l'Insee<sup>18</sup>.

Source	Insee (dispositif SRCV : enquête statistique sur les ressources et conditions de vie)
Disponibilité actuelle	Non disponible
Périodicité actuelle	Non disponible
Déclinaison géographique	Possible au niveau national
Déclinaison par niveau socioprofessionnel	

<sup>17</sup> Définition de l'habitat indigne par l'article 84 de la loi MOLLE de 2009 (mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion) : « Constituent un habitat indigne les locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé ».

<sup>18</sup> Difficultés de confort dans le logement :

[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon05237](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon05237) ; Précarité énergétique :

[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1351#inter1](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1351#inter1)

## Accessibilité des soins de ville

**ARGUMENTS.....** Cet indicateur a vocation à refléter les disparités géographiques qui marquent l'accès de tous aux soins de ville, axe fort de la SNS. Il doit permettre de mesurer leur réduction sous l'effet des politiques volontaristes actuellement mises en œuvre. C'est un indicateur composite, calculé au niveau communal, qui permet de dépasser les limites d'indicateurs plus classiques d'accès géographique comme la densité de médecin installés ou les temps d'accès : il tient compte à la fois de l'offre de médecins, de la demande des communes environnantes, des distances géographiques, du niveau d'activité des médecins, du taux de recours différencié par âge de la population.

**INTERPRÉTATION.....** Cet indicateur peut par exemple être exprimé en « nombre de médecins généralistes disponibles pour 100 000 habitants ». Outre le niveau moyen au niveau national, il s'agit de comparer les valeurs et de suivre l'évolution des différences au niveau territorial.

**MISE EN PLACE.....** Les données à retenir (médecins généralistes, éventuellement centres de santé) ainsi que les moyens nécessaires à l'actualisation de cet indicateur à un rythme annuel devront faire l'objet d'une réflexion spécifique avec les producteurs de données concernés.

<b>Source</b>	Accessibilité potentielle localisée, indicateur d'accès géographique et de disponibilité des soins de ville ajusté sur les besoins de la population, Drees-Insee, données du Sniiram.
<b>Disponibilité actuelle</b>	Disponible (2010)
<b>Périodicité actuelle</b>	3 ans (à confirmer)
<b>Déclinaison géographique</b>	Niveau régional voire infrarégional
<b>Déclinaison par niveau socioprofessionnel</b>	Non

## 1.4. Qualité et sécurité des soins délivrés aux patient

### Taux de prescriptions inadéquates de psychotropes chez le sujet âgé

**ARGUMENTS.....** La France se caractérise en Europe par une consommation particulièrement importante de psychotropes, en particulier hypnotiques et anxiolytiques. Cette consommation est importante chez les personnes âgées, dont la santé constitue l'une des thématiques prioritaires de la SNS, de même que la santé mentale plus largement. Compte tenu d'une balance bénéfice/risque qui est défavorable dans cette population vulnérable, la consommation inappropriée de psychotropes entraîne de nombreux événements indésirables, aux conséquences potentiellement graves. Le caractère inadéquat de la prescription (en dose, en durée ou en association) peut être établi sur la base de recommandations de bonne pratique établies et contre-indications faisant consensus. Par rapport à d'autres indicateurs de qualité-sécurité des soins, celui-ci a l'intérêt de refléter des prescriptions dans le secteur ambulatoire et non hospitalier.

**INTERPRÉTATION** ..... L'évolution de cet indicateur pourra être principalement considérée comme le reflet de l'évolution des pratiques de prescription de psychotropes par les médecins de ville.

**MISE EN PLACE** ..... La construction de cet indicateur devra s'inspirer des indicateurs de pratique clinique développés par la HAS<sup>19</sup>, notamment les deux contre-indications que sont la « coprescription de psychotropes chez la personne âgée » ou la « prescription de benzodiazépine de ½ vie longue chez la personne âgée ».

Source	À développer à partir de données du Sniiram
Disponibilité actuelle	Non disponible
Périodicité actuelle	Possible
Déclinaison géographique	Possible
Déclinaison par niveau socioprofessionnel	Possible (CMUc)

## 1.5. Coordination et continuité des prises en charges, notamment des soins de proximité

### Maintien et retour à l'emploi des personnes souffrant de maladie chronique

**ARGUMENTS** ..... L'amélioration de la coordination des professionnels de santé autour du parcours de soins du patient est l'un des piliers de la SNS. Le décloisonnement entre prise en charge sanitaire et sociale en est un enjeu. Pour les personnes souffrant d'une maladie chronique, les répercussions de la maladie sur le plan professionnel sont lourdes d'implications sur la qualité de vie, et les attentes de soutien légitimement importantes. Comme cela a été montré dans le cas du cancer, le maintien (pour ceux qui le peuvent et le souhaitent) comme le retour à l'emploi sont difficiles.

**INTERPRÉTATION** ..... Cet indicateur dépasse résolument le cadre sanitaire : il vise à refléter le résultat d'un travail efficace de coordination sur un plan facilement appréhendable par la population. D'autres facteurs extérieurs tels que l'évolution du marché de l'emploi seront à prendre en compte dans son interprétation.

**MISE EN PLACE** ..... Cet indicateur repose sur un appariement de bases de données sociales et médico-administratives, tel qu'il existe dans base Hygie (données de la Cnam-TS et Cnav), et dont les possibilités de réalisation doivent être facilitées. La pertinence de la/des maladie(s) chronique(s) à considérer (par ex. le cancer) devra faire l'objet d'une réflexion spécifique.

Source	Bases de données sociales et médico-administratives
Disponibilité actuelle	Non disponible, en développement
Périodicité actuelle	Non disponible
Déclinaison géographique	À confirmer
Déclinaison par niveau socioprofessionnel	À confirmer

<sup>19</sup> Indicateurs de Pratique Clinique (IPC PMSA). HAS, 2012. [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1250626/indicateurs-de-pratique-clinique-ipc](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1250626/indicateurs-de-pratique-clinique-ipc)

## 1.6. Qualité de la prévention et de l'action sur les déterminants de la santé

### Prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et adolescents

**ARGUMENTS.....** Cet indicateur correspond à un déterminant majeur de santé, et s'intègre bien dans la thématique prioritaire « Santé des jeunes » de la SNS. Le surpoids et l'obésité sont un sujet préoccupant et emblématique des inégalités sociales de santé, avec une prévalence d'enfants et adolescents en surpoids de 10% à 16% et de 3,5% à 4% obèses, les prévalences étant plus élevées dans les milieux les plus modestes, avec un accroissement des inégalités entre catégories sociales : la surcharge pondérale des enfants de CM2 dont le père est ouvrier est restée stable et la prévalence de l'obésité est passée de 5 % à 6 % en trois ans, alors qu'elles ont diminué chez les enfants de cadres ou de profession intellectuelle supérieure. Les ouvriers comptent désormais dix fois plus d'enfants obèses que les cadres, contre quatre fois plus en 2002<sup>20</sup>. Chez les jeunes adultes de 18-24 ans, la prévalence de l'obésité est passée de 2,1 % en 1997 à 5,4 % en 2012, ce qui représente l'évolution la plus forte parmi toutes les tranches d'âge<sup>21</sup>. Enfin, l'obésité étant un facteur de risque majeur du diabète, on peut considérer que l'obésité des enfants et adolescents sera à l'origine d'une augmentation du diabète dans le futur.

**INTERPRÉTATION .....**

**MISE EN PLACE.....** Sa production à un rythme annuel doit faire l'objet d'une adaptation du recueil.

<b>Source</b>	Enquête en milieu scolaire, Enquête surpoids et obésité chez les enfants, ENNS, Etude Inca de l'Anses, Esteban, Enquête Obepi
<b>Disponibilité actuelle</b>	Disponible
<b>Périodicité actuelle</b>	2 ans minimum (Enquêtes Obepi)
<b>Déclinaison géographique</b>	Déclinaison régionale possible
<b>Déclinaison par niveau socioprofessionnel</b>	Possible

<sup>20</sup> L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Drees, novembre 2011. [www.drees.sante.gouv.fr/article9985.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/article9985.html)

<sup>21</sup> ObÉpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Inserm, Kantar Health, Roche, 2012.

[www.roche.fr/home/recherche/domaines\\_therapeutiques/cardio\\_metabolisme/enquete\\_nationale\\_obepi\\_2012.html](http://www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi_2012.html)

## Prévalence du tabagisme quotidien

**ARGUMENTS**..... Cet indicateur correspond à un déterminant majeur de santé, et s'intègre bien dans la thématique prioritaire « Addictions » de la SNS. Le tabac est responsable de 73 000 morts par an<sup>22</sup>. Les principales causes de décès sont les cancers des poumons ou d'autres organes (notamment cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, ...), les maladies cardiovasculaires et respiratoires. En France, 32% des hommes et 26 % des femmes sont des fumeurs quotidiens parmi les 17-75 ans en 2010, ce qui en fait l'un des Etats à forte consommation au sein de l'Union Européenne. La consommation est en augmentation, notamment pour les femmes entre 2005 et 2010<sup>23</sup>. La consommation de tabac est marquée par un fort gradient social, et à cet égard génère une part importante des inégalités sociales de santé.

**INTERPRÉTATION**..... La déclinaison sociodémographique et géographique de cet indicateur est importante pour l'orientation et l'évaluation des actions de prévention et de prise en charge.

**MISE EN PLACE**..... Sa production à un rythme annuel doit faire l'objet d'une adaptation du recueil.

<b>Source</b>	Enquêtes Espad, Escapad, ESPS, et Baromètre santé
<b>Disponibilité actuelle</b>	Disponible
<b>Périodicité actuelle</b>	2 à 5 ans selon les enquêtes (ESPAD et ESCAPAD : tous les 3 ans ; ESPS : tous les 2 ans ; Baromètre santé : tous les 5 ans)
<b>Déclinaison géographique</b>	Disponible au niveau national
<b>Déclinaison par niveau socioprofessionnel</b>	Possible

## 2. Proposition complémentaire de 5 indicateurs

### Délai d'attente avant un traitement spécifique suite au diagnostic d'un cancer

**ARGUMENTS**..... Cet indicateur correspond à la fois à la thématique prioritaire « Cancer » de la SNS et à l'un des objectifs du Plan Cancer 2014-2019. L'intérêt de cet indicateur est facilement perceptible dans la population. Outre la réactivité du système de soins, il reflète en outre les préoccupations de coordination des soins et de qualité des prises en charge. Il s'agit cependant d'un indicateur moins global que celui du temps d'attente aux urgences.

**INTERPRÉTATION**..... L'intérêt de cet indicateur réside bien sûr dans la réduction des délais de prise en charge à des délais acceptables, mais aussi dans le suivi des disparités géographiques existant et la

<sup>23</sup> HCSP, La santé en France et en Europe : convergences et contrastes, mars 2012.  
[www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=268](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=268)

<sup>23</sup> HCSP, La santé en France et en Europe : convergences et contrastes, mars 2012.  
[www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=268](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=268)



réduction de celles-ci. S'agissant d'un secteur de prise en charge dédié, faisant l'objet d'une organisation spécifique, cet indicateur serait probablement moins dépendant de facteurs externes que celui du temps d'attente aux urgences.

**MISE EN PLACE.....**Des enquêtes de l'INCa ont été réalisées sur cette question<sup>24</sup>, à propos de 3 types de localisations cancéreuses et dans 8 régions. Elles nécessiteraient cependant une adaptation pour permettre la construction d'un indicateur en routine.

Source	Non disponible
Disponibilité actuelle	Non disponible
Périodicité actuelle	Non disponible
Déclinaison géographique	Nécessaire
Déclinaison par niveau socioprofessionnel	À confirmer

### Prescription médicamenteuse appropriée après un infarctus du myocarde

**ARGUMENTS.....**Les indicateurs IPAQSS<sup>25</sup> ont bénéficié de la méthodologie d'élaboration par la HAS d'indicateurs de qualité et sécurité des soins fiables et standardisés. Cet indicateur porte spécifiquement sur la prise en charge d'une pathologie que la population se représente facilement et dont la prise en charge est très protocolisée.

**INTERPRÉTATION .....**Cet indicateur reflète la qualité de prise en charge d'une pathologie aiguë selon des standards de soins reconnus.

**MISE EN PLACE.....**Les modalités d'agrégation nationale et de déclinaison régionale des données devront être étudiées en concertation avec la HAS.

Source	HAS
Disponibilité actuelle	Disponible (2013)
Périodicité actuelle	2 ans
Déclinaison géographique	Possible
Déclinaison par niveau socioprofessionnel	Non

<sup>24</sup> Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012 : sein, poumon, côlon et prostate, INCa, juin 2013. [www.e-cancer.fr/publications/73-soins/400-etude-sur-les-delaix-de-prise-en-charge-des-cancers-du-sein-et-du-poumon](http://www.e-cancer.fr/publications/73-soins/400-etude-sur-les-delaix-de-prise-en-charge-des-cancers-du-sein-et-du-poumon) ; Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008. INCa novembre 2012. <http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/625-du-diagnostic-au-premier-traitement-delaix-de-prise-en-charge-des-cancers-enregistres-par-les-registres-specialises-du-reseau-francim-1999-2008>

<sup>25</sup> IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, définis par la HAS et devant être mis à la disposition du public par les établissements de santé. [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1148599/fr/ipaqss-indicateurs-has-obligatoires-et-soumis-a-diffusion-publique](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1148599/fr/ipaqss-indicateurs-has-obligatoires-et-soumis-a-diffusion-publique)

## Suivi approprié du diabète de type I et II

**ARGUMENTS**..... Le diabète est une pathologie chronique fréquente, dont le suivi et la prévention des complications nécessite, en complément d'une approche clinique, la réalisation d'examen complémentaires réguliers faisant l'objet de recommandations consensuelles. Leur prescription et réalisation appropriée reflètent le travail de coordination et de continuité des soins par le médecin traitant. C'est en outre un bon indicateur de qualité de la prise en charge.

**INTERPRÉTATION**..... Cet indicateur est à interpréter dans le cadre de la mise en œuvre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins libéraux, qui inclut des objectifs portant sur la prescription appropriée d'examen complémentaires aux patients diabétiques.

**MISE EN PLACE**..... Les modalités d'agrégation nationale et de déclinaison régionale des données devront être étudiées en concertation avec la Cnam-TS.

Source	Données du Sniiram
Disponibilité actuelle	Disponible (2012)
Périodicité actuelle	Annuelle
Déclinaison géographique	Possible
Déclinaison par niveau socioprofessionnel	Possible (CMUc)

## Nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires annuels pour les polluants atmosphériques majeurs (PM10, PM2,5, NO2 et ozone), ou à défaut niveaux moyens annuels de ces polluants

**ARGUMENTS**..... Cet indicateur correspond à un déterminant environnemental de santé important, ainsi qu'à une thématique à ne pas négliger. Les expositions à ces différents polluants ont un impact important sur la morbidité (cancer du poumon, infarctus du myocarde, crises d'asthme ...), la mortalité (notamment pour affections respiratoires et cardiovasculaires<sup>26</sup>), sur l'espérance de vie et ont un coût économique élevé. De plus, les impacts de l'exposition à la pollution atmosphérique, notamment aux particules, sont d'autant plus importants que l'exposition est chronique<sup>27</sup>. Cet indicateur doit permettre de révéler des inégalités d'expositions, par exemple de certains polluants (particules ultrafines, particules Diesel, oxydes d'azote) qui se trouvent en concentration très élevée à proximité des axes à fort trafic automobile et dont l'impact sanitaire est important en termes de maladies chroniques. L'indicateur proposé permettrait de caractériser la population qui encourt une

<sup>26</sup> Künzli N, Perez L, Rapp R. Qualité de l'air et santé. European Respiratory Society, septembre 2010.  
[www.erscongress2011.org/publications/air-quality-and-health.html](http://www.erscongress2011.org/publications/air-quality-and-health.html)

<sup>27</sup> HCSP. 2012. Pollution par les particules dans l'air ambiant : recommandations pour protéger la santé.  
[www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=264](http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=264)

telle surexposition, dans chaque agglomération en déterminant le pourcentage de la population concernée ainsi que l'ampleur de cette surexposition chronique.

**MISE EN PLACE.....**Le développement en cours des outils de modélisation à échelle spatiale plus fine par les ASQAA devrait pouvoir permettre de renseigner cet indicateur.

<b>Source</b>	Sa production nécessite d'en organiser le recueil. La pollution atmosphérique est mesurée par les réseaux de surveillance de la qualité de l'air (ASQAA) à l'aide d'indicateurs (niveau de concentrations dans l'air ambiant, journaliers ou annuels) pour les polluants les plus représentés : dioxyde de soufre, oxydes d'azote, ozone, PM <sub>10</sub> , PM <sub>2,5</sub> , composés organiques volatils.
<b>Disponibilité actuelle</b>	Non disponible
<b>Périodicité actuelle</b>	Périodicité annuelle possible. Les niveaux de concentrations des polluants indiqués sont disponibles de façon annuelle.
<b>Déclinaison géographique</b>	Les niveaux de concentrations des polluants indiqués sont disponibles au niveau national. L'indicateur « Nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires annuels pour les polluants atmosphériques majeurs (PM10, PM2,5, NO2 et ozone) », serait disponible au niveau national.
<b>Déclinaison par niveau socioprofessionnel</b>	Non disponible

### Exposition aux conditions de travail favorisant les troubles musculo-squelettiques

**ARGUMENTS.....** Cet indicateur est le seul à représenter les déterminants professionnels de santé. Les troubles musculo-squelettiques sont des affections chroniques qui représentent à elles seules près de 80 % des maladies professionnelles reconnues (1<sup>ère</sup> cause d'arrêt de travail, d'invalidité et de sortie de travail<sup>28</sup>). Selon les données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, un total de 8,4 millions de journées de travail est perdu chaque année à cause des TMS, qui génèrent 847 millions d'euros de dépenses par an<sup>29</sup>. Les TMS sont une des conséquences physiologiques de la pénibilité au travail (l'indicateur proposé permet l'estimation de l'exposition à ce facteur) mais peuvent être dus à d'autres facteurs tels que les risques psycho-sociaux. Ce sont des pathologies fortement indicatrices d'inégalités sociales de santé, l'exposition aux risques de TMS étant étroitement liée aux professions comportant des postures pénibles, ou des activités motrices répétitives.

<sup>28</sup> Enquête Santé Itinéraires Professionnels, DREES, DARES, Centre d'études de l'emploi

<sup>29</sup> Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population. Révision 2013. Rapport final. Drees-DGS, 2014

<b>Source</b>	Enquête Sumer et Conditions de travail, cohortes Constance et Coset de type déclaratif, reflétant les situations à risque indépendamment d'éventuelles mesures de prévention
<b>Disponibilité actuelle</b>	Disponible (2011 pour l'enquête Condition de travail ; 2010 pour l'enquête Sumer)
<b>Périodicité actuelle</b>	Périodicité annuelle possible (enquête Conditions de travail)
<b>Déclinaison géographique</b>	Disponible au niveau national
<b>Déclinaison par niveau socioprofessionnel</b>	Possible

### ***3. Mesure de la participation des usagers***

La démarche de structuration du présent tableau de bord, et en particulier l'analyse des axes stratégiques de la SNS, a conduit à considérer la participation des usagers au système de santé comme une dimension fondamentale à prendre en compte. La méthode de sélection des indicateurs n'a cependant pas permis d'arrêter le choix d'un indicateur jugé suffisamment pertinent et robuste à cette fin. La réflexion du groupe de travail et la consultation des institutions et personnalités internes ou externes au HCSP a toutefois permis d'identifier quelques pistes de travail. Celles-ci seront à étudier à l'aune des conclusions du rapport présenté par Claire Compagnon le 14 février 2014<sup>30</sup>.

Il en ressort tout d'abord la nécessité d'envisager plusieurs niveaux possibles d'estimation de la participation des usagers au système de santé : établissements de santé (CRUQPC<sup>31</sup>), établissements médico-sociaux (CVS), régions (CRSA), collectivités territoriales (conseils locaux et territoriaux de santé, comme le propose Bernadette Devictor dans son rapport sur le service public territorial de santé<sup>32</sup>), associations d'usagers. Il apparaît d'autre part que la pertinence d'un indicateur dans cette dimension résiderait dans sa capacité à rendre compte, au-delà de la description de la représentation collective des usagers dans le système, de l'effectivité de cette participation (la présence, la prise de parole et la formulation d'avis par les usagers). Les indicateurs envisagés sont présentés en annexe 8 p. 30.

<sup>30</sup> Claire Compagnon en collaboration avec Véronique Ghadi, Pour l'An II de la Démocratie sanitaire, Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 14 février 2014. [www.sante.gouv.fr/representation-des-usagers-en-etablissement-de-sante-claire-compagnon-remet-son-rapport-a-marisol-touraine.html](http://www.sante.gouv.fr/representation-des-usagers-en-etablissement-de-sante-claire-compagnon-remet-son-rapport-a-marisol-touraine.html)

<sup>31</sup> Les rapports des CRUQPC vont désormais faire l'objet d'un recueil informatisé, dont des indicateurs pourraient peut-être être exploités ici. Leur analyse au niveau national n'est cependant pour l'instant pas prévue.

<sup>32</sup> Bernadette Devictor, Le service public territorial de santé - Le service public hospitalier. Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé, rapport, mars 2014. [www.sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante-marisol-touraine-recoit-le-rapport-devictor-sur-le-service-public-territorial-de-sante.html](http://www.sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante-marisol-touraine-recoit-le-rapport-devictor-sur-le-service-public-territorial-de-sante.html)

## E. Considérations générales concernant le tableau de bord synthétique annuel

### 1. Disponibilité et périodicité du recueil

Sur les dix indicateurs prioritairement sélectionnés, 3 sont immédiatement disponibles et déjà produits par les systèmes d'information existants ; 7 ne sont pas produits actuellement mais pourraient l'être à l'aide des données existant dans les systèmes d'information actuels, moyennant soit une ***réflexion à conduire dans les mois à venir pour préciser la nature des données à recueillir, soit une adaptation de ces dispositifs, comme par exemple la mise en place pérenne d'appariements de bases de données sociales avec les bases de données de santé***<sup>33</sup>.

De même, parmi les 5 propositions complémentaires d'indicateurs, 3 sont immédiatement disponibles, 2 nécessitent des travaux avant leur mise en place.

Certains indicateurs sont actuellement issus d'enquêtes en population dont la méthodologie assure la représentativité nationale, voire régionale, mais relativement peu fréquentes (une vague tous les 2 à 6 ou 7 ans), d'une part du fait de contraintes techniques et financières, mais également par l'évolution parfois lente des variables étudiées, ce qui est notamment le cas des résultats de santé.

En revanche, et en principe, les données issues des systèmes d'information « de routine »<sup>34</sup>, du fait qu'elles sont produites sur un mode continu, devraient pouvoir être mises à jour annuellement. Par ailleurs, ces systèmes d'information couvrent de façon exhaustive la population, et permettent donc la construction d'indicateurs à l'échelle régionale, voire infra régionale. En pratique, une production annuelle requiert, en particulier pour certains traitements de données éventuellement complexes, que des moyens suffisants soient dédiés à cet effet. Le suivi annuel, même d'un nombre limité d'indicateur, nécessitera de mettre à l'agenda les investissements nécessaires à la mise en place et l'entretien de cette dynamique.

Dans l'hypothèse où les moyens ne permettraient pas de renforcer les efforts de production et d'analyse de ces données, une périodicité plus longue devrait être envisagée pour la mise à jour du tableau de bord.

---

<sup>33</sup> Lorsque c'est le cas, la nécessité de ces travaux complémentaires sont mentionnés pour chaque indicateur sous la rubrique « Mise en place ».

<sup>34</sup> PMSI, SNIIRAM notamment.

## ***2. Modalités de diffusion et de communication***

Les trois pays ayant développés des tableaux de bord synthétiques ont déployé un effort particulier de vulgarisation et de mise en forme à visée de communication grand public sur le Web. Au Canada, Etats-Unis et en Nouvelle-Zélande, toutes les données sont présentées avec une ventilation par région ou province. Dans les deux premiers cas, les disparités par niveau social sont également systématiquement présentées, sous la forme de graphiques ou de pictogrammes visuels facilement mémorisables.

L'intérêt d'une interface Internet réside d'une part tout particulièrement dans la possibilité d'utiliser un support aujourd'hui largement accessible par tous, y compris et notamment via la téléphonie mobile, d'autre part dans la possibilité d'engager une communication et une pédagogie sur la durée, et à plusieurs niveaux. Cette modalité permet une appropriation plus personnelle des messages et informations par le public, et peut aussi être une interface utile pour faire évoluer le tableau de bord dans les années à venir.

Il pourrait être en outre envisagé, après la mise en ligne du premier tableau de bord synthétique, d'organiser une extension progressive du suivi d'indicateurs dans les différents axes et niveaux de la SNS.

Enfin, cette solution média via le Web présente l'avantage de pouvoir mettre à jour les données de façon glissante en fonction de la périodicité propre des différentes sources.

## ***3. Perspectives***

Pour l'intérêt qu'il présente en termes de visibilité politique par rapport aux autres secteurs ministériels et de transparence démocratique vis-à-vis de la population, le tableau de bord synthétique est un chantier majeur qu'il convient de soutenir, développer et valoriser.

Ces qualités ont vocation à porter le sujet de la santé parmi les priorités politiques et à en conforter la situation dans les préoccupations des Français. Il est par conséquent déterminant de saisir cette opportunité de portage du champ de la santé pour améliorer les moyens de pilotage de notre politique de santé par les acteurs de la gouvernance, aux niveaux national et régional, tout en promouvant la démocratie sanitaire.

Par conséquent, dans la continuité de recommandations formulées précédemment<sup>35</sup>, le HCSP qui aura la charge du suivi annuel du tableau de bord synthétique, suggère, en prolongement de sa réponse à la saisine pour définir des objectifs de résultats à 5 et 10 ans pour la SNS, la poursuite de travaux visant à mettre en place plusieurs autres tableaux de bord de pilotage des différentes priorités et orientations stratégiques de la politique d'amélioration de la santé.

---

<sup>35</sup> HCSP. Eléments pour une stratégie nationale de santé et pour une nouvelle loi de santé publique. Contribution à rapport de la mission d'Alain Cordier. Avril 2013.

## Annexe 1. Référence des sources citées

**AASQA** : Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air, [www.atmo-france.org](http://www.atmo-france.org)

**Baromètre santé** : enquêtes déclaratives en population de l'INPES, [www.inpes.sante.fr/Barometres/index.asp](http://www.inpes.sante.fr/Barometres/index.asp)

**CNAV** : Caisse nationale d'assurance vieillesse, [www.lassuranceretraite.fr](http://www.lassuranceretraite.fr)

**Constances** : cohorte épidémiologique « généraliste » constituée d'un échantillon représentatif de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 à l'inclusion, consultants des Centres d'examen de santé (CES) de la Sécurité sociale, [www.constances.fr](http://www.constances.fr)

**Coset** : Cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail, InVS, [www.coset.fr](http://www.coset.fr)

**ENNS** : étude nationale nutrition santé, [www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/ENNS-etude-nationale-nutrition-sante](http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/ENNS-etude-nationale-nutrition-sante)

**Enquête Conditions de travail** : Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques, [travail-emploi.gouv.fr/etudes-recherches-statistiques-de,76/statistiques,78/conditions-de-travail-et-sante,80/les-enquetes-conditions-de-travail,2000](http://travail-emploi.gouv.fr/etudes-recherches-statistiques-de,76/statistiques,78/conditions-de-travail-et-sante,80/les-enquetes-conditions-de-travail,2000)

**Enquête en milieu scolaire** : enquête réalisée par la Drees en partenariat avec l'Éducation nationale, la DGS et depuis 2000 avec l'InVS auprès des élèves des grandes sections de maternelle, des classes de CM2 et des classes de troisième, [www.drees.sante.gouv.fr/article6571.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/article6571.html)

**Enquête Surpoids et Obésité chez les enfants de 7 à 9 ans** : Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, InVS et Université Paris 13, [www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/Corpulence-7-9-ans-prevalences-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-les-enfants-de-7-a-9-ans](http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/Corpulence-7-9-ans-prevalences-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-les-enfants-de-7-a-9-ans)

**Escapad** : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense, OFDT, [www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/escapad.html](http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/escapad.html)

**Espad** : European School Survey on Alcohol and Others Drugs, OFDT, [www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/espac.html](http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/espac.html)

**ESPS** : Enquête Santé Protection sociale, Irdes, [www.irdes.fr/esps](http://www.irdes.fr/esps)

**Esteban** : étude réalisée par l'InVS, [www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Esteban](http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Esteban)

**EU-Silc** : Statistiques de l'Union Européenne sur le revenu et les conditions de vie, [epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu\\_silc](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc)

**HBSC** : Health Behaviour in School-Aged Children, étude internationale collaborative de l'OMS, [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)

**Inca** : enquête de consommation alimentaire, Anses, [www.anses.fr/fr/content/les-%C3%A9tudes-inca](http://www.anses.fr/fr/content/les-%C3%A9tudes-inca)

**Indicateurs de pratique clinique** : Indicateurs développés par la HAS visant à mesurer l'impact clinique des actions qualité, [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1094290/fr/indicateurs-de-pratique-clinique-ipc](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1094290/fr/indicateurs-de-pratique-clinique-ipc)

**Inserm CépiDc** : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, [www.cepidc.inserm.fr](http://www.cepidc.inserm.fr)

**LCSQA** : Laboratoire Central de Surveillance de la Qualité de l'Air, [www.lcsqa.org](http://www.lcsqa.org)

**Sniiram** : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie, [www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sniiram/finalites-du-sniiram.php](http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sniiram/finalites-du-sniiram.php)

**Sumer** : Enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels, [travail-emploi.gouv.fr/article15981.html](http://travail-emploi.gouv.fr/article15981.html)

## Annexe 2. Pays ayant un suivi d'indicateurs

### Synthèse rapide du benchmark Drees (13 pays) :

7 pays ont un suivi d'indicateurs :

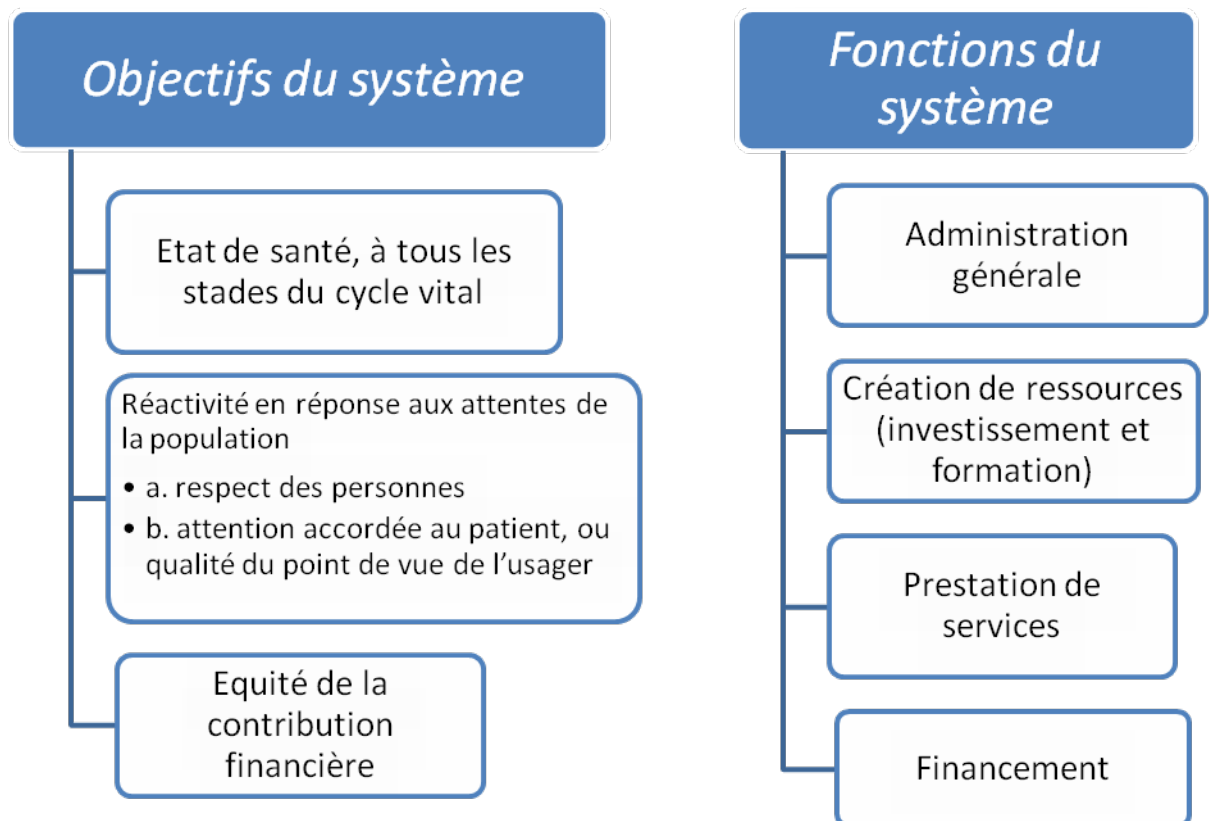
Royaume Uni 2 systèmes	- Public Health Outcomes Framework : 2 priorités, 4 grands domaines - NHS Outcomes Framework : 5 grands domaines
Irlande	4 buts généraux, détaillés en 33 objectifs 6 thèmes de principes généraux et 7 principes pour la réalisation
Suède	TDB de suivi. Insiste sur les conditions sociétales garantissant une bonne santé
Australie 2 systèmes	- 1 TDB pour chacune des 9 priorités (morbidité) - 1 TDB de performance du système de santé : . statut de santé . déterminants de santé . accessibilité / continuité des soins / efficacité / efficience et durabilité / responsiveness (réponse aux attentes du client), sécurité
Canada 3 systèmes, dont 1 restreint	- indicateurs associés à des sous-programmes - indicateurs de disparités - ICIS : performance du système de santé (60 indicateurs ->15)
USA 1 set restreint au sein de l'ensemble (LHI)	Healthy people : 600 indicateurs LHI : sélection de 12 thèmes / 26 indicateurs NPS : l'un des programmes, consacré exclusivement à la prévention, comprenant : - 1 objectif global vers lequel doivent converger tous les autres aspects - 4 directions stratégiques - 7 domaines d'action prioritaires
Nouvelle-Zélande Seulement un set restreint	6 objectifs cibles, avec 6 indicateurs



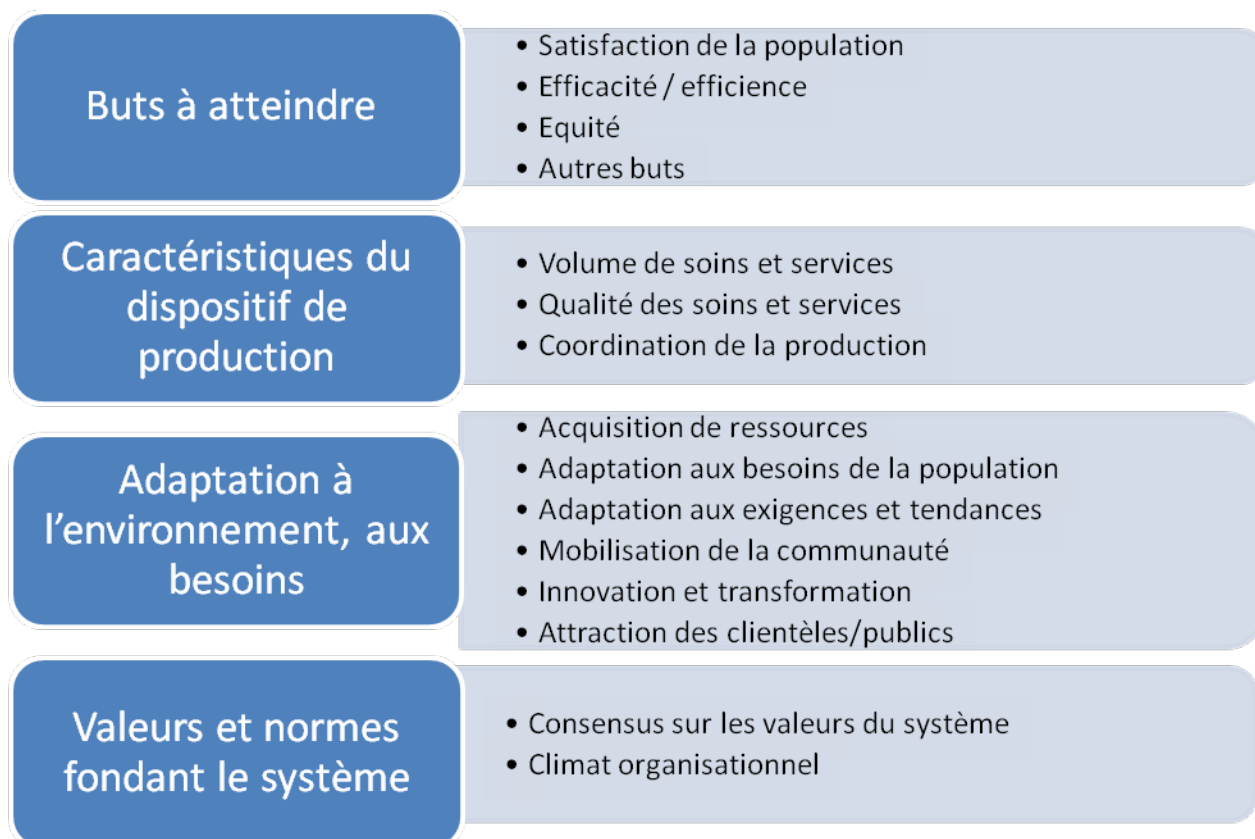
**Annexe 3. Modèle d'analyse de la performance des systèmes de santé utilisé pour le Rapport sur la santé dans le monde, 2000. Pour un système de santé plus performant.**

[www.who.int/whr/2000/fr](http://www.who.int/whr/2000/fr)

*En niveau moyen et en dispersion*



## Annexe 4. Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes et services de santé : le modèle EGIPSS, Conseil de la santé et du bien-être, Québec, 2005



## Annexe 5. Disponibilité, sources, périodicité de 29 propositions d'indicateurs soumis à consultation (Drees)

Intitulé de l'indicateur	source (existante/potentielle)	disponibilité niveau de base	Dimension du TDB	objectif SMS HCSP	niveau géographique	ISS	périodicité	Commentaires
1 Taux de mortalité prématurée, évitable par la prévention des comportements à risque	Inserm CépiDc	oui	état de santé	oui	national	indice défavorisation commune	annuelle possible	sous indicateur : mortalité prématurée peu de perspective à court terme travaux sur mortalité évitable à conduire peut être développé au niveau régional
2 Taux de suicides et de tentatives de suicide	Inserm CépiDc	oui (2010)	état de santé	oui	régional	indice déf commune	annuelle	
3 Espérance de vie sans incapacité / espérance de vie sans incapacité à 65 ans	Insee, état civil, enquête EU-Silc	oui (2010)	état de santé	oui	national	oui (2005-2008)	annuelle	annuelle pour EvBS (hors PCS)
4 Incidence du diabète traité pharmacologiquement	Sniram, EGB	oui (2012)	état de santé	oui	régional	CMUc	annuelle	
5 Temps d'attente aux urgences	RPU / HAS	non	réactivité système soins aux attentes		régional			
6 Délai d'attente avant un traitement anticancéreux (chimiothérapie, radiothérapie)	À mettre en place en routine à partir d'enquêtes de l'INCa	3 cancers, 8 régions 2011-2012	réactivité système soins aux attentes			non		
7 Délai d'attente avant la consultation d'un spécialiste	À déterminer	non	réactivité système soins aux attentes					une enquête qualitative drees va être mise en place
8 Taux de renoncement aux soins	ESPS	oui (2012)	disparités	oui	national	oui	2 ans	
9 Taux de famille vivant dans des logements indignes (surpopulation, insalubrité, précarité énergétique)	INSEE (SRCV)	indicateur composite à construire	disparités	oui	national	déterminant social	annuelle	différents indicateurs sur les conditions de logement dans SRCV module santé (modèle EU-SILC) certaines années
10 Accessibilité potentielle localisée (indicateur d'accès géographique et de disponibilité des soins de ville ajusté sur les besoins de la population, exprimé par exemple en " nombre de médecins libéraux disponibles pour 100 000 habitants ")	Drees - INSEE	oui (2010)	disparités		régional		3 ans?	2010 disponible - 2013 sera disponible fin 2014 - puis tous les trois ans ?
11 Reste à charge des personnes atteintes de maladies chroniques	Sniram, suites du projet Monaco	non	disparités					expérimentation a priori non renouvelée en l'état par manque de représentativité des données
12 IPAQSS - Score de prescription médicamenteuse appropriée après un IDM	indicateur HAS	oui (2011)	qualité/sécurité		national	non	2 ans	
13 Fréquence des événements indésirables graves médicamenteux chez les personnes âgées	Enquêtes des Centres Régionaux de Pharmacovigilance sur les hospitalisations liées à l'atrogénie médicamenteuse	oui (ENEIS, 2009)	qualité/sécurité	oui		non		
14 Indicateur(s) " Patient safety indicators " (PSI) du projet CLARTE	PMSI	non	qualité/sécurité	oui		non		
15 Taux de prescriptions inadéquates de psychotropes chez le sujet âgé (en dose, en durée ou en association)	À développer à partir du Sniram, sur la base des indicateurs de pratique clinique de la HAS, notamment " coprescription de psychotropes chez la PA " ou " Benzodiazépine de ½ vie longue chez la PA "	non	qualité/sécurité	oui	régional	CMUc	annuelle	algorithme à valider mais pouvant être disponible
16 Diabète de type I et II : taux de surveillance appropriée (patients ayant bénéficié dans l'année des différents examens complémentaires recommandés)	Sniram	oui (2012)	coordination	oui	régional	CMUc	annuelle	
17 IPAQSS - Indicateur de traçabilité des RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) en oncologie	HAS	oui (2009)	coordination	oui	national	non	5 ans (mise en place du recueil exhaustif en 2014)	
18 Taux de suicide chez les personnes âgées	Inserm CépiDc	oui (2010)	coordination	oui	régional	indice déf commune	annuelle	à rapprocher du taux de suicide
19 Taux de patients souffrant de maladies chroniques inclus dans un programme d'éducation thérapeutique du patient	À développer à partir de données des ARS	non	coordination		régional?			
20 Taux d'hospitalisations sensibles aux soins de premier recours (hospitalisations évitables par une bonne prise en charge en amont)	À développer à partir du PMSI et des travaux en Pays de Loire et Ile-de-France19	non	coordination		régional	CMUc		
21 Insertion professionnelle et maintien dans l'emploi des personnes en ALD	À développer, par ex. par appariement du Sniram et des données de la CNAV	non	coordination	oui	régional	oui sur données CNAV		
22 Prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et adolescents	Enquête en milieu scolaire, Étude Inca, Esteban, Obepi	oui	prévention et déterminants	oui	régional (GSM)	oui	6 ans minimum, 2 ans Obepi	enquêtes scolaires : tous les 6 ans par niveau esteban : renouvellement non assuré, tous les 7 ans minimum
23 Prévalence du tabagisme quotidien	ESPS, Baromètre santé, enquêtes Espad, Escapad, HBSC	oui	prévention et déterminants		national	oui	selon source	ESPAD et ESCAPAD : tous les 3 ans ESPS : tous les 2 ans baromètre : tous les 5 ans
24 Consommation régulière d'alcool et prévalence des ivresses régulières chez les jeunes	Enquêtes Espad, Escapad, ESPS, Baromètre santé	oui	prévention et déterminants	oui	national	oui	selon source	ESPAD et ESCAPAD : tous les 3 ans ESPS : tous les 2 ans baromètre : tous les 5 ans
25 Exposition aux conditions de travail favorisant les troubles musculo-squelettiques	Enquête Sumer et Conditions de travail, cohortes Constances, Coset	oui (2011 pour Ct, 2010 pour SUMER)	prévention et déterminants		national	oui	annuelle (CT)	
26 Nombre d'hospitalisations en urgence pour crise d'asthme	PMSI	oui (2012)	prévention et déterminants		régional	CMUc	annuelle	
27 Taux de couverture vaccinale : pathologie à cibler (ex. : rougeole, ou grippe chez les personnes de plus de 65 ans) ou indicateur composite à développer	INVS, à partir des enquêtes en milieu scolaire et ESPS et des données des certificats de santé et de l'Assurance Maladie	oui	prévention et déterminants	oui	régional (GSM)	oui (enquêtes scolaires, ESPS, CS)	selon source	Sniram : n'englobe pas toutes les vaccinations : partiel pour PMI (enfants), centres de vaccination (adultes)
28 Nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires annuels pour les polluants atmosphériques majeurs (PM10, PM2,5, NO2 et O3), OU À DÉFAUT niveau moyen annuel de ces polluants	À développer à partir de modélisations en cours / AASQA, LCSQA	non	prévention et déterminants	oui	national	non	annuelle	
29 Proportion d'adultes ayant une HTA contrôlée	Étude Esteban	non	prévention et déterminants		national	non	7-8 ans	esteban : renouvellement non assuré

## Annexe 6. Questionnaire envoyé dans le cadre de la consultation

### Formulaire de réponse

Ce questionnaire est à compléter sur Word et à renvoyer par courriel à l'adresse [HCSP-SEC-GENERAL@sante.gouv.fr](mailto:HCSP-SEC-GENERAL@sante.gouv.fr) pour le **lundi 28 avril 2014 à midi au plus tard**.

Merci de bien vouloir indiquer les **indicateurs à sélectionner** (idéalement 2 en moyenne par dimension), puis **les classer** par ordre de priorité, en précisant dans la zone de **commentaire libre** ce qui justifie d'après vous de sélectionner ou au contraire d'écarter chaque indicateur.

#### 1. État de santé ou résultat de santé

01	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
02	À sélectionner : oui	Classement : n°0	Commentaire libre
03	À sélectionner : non	Classement : n°0	Commentaire libre
04	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre

#### 2. Réactivité du système en réponse aux attentes de la population

05	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
06	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
07	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre

#### 3. Réduction des disparités sociales, géographiques et financières en santé

08	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
09	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
10	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
11	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre

#### 4. Qualité et sécurité des soins délivrés aux patients

12	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
----	----------------------------	------------------	-------------------

13	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
14	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
15	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre

#### 5. Coordination et continuité des prises en charges, notamment des soins de proximité

16	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
17	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
18	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
19	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
20	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
21	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre

#### 6. Participation des usagers

Aucun indicateur à notre connaissance à ce jour.

Commentaire libre

#### 7. Qualité de la prévention et de l'action sur les déterminants de la

22	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
23	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
24	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
25	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
26	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
27	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
28	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre
29	À sélectionner : sans avis	Classement : n°0	Commentaire libre

Vous pouvez ici, si vous le souhaitez, ajouter des commentaires d'ordre général.

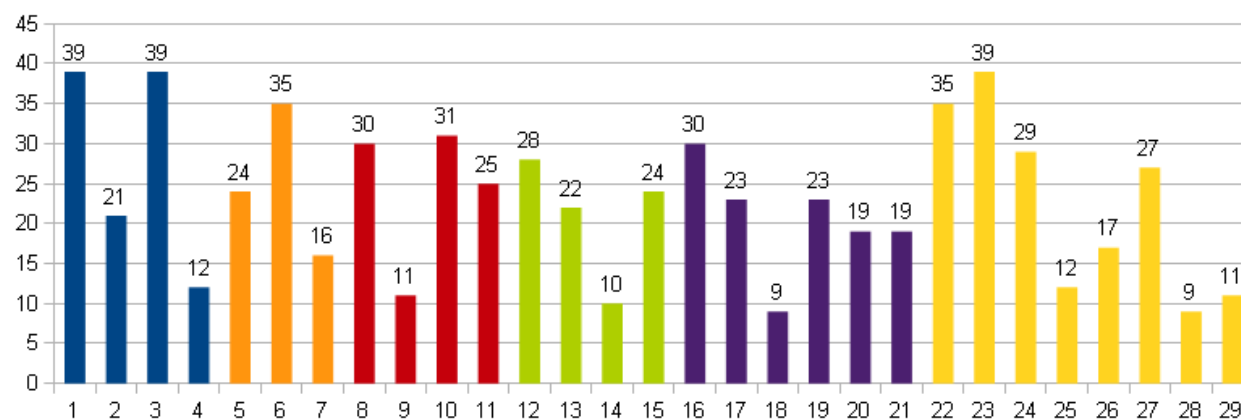
Commentaire général

## Annexe 7. Synthèse des réponses à la consultation de personnalités qualifiées

### Répondants à la consultation, 28 avril 2014

Claudine Berr	HCSP
Marie-Hélène Bouvier-Colle	HCSP
Emmanuelle Cambois	INED
William Dab	P. qualifiée, CNAM
Marie-Sophie Desaulle	Conf. DG ARS
Jean-Claude Desenclos	InVS
Bertrand Xerri	
Bernadette Devictor	CNS
Daniel Floret	HCSP
Catherine Grenier	HAS
Hélène Peigue-Lafeuille	HCSP
Anne Tallec	HCSP
Jean-François Toussaint	HCSP
Caroline Weill-Giès	HCSP

Score calculé à partir des propositions de classement cumulées



## **Annexe 8. Recensement des propositions d'indicateurs pour la dimension « Participation des usagers »**

Les propositions d'indicateurs ci-dessous ont été recensées lors des travaux du groupe de travail et de la consultation des personnalités internes et externes au HCSP.

- Nombre de représentants d'usagers identifiés siégeant dans les instances où leur présence est prévue ;
- Taux des commissions créées pour la représentation des usagers présidées par un représentant des usagers (indicateur à développer) ;
- Taux d'établissements de santé et médico-sociaux réunissant les commissions (CRUQPC et CVS) conformément aux textes (indicateur suivi par les ARS) ;
- Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire (indicateur proposé dans le cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la CRSA sur les droits des usagers du système de santé)
- Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire (idem) ;
- Nombre d'associations de patients agréées par le ministère ou participant aux formations du CISS.
- Nombre d'adhérents aux groupes d'entraide mutuelle développés dans le champ de la santé mentale, reflet du dynamisme du mouvement des usagers et des résultats des démarches d'insertion sociale.

## **Annexe 9. Liste d'indicateurs intéressants mais non sélectionnés pour le tableau de bord**

1. Taux de suicides et de tentatives de suicide
2. Incidence du diabète traité pharmacologiquement
3. Délai d'attente avant la consultation d'un spécialiste
4. Reste à charge des personnes atteintes de maladies chroniques
5. Fréquence des événements indésirables graves médicamenteux chez les personnes âgées
6. Indicateur(s) " Patient safety indicators " (PSI) du projet CLARTE
7. IPAQSS - Indicateur de traçabilité des RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) en cancérologie
8. Taux de suicide chez les personnes âgées
9. Taux de patients souffrant de maladies chroniques inclus dans un programme d'éducation thérapeutique du patient
10. Taux d'hospitalisations sensibles aux soins de premier recours (hospitalisations évitables par une bonne prise en charge en amont)
11. Consommation régulière d'alcool et prévalence des ivresses régulières chez les jeunes
12. Nombre d'hospitalisations en urgence pour crise d'asthme
13. Taux de couverture vaccinale : pathologie à cibler (ex. : rougeole, ou grippe chez les personnes de plus de 65 ans) ou indicateur composite à développer
14. Proportion d'adultes ayant une HTA contrôlée

## Annexe 10. Lettre de saisine du 13 février 2014

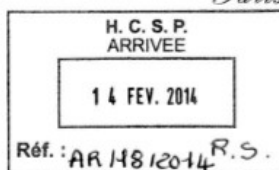


MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

*La Ministre*

CAB POS – MH/DR-MB/Mc D14-1069

*Paris, le 13 FEV. 2014*



*ch* Monsieur le Président,

J'ai annoncé le 23 septembre le lancement de la stratégie nationale de santé (SNS) et la perspective d'une nouvelle loi de santé en 2014. J'ai notamment affirmé ma volonté de proposer une politique de santé publique qui soit désormais resserrée autour de priorités stratégiques claires et d'objectifs précis, ambition qui faisait l'objet de la première demande de contribution à la SNS que je vous ai adressée le 28 novembre.

J'ai également annoncé que la mise en œuvre et les effets de la politique de santé seraient dorénavant suivis au travers d'un tableau de bord synthétique.

La stratégie nationale de santé entend refonder en profondeur notre système de santé. Cette ambition passe par la volonté d'aider nos concitoyens à mieux s'approprier les enjeux de la politique de santé, mieux connaître les atouts et les faiblesses de leur système de santé, mieux anticiper les défis de demain et mieux comprendre les réformes nécessaires pour y répondre.

Dans ce but, il me semble nécessaire que la stratégie nationale de santé se dote, dès la loi de 2014, d'un outil réactif et didactique qui dresse un portrait annuel de notre système de santé et de l'état de santé de la population. Ce tableau de bord synthétique, dont vous assurerez par la suite le suivi annuel, comporterait un nombre restreint d'indicateurs (moins d'une dizaine) illustrant l'évolution d'éléments essentiels du fonctionnement de notre système de santé et de l'état de santé de la population.

Il convient à présent de conduire un travail de réflexion stratégique et technique pour choisir les indicateurs susceptibles de concourir à la construction d'un tel outil, en vous appuyant notamment sur :

- les résultats de l'étude que j'ai demandée à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) décrivant les modalités existantes, à l'étranger, de suivi de priorités de santé publique par un tableau de bord d'indicateurs ;
- le travail de refonte des indicateurs issus de la loi de 2004 conduit sous l'égide de la direction générale de la santé et la DREES.

Monsieur le Professeur Roger SALAMON  
Président du Haut Conseil de la Santé Publique  
14 avenue Duquesne  
75007 PARIS



Je souhaite que vous définissiez, en lien avec l'ensemble des directions du ministère et avec, en particulier, le soutien méthodologique de la DREES, une série d'indicateurs susceptibles d'être retenus au titre du tableau de bord, en justifiant les critères de choix que vous aurez retenus.

Ces indicateurs pourront être composites et devront notamment prendre en compte, outre l'existence d'un dispositif permettant de collecter des données robustes, la pertinence au regard des objectifs de la SNS, la capacité de l'indicateur à refléter la mobilisation de l'action publique par une évolution annuelle, la capacité d'illustrer la priorité politique accordée à la réduction des inégalités de santé, la clarté et la vertu didactique, ou encore la possibilité de désagréger l'indicateur pour un suivi régionalisé.

Je souhaite que vous me fassiez parvenir le résultat de ce travail pour le mois d'avril 2014, dans le but d'inscrire ce tableau de bord dans la loi de santé 2014.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma sincère considération.

*Très cordialement,*



Marisol TOURAINE