



HAL
open science

Les indicateurs de santé en Aquitaine et en France Métropolitaine

Pierre-Adrien Gaudin

► **To cite this version:**

Pierre-Adrien Gaudin. Les indicateurs de santé en Aquitaine et en France Métropolitaine. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01584222

HAL Id: dumas-01584222

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01584222>

Submitted on 8 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année : 2016

Thèse n° 3192

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par M. Pierre-Adrien Gaudin

Le 16 Décembre 2016 à Bordeaux

**Les indicateurs de santé en Aquitaine et en France
Métropolitaine**

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Roger Salamon

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-François Dartigues

Monsieur le Professeur François Dabis

Monsieur le Professeur Rachid Salmi

Monsieur le Professeur Roger Salamon

Monsieur le Professeur Jérôme Wittwer

Monsieur le Docteur Eric Frison

A mon directeur de thèse et membre du jury

Monsieur le Professeur Roger Salamon,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et d'avoir consacré du temps pour son élaboration. Vous êtes toujours fortement impliqué dans la santé publique des français et cela témoigne du très grand respect que les acteurs du système de santé portent sur vos jugements et intuitions. Je vous remercie profondément pour tout le savoir et les connaissances que vous m'avez transmis lors de l'internat, notamment lors de consultations méthodologiques dans votre bureau. En tant que premier fondateur de l'ISPED, vous avez grandement contribué à l'amélioration de la santé publique Bordelaise et Française. Vous êtes aussi une des personnes les plus expérimentées dans ce domaine, ce qui rendu la rédaction de cette thèse la plus agréable que possible.

Au président du jury,

Monsieur le professeur Jean-François Dartigues,

Merci d'avoir accepté d'être membre du jury et a fortiori de présider cette thèse. Vos connaissances et expertises en épidémiologie et santé publique sont reconnues dans toute la France et même à l'international. Le travail que vous faites pour soigner la maladie d'Alzheimer, j'espère, aboutira à des conclusions bénéfiques. Vos conseils et jugements sont toujours respectés et il est assuré que le travail produit est d'une grande qualité. Je suis très reconnaissant que vous ayez accepté d'évaluer ce travail et j'espère qu'il répondra à vos attentes.

Aux membres du jury,

Monsieur le professeur Rachid Salmi, rapporteur

Je vous remercie d'avoir accepté de lire et juger ce travail. En tant que directeur de l'institut de santé publique de Bordeaux et professeur d'épidémiologie, vos connaissances et expertises en épidémiologie et générales sont extrêmement importantes et respectées. Merci d'avoir pris du temps pour participer à cette thèse car j'imagine que votre emploi du temps est toujours complet ! Soyez assurés de mon profond respect et de ma reconnaissance d'avoir accepté de faire partie du jury aujourd'hui.

Monsieur le professeur François Dabis,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Vous avez une grande expérience de plus de 25 ans dans la recherche en épidémiologie et en santé publique. Vos conseils sont toujours respectés. Les travaux sur le VIH que vous avez conduits ont fait grandement avancer la recherche sur cette maladie. Votre livre « épidémiologie d'intervention » est un ouvrage classique de la littérature médicale aujourd'hui. Il m'a fait grandement apprécier l'épidémiologie, comme à beaucoup d'autres personnes également, et montré toutes les facettes qu'elle pouvait apporter.

Monsieur le professeur Jérôme Wittwer,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de thèse. L'économie de la santé est un domaine très important et inextricablement lié à la médecine et la santé publique. A fortiori, votre collaboration dans les travaux préexistants a montré tous les bénéfices de prendre en compte tous les avis et notamment économique dans l'évaluation des choix en santé publique. Je vous remercie de votre présence aujourd'hui et j'espère que cette thèse pourra vous être utile dans la mise en place et la continuation des études sur ce thème.

Monsieur le docteur Eric Frison,

Merci de faire partie du jury et de lire ce travail. Ton expertise et tes connaissances en épidémiologie sont grandes et respectées. Ton approche simple et efficace dans tes travaux est admirée au quotidien.

Merci également à,

Najwa Taghy pour les discussions et échanges réguliers qui ont fait avancer cette étude.

Mehdi Boudjella pour les conversations régulières. Ta discipline et assiduité ont apporté un autre point de vue à cette étude.

Eleonor Tron, car ton travail de grande qualité a éclairé et dirigé cette étude vers les bonnes directions. Je te souhaite plein de succès dans tes futures entreprises.

Sans oublier bien sûr de citer tous ceux qui ont contribué directement ou indirectement à ce projet au long terme. Merci pour votre travail important.

A mes proches,

A mes parents à qui j'exprime toute ma reconnaissance et mon amour : ma mère pour m'avoir enseigné la discipline et l'attention au détail dans tous les domaines et mon père pour m'avoir encouragé dans ces études depuis le début.

A Matthieu, mon frère cadet, qui m'a fait découvrir un monde différent de celui de la médecine et tout aussi passionnant.

A mes oncles et tantes qui ont toujours soutenu mes longues études : Hélène et Joël qui m'ont accueilli initialement à Bordeaux quand je débarquais d'un pays lointain sans autre repère qu'une fiche de futur stage! Pierre Pouchan qui m'a enseigné sa discipline du travail et son expertise scientifique constante, atouts majeurs dans le monde scientifique et médical. Gilles et Marie-Thérèse Piéchaud qui ont grandement contribué pour la réalisation des études et les ont suivies avec un grand intérêt. Merci à vous pour vos aides et conseils.

A mes copains d'internat qui ont rendu les stages très agréables et permis de rigoler en dehors du travail également : du début en cardiologie (jamais autant rit de ma vie alors que j'y comprenais pas grand chose) avec Prune, Thomas, Josselin et Marianne, en passant par la rhumatologie avec Gaëlle et jusqu'à Périgueux avec Clément, Martin (qui a rapidement esquivé tous les billards que je lui proposais), Marie-Alexandra et Aude et toutes les soirées internats les plus folles les unes que les autres.

Chez le professeur Longy, bien sur, il y a eu tellement de souvenirs inoubliables avec Amandine, Mélanie, Anna et Nicolas. Vous m'avez bien fait rire en médecine interne, spécialité potentiellement infinie ! Toujours sur Bordeaux : Valentine et Aurélie. Dans d'autres contrées: Karine, Fiorenza, James et Tarik. A tous les internes rencontrés en voyage ou lors de cours (Catherine et ses néphropathies pédiatriques incompréhensibles) et j'en oublie surement, je suis désolé, il y a tant de monde!

Aux copains qui ne font pas médecine mais qui sont tous aussi passionnés par leur domaine : David Jones (le pays de Galles c'est magnifique !), Christophe Spencer et Martyr, Jonathan, Martin. J'ai appris tellement de choses utiles à vos cotés !

Enfin, aux médecins rencontrés qui m'ont donné envie de devenir médecin moi-même: Pr Dousset, Pr Bernard, Dr Armengaud. A tous les médecins qui ont confortés ce choix : Dr Duffau, Pr Longy et Pr Salamon bien sur.

Table des matières

I - Introduction	7
1. Définitions de la santé, des indicateurs en santé et de la médecine basée sur les faits.....	7
2. Les différentes expressions d'un indicateur en santé.....	7
3. La construction de nouveaux indicateurs en santé.....	9
4. La plateforme Cassiopée.....	9
5. Le souhait du HCSP d'un portrait annuel de l'état de santé des français.....	11
6. Le choix et la mise en place des indicateurs en santé.....	12
a. Les grands repères de la stratégie nationale de santé.....	12
b. La proposition initiale du haut conseil de santé publique.....	13
c. La liste finale de dix indicateurs en santé.....	13
7. Les expériences françaises de suivi par indicateurs en santé.....	13
a. Les indicateurs de qualité et sécurité des soins en établissement.....	14
i. Les indicateurs des infections associées aux soins.....	14
ii. Les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.....	16
b. Les indicateurs de l'évolution des réseaux de santé.....	18
c. Les indicateurs spécifiques à une situation particulière.....	19
8. Les expériences étrangères de suivi par indicateurs en santé.....	20
9. Les modalités de diffusion et de communication du tableau de bord.....	21
II - Objectifs	22
III - Méthodes	23
IV - Résultats	24
1. Les dix indicateurs prioritaires retenus.....	24
I - Le taux de mortalité prématurée évitable par la prévention.....	25
II - L'espérance de vie sans incapacité à 50 ans.....	29
III - Le temps d'attente moyen dans les services d'accueil des urgences.....	34
IV - Le taux de renoncement aux soins courants.....	41

V – Le taux de familles vivant dans des logements indigne.....	46
VI – L’accessibilité aux soins de ville.....	53
VII – Le taux de prescription inadéquates chez le sujet âgé.....	57
VIII – Le maintien à l’emploi de personnes souffrant de maladie chronique.....	64
IV – La prévalence du surpoids et l’obésité chez les enfants et les adolescents.....	69
X – La prévalence du tabagisme quotidien.....	76
2. Les cinq indicateurs complémentaires proposés.....	88
XI – Délai d’attente avant un traitement spécifique suite au diagnostic d’un cancer.....	89
XII – Prescription médicamenteuse appropriée après un infarctus du myocarde.....	90
XIII – Suivi approprié du diabète de type I et de type II.....	91
XIV – Nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires annuels pour les polluants atmosphériques majeurs.....	92
XV – Exposition aux conditions de travail favorisant les troubles musculo- squelettiques.....	93
V – Discussion.....	95
1. Les forces de l’étude.....	95
2. Les limites potentielles.....	97
VI – Conclusion.....	99
VII – Bibliographie.....	100
VIII – Annexes.....	107
IX – Liste des abréviations.....	113

I – Introduction

1. Les définitions de la santé, des indicateurs qui la représentent et de la médecine basée sur les faits

La définition de la santé par l'organisation mondiale de la santé (1946) :

“Etat de bien-être complet physique, mental et social et ne se résume pas à l'absence de maladie”

La définition d'un indicateur de santé :

“Un indicateur de santé est une variable quantitative mesurable qui est liée à la santé de la population”

La définition de la médecine basée sur les faits :

“L'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décision concernant les soins pour chaque patient”

D'autres définitions de la santé par l'OMS furent fournies après 1946, mais celle-ci présente de manière essentielle que chaque individu doit être considéré dans sa globalité. Ainsi, l'évaluation de la santé doit être basée sur une approche holistique ; cela impose de considérer l'être humain en prenant compte de ses dimensions physiques, psychiques, mentale, émotionnelle, familiale sociale, culturelle et spirituelle (1).

Aujourd'hui, les politiques de direction de la santé se doivent d'être en accordance avec l'axiome de la médecine basée sur les faits ; c'est-à-dire que la prise de décision est basée sur des données objectives et réelles. Les sociétés savantes de santé publique cherchent en conséquence à mesurer constamment et avec fiabilité les facteurs qui représentent au mieux la santé de la population pour à la fois évaluer les pratiques et guider les choix futurs. Ces constats ont amené à développer les indicateurs en santé.

2. Les différentes expressions d'un indicateur en santé

La définition très vaste d'un indicateur en santé implique intrinsèquement qu'ils peuvent être exprimés sous des formes très différentes ; c'est-à-dire qu'ils mesurent différents états et les représentent de manière différentes.

Tout d'abord, on reconnaît les indicateurs qui suivent de l'état de la santé de la population à proprement parler. Par exemple, la prévalence du surpoids, du diabète ou le taux d'infarctus du myocarde par an en France représente réellement et concrètement l'état de la santé d'une population. Par ces exemples, il est montré que les définitions des maladies, des personnes incluses, des périodes de suivis et zones géographiques doivent toute être clairement précisées.

On reconnaît aussi les indicateurs qui mesurent non pas l'état de la santé mais les ressources qui lui sont consacrées. Par exemple, le nombre de médecin généraliste par région reflète la densité médicale à disposition au citoyen français. Bien sûr, il faut aussi prendre en compte la densité de la population vivant sur la même région. De manière générale, les ressources peuvent être fortement corrélées avec l'état de la santé de la population car un citoyen aura tendance à bien effectuer son suivi médical si le médecin et le plateau technique de suivi sont situés à proche distance. Les ressources dévouées au système de santé peuvent aussi être intéressantes à suivre en elles-mêmes de par l'information qu'elles apportent.

Enfin, un indicateur peut mesurer un service rendu à la population générale afin d'apprécier de manière globale l'utilité de ce service. Par exemple, le nombre de chirurgies sous anesthésie générale réalisées par an dans un certain hôpital permet d'évaluer les ressources financières et logistiques à apporter à cet hôpital.

Les indicateurs peuvent être exprimés positivement (pourcentage de survie à un cancer à 5 ans), négativement (taux de mortalité), en fonction des coûts financiers (dépenses par personne en euros) ou des coûts logistiques (ex: nombre d'infirmières nécessaires au fonctionnement du service) (2). Ils peuvent avoir un caractère externe qui reflète les effets du système de santé sur la population ou un caractère interne qui sert à orienter la gestion des activités et des ressources au sein du système de santé.

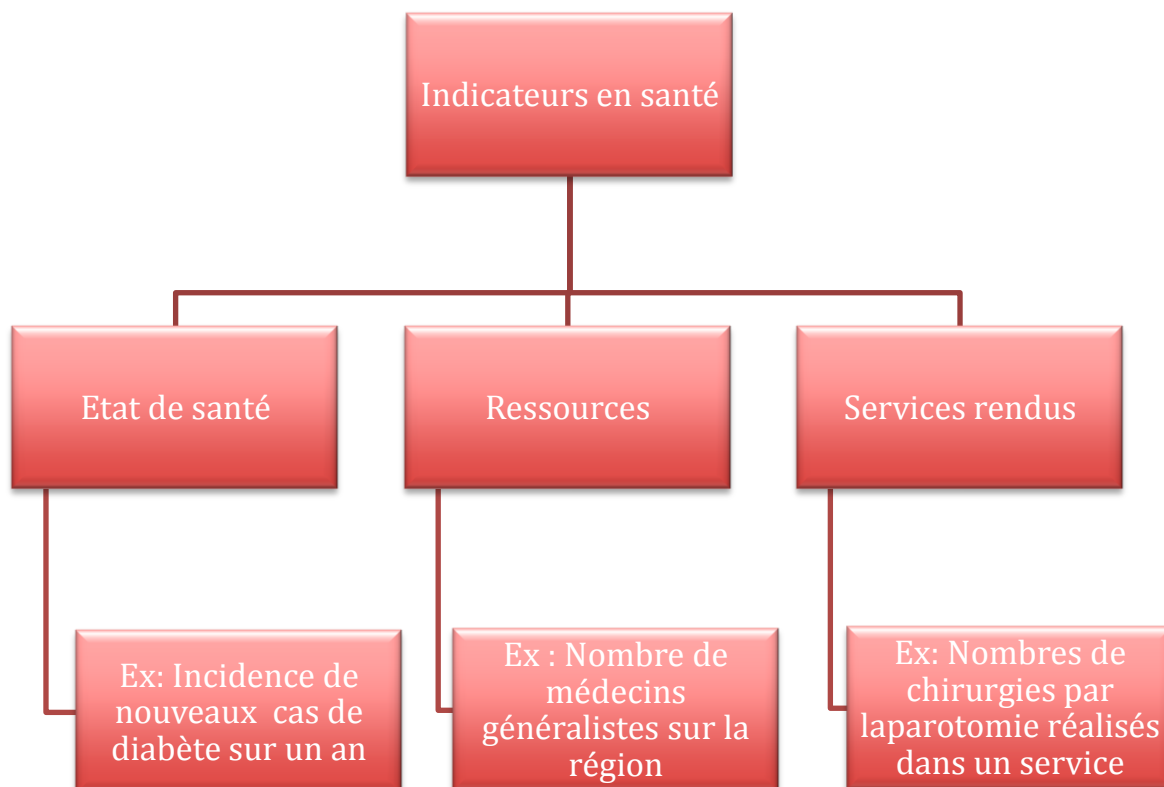


Figure 1: Les expressions différentes des indicateurs en santé

3. La construction de nouveaux indicateurs en santé

Au vu de l'approche holistique de la santé au niveau individuel, ainsi que de l'objectif d'améliorer la santé de la population par les médecins responsables et des différentes expressions possibles d'un indicateur en santé, il est important, lors de la création de nouveaux indicateurs, de définir à quel niveau les indicateurs doivent évoluer et dans quel objectif.

Le niveau d'un indicateur peut être celui d'un établissement public ou privé, d'un organisme ou bien celui de l'état. L'objectif peut être par exemple de réduire le nombre de nouveaux cancers dans une région par an. Ces précisions seront à apporter lors de la création et de la définition.

Il existe aujourd'hui de nombreuses expériences d'utilisation d'indicateurs en santé en France et ceci à plusieurs niveaux. Au niveau des établissements de soins, de nombreux indicateurs fiables et sensibles sont utilisés en France pour suivre les performances de pratiques des soins hospitaliers. Au niveau des réseaux de ville, de nombreux indicateurs, récemment développés, sont également employés pour évaluer la qualité de la fonction d'appui de ces réseaux. Au niveau d'un service hospitalier particulier, il existe aussi des indicateurs très spécifiques. Notamment, des indicateurs spécifiques sont employés en chirurgie ambulatoire ou en chirurgie orthopédique. Ces différents réseaux d'indicateurs sont décrits ultérieurement.

A contrario, il n'existe aujourd'hui pas d'indicateurs au niveau national ou régional reflétant l'état de la santé de la population. Ceci est peut être dû à plusieurs raisons : par exemple, la complexité de la mise en œuvre de ces indicateurs et leur suivi ou l'envergure des travaux requis. L'envergure et la complexité des travaux ne doivent cependant pas être un frein à leur développement car le besoin de suivre objectivement l'état de santé des français est impératif.

La création de nouveaux indicateurs a fait l'état d'études par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a fourni des recommandations et des principes généraux sur les grandes étapes à suivre (3). Ces études et expériences sont sources de grande information.

En conséquence, la création de nouveaux indicateurs peut se fonder sur plusieurs expériences : les expériences présentes et passées en France, les recommandations de la HAS et les expériences spécifiques du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP). Pour répondre à un objectif précis, il peut être tout à fait justifié de créer de nouveaux indicateurs.

4. La plateforme Cassiopée

Cassiopée est une plateforme située à Bordeaux qui vise à développer les interactions entre les chercheurs, les décideurs, tels les administrations publiques, et les acteurs du champ médico-social et de la santé publique en Aquitaine. Elle est à l'image de la constellation Cassiopée puisqu'elle concernait initialement les cinq principales villes d'Aquitaine. Elle fut mise en place à l'initiative de la Fédération de la recherche en Santé publique, Société (FR-SPS) en 2013. Cassiopée est un projet d'innovation sociétale sous la responsabilité du projet du professeur Roger Salamon.

La FR-SPS repose sur un réseau de santé publique établi depuis plus de 15 ans. Ce réseau regroupe des investigateurs avec des approches et des pratiques méthodologiques complémentaires qui développent une recherche internationalement reconnue pour sa qualité

dans les domaines suivants : l'épidémiologie, les sciences exactes comme les mathématiques appliquées et les biostatistiques, les sciences humaines et sociales comme l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, les sciences de l'éducation, les sciences politiques et les sciences juridiques,, l'économie et la gestion, l'investigation clinique et les soins médicaux comme la gérontologie, l'infectiologie, la cancérologie, la nutrition et l'endocrinologie.

Cette initiative s'inscrit dans une stratégie de recherche translationnelle en santé des populations qui consiste en la traduction des avancées issues des recherches en santé publique (épidémiologique, clinique, en sciences humaines et sociales) en interventions ayant de potentiels effets d'amélioration de la santé des populations afin de mieux répondre aux défis actuels tels le vieillissement de la population, la dépendance, les affections chroniques, les parcours de santé, les déterminants de la santé, la santé des enfants et des jeunes, les inégalités sociales et territoriales de l'accès aux soins, les parcours et déterminants de santé et de l'augmentation des pollutions environnementales

Cette plateforme rassemble de nombreuses informations et facilite les échanges entre les acteurs de la santé publique. De plus, de nombreux partenaires sont adhérents au projet Cassiopée dont les décideurs en santé publique. Cassiopée regroupe de nombreuses sources de données régionales.

A ce jour, plus de 300 sources contenant des données régionales en santé publique sont répertoriées en Aquitaine. Certaines sources de données sont nationales et ont un volet régional alors que d'autres sont uniquement collectées au niveau de l'Aquitaine. Ces sources sont de différents types. Il peut s'agir de bases médico-administratives pérennes, de déclinaisons aquitaines de fichiers nationaux ou encore de données issues de la recherche (ex: cohortes d'études). Celles-ci constituent des opportunités exceptionnelles pour mieux comprendre l'état de santé des populations et mesurer l'impact des interventions de santé publique sur le territoire aquitain. Certaines sources décrivent l'état de santé des populations en Aquitaine : par exemple la morbidité, la mortalité, la vaccination et l'état de santé des enfants et des jeunes. D'autres renseignent sur les déterminants majeurs de santé comme la consommation des soins, les dépenses de santé et les performance du système de soins, l'offre des services médicaux et sociaux, les activités de prévention, la situation démographique, sociale et économique du territoire et les déterminants de santé comportementaux, les déterminants environnementaux et professionnels.

Les organismes propriétaires sont multiples et en Aquitaine. On recense l'ARS, les Conseils départementaux, l'Inserm 1219, l'ISPED, le CIC 1401 plurithématique de l'Inserm et de l'Université de Bordeaux, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut de veille sanitaire (InVS), le Rectorat de l'académie de Bordeaux, l'Assurance maladie, et d'autres intervenants qu'ils soient acteur public ou privé de la santé. Notamment, l'e-Inventaire est un outil de valorisation des sources de données en santé publique en Aquitaine et stock de nombreuses informations. L'e-Inventaire intervient aussi en complément et en coordination avec d'autres plateformes thématiques de sources de données pour optimiser la qualité et la quantité d'information disponible.

Ainsi, la plateforme Cassiopée prouve que les interactions entre chercheurs et décideurs sont plus que jamais indispensables pour utiliser à bon escient les nombreuses bases de données disponibles à ce jour.

5. Le souhait du haut conseil de santé publique de disposer d'un portrait annuel de l'état de santé des français

Le 23 Septembre 2013, le Haut Conseil de Santé Publique a été informé par le biais de son président, le Pr Roger Salamon, du lancement de la stratégie nationale de santé et la perspective d'une nouvelle loi santé en 2014 à l'initiative de Madame Marisol Touraine. Cette stratégie nationale doit refonder en profondeur le système de santé pour aider les français à mieux connaître leur système de santé, mieux connaître les atouts et les faiblesses du système, mieux s'approprier les enjeux de la politique de santé, mieux anticiper les défis de demain et mieux comprendre les réformes nécessaires pour y répondre.

Au regard des ces constatations, le HCSP souhaite aujourd'hui disposer d'un outil de travail réactif et didactique qui dresse un portrait annuel de l'état de santé de la population française. Ce tableau de bord synthétique, à suivi annuel, comporterait un nombre restreint d'indicateurs (dix ou moins) illustrant l'évolution d'éléments essentiels du fonctionnement de notre système de santé et de l'état de santé de la population française.

Cet outil de travail, d'envergure nationale, aura double responsabilité:

- 1) La première est d'aider le pilotage interministériel sur la stratégie national de santé.

En effet, toute décision du ministère en charge de la santé doit être basée sur des données objectives et fiables qui pourront guider sur où et comment l'aide à la population française est nécessaire.

- 2) La seconde est d'harmoniser la communication avec le grand public sur le système de santé en France.

Une communication transparente et basée sur les faits permettra d'informer et de justifier auprès du grand public les décisions du ministère en charge de la santé. Cette transparence dans l'information permettra au long terme l'adhésion du grand public sur le développement de nouveau programme d'actions en santé.

Comme décrit précédemment, de nombreux indicateurs de santé et du système de soins ont été déjà développées en France et à l'étranger. Ces travaux ont montré la faisabilité de la création de ces indicateurs mais aussi la complexité et la nécessité d'un travail de grande envergure. 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. 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.

La création de ce tableau de bord synthétique ouvrira de nombreuses perspectives. Il présentera une visibilité politique pour le ministère de la santé et une transparence démocratique auprès de la population. La santé des français sera ainsi portée parmi les priorités politiques.

Dans la continuité des recommandations (4), le HCSP aura la charge du suivi annuel du tableau de bord synthétique et aussi à court et long terme (cinq et dix ans) pour guider au mieux la stratégie nationale de santé et améliorer la santé des français (5).

6. Le choix et la mise en place des indicateurs en santé

a. Les grands repères de la stratégie nationale de santé

Dans notre étude, le choix des indicateurs devra impérativement prendre en compte les objectifs globaux, les domaines d'action prioritaires et les axes stratégiques définis par des études antérieures comme 'grands repères' par la stratégie nationale de santé.

Les objectifs globaux sont au nombre de trois :

- 1) Diminuer les inégalités sociales et géographiques en santé
- 2) Diminuer la mortalité prématurée
- 3) Améliorer l'espérance de vie en bonne santé

Les domaines d'actions prioritaires sont au nombre de cinq :

- 1) Les jeunes
- 2) Les addictions
- 3) Les cancers
- 4) La santé mentale
- 5) Les personnes âgées

Les axes stratégiques sont au nombre de trois :

- 1) Les actions de préventions et actions sur les déterminants de santé
- 2) L'organisation des soins de proximité et territorialisation des politiques
- 3) La démocratie sanitaire

A partir du cadre de réflexion présenté ci-dessus, le HCSP a retenu sept dimensions pour structurer un tableau de bord synthétique d'indicateurs en santé. Ces sept dimensions doivent être prises de manière globale car pouvant interagir entre elles et la première dimension, l'état de santé doit se situer en position centrale :

- 1) L'état de santé
- 2) La réactivité du système en réponse aux attentes de la population
- 3) La réduction des disparités sociales, géographiques et financière en santé
- 4) La qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients
- 5) La continuité des prises en charge
- 6) La participation des usagers
- 7) La qualité de la prévention et de l'action sur les déterminants de santé

b. La proposition initiale du haut conseil de santé publique

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, le benchmark réalisé par la Drees et les indicateurs utilisés dans les expériences étrangères de tableau de bord restreint et un recensement de bases de données de santé disponibles. 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.

c. La liste finale de dix indicateurs en santé

La sélection finale de dix indicateurs s'est appuyée sur les réponses à la consultation des personnalités consultées et de la DREES.

Au niveau des indicateurs, les choix ont généralement privilégiés :

- Les indicateurs globaux plutôt que spécifiques d'un problème donné de santé
- Les indicateurs portant sur des problèmes moins connus, mais importants pour la santé publique et plus novateurs que certains indicateurs très classiques en santé publique
- Les indicateurs qui ne sont pas tous aujourd'hui déjà disponibles et traités en routine

Au niveau des critères, les choix ont généralement privilégié :

La priorité accordée par la Stratégie nationale de santé à la réduction des disparités en santé

La préférence pour les 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.

7. Les expériences françaises de suivi par indicateurs en santé

Aujourd'hui, de nombreuses expériences françaises sont à disposition pour aider à la création d'un tableau de bord synthétique fondé sur un suivi par indicateurs en santé. Notamment, on recense les indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissement de santé (IQSS) qui sont utilisés dans l'évaluation de la performance et de la sécurité des soins des établissements de santé, les indicateurs de l'évolution des réseaux de santé qui évaluent la communication et l'efficacité des interactions entre les différents acteurs de la santé afin d'optimiser le parcours de soins du patient et les indicateurs spécifiques à un spécialisme médical qui répondent à des problèmes médicaux souvent sérieux et prévenables qui conviennent d'être réduits autant que soit possible.

a. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissement de santé

Afin de promouvoir l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de répondre à la demande des patients et des usagers, le ministère de la santé conduit une politique de transparence sur les résultats des actions menées en la matière au sein des établissements de santé. Ces actions sont suivies à l'aide d'indicateurs de mesure dédiés : les indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissement de santé. Depuis 2010, les établissements de santé ont l'obligation de mettre à disposition du public les résultats des indicateurs les concernant (6).

Depuis 2003, la direction générale de l'offre de soins au sein du ministère chargé de la santé et la Haute Autorité de santé coordonnent le dispositif national de mise à disposition des résultats d'IQSS en établissements de santé. Le premier d'entre eux qui a été développé est un indicateur dédié à la lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) ; ses résultats ont été rendus publics dès 2006. Cette politique a donné lieu à une montée en charge progressive du nombre d'indicateurs et des secteurs d'activités hospitaliers concernés (6).

Avant leur diffusion publique, les résultats de ces IQSS font l'objet d'un contrôle qualité des données fournies par les établissements. Ce contrôle est organisé tous les ans auprès d'au moins 10% des établissements de santé, il est effectué par les agences régionales de santé. La publication des résultats des IQSS en établissements de santé intervient chaque année dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients (7); c'est-à-dire la dernière semaine du mois de novembre. Cette publication nationale est annoncée par communiqué de presse. A partir de cette date, les établissements de santé mettent à disposition des patients et des usagers leurs résultats par un affichage dans les principaux lieux de passage, par la remise d'un document d'information et par la publication sur leur site internet. Ces résultats sont en accès libre sur Scope Santé, site internet dédié à l'information des usagers et des professionnels de santé (8), piloté par la Haute autorité de santé (6).

L'arrêté du 3 mai 2016 fixe la liste des indicateurs de qualité et de sécurité des soins obligatoires et les conditions dans lesquelles les établissements de santé mettent à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (9). Ces indicateurs HAS obligatoires sont soumis à diffusion publique depuis 2015. Initialement au nombre de 22, ce chiffre a évolué par la suite. On recense deux grands groupes d'indicateurs :

- 1) Les indicateurs des infections associées aux soins
- 2) Les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS)

i. Les indicateurs des infections associées aux soins

Le thème des infections associées aux soins regroupe les indicateurs appelés antérieurement 'indicateurs des infections nosocomiales'.

Depuis 2006, première diffusion publique nationale d'un indicateur relatif à la prévention des infections nosocomiales, « ICALIN », les établissements ont fortement progressé dans leur organisation et leurs actions. D'autres indicateurs ont été élaborés et publiés au cours de la période 2006-2009. Cette première génération d'indicateurs du tableau de bord a permis de s'assurer des fondamentaux de la prévention des infections nosocomiales. Le plan stratégique

national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins et le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 en ont fixé les nouvelles orientations et les objectifs quantifiés. Les indicateurs de deuxième génération sont des évolutions du niveau d'exigence d'indicateurs existants (1ère génération). Il s'agit pour chaque établissement de santé de produire des indicateurs qui reflètent son niveau d'engagement dans la prévention des infections nosocomiales (IN). La progression individuelle de l'établissement de santé sur plusieurs années et son positionnement par rapport aux établissements de même catégorie permettent de mieux approcher sa performance globale dans la gestion du risque infectieux. Cette comparaison ne peut se faire que pour des indicateurs de même génération. Il est donc impossible de comparer les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales dit de première génération avec ceux de deuxième génération. Par ses effets d'émulation, d'incitation ainsi que d'accompagnement des établissements en démarche de progrès, le tableau de bord vise à l'amélioration globale et continue de la qualité des soins et de la sécurité du patient (10).

Le tableau de bord est composé en 2014 de deux types d'indicateurs. D'une part trois indicateurs opposables (ICSHA.2, ICA-BMR, ICATB.2), c'est-à-dire que leurs résultats sont rendus publics sur le site d'information Scope Santé et mis à la disposition des usagers au sein de l'établissement. Les indicateurs opposables :

- ICSHA.2 : Indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques, en version 2 depuis 2010. Il est plus exigeant avec une augmentation du nombre minimal de frictions attendues par jour et par patient, selon chacune des activités exercées dans l'établissement et la modification des limites de classes de performance. Il est exprimé en pourcentage et correspond au rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques consommé, déclaré par l'établissement et son objectif personnalisé de consommation vers lequel il doit tendre.
- ICA-BMR : Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes, nouvel indicateur depuis 2011
- ICATB.2 : Indicateur de bon usage des antibiotiques, en version 2 depuis 2014. En cohérence avec le plan d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016, il est plus exigeant pour répondre à la menace croissante des résistances aux antibiotiques. Il est en simulation cette année pour permettre aux établissements de conduire des actions d'amélioration répondants aux objectifs attendus. Il sera rendu public en 2014.

D'autre part, un indicateur optionnel (ICALIN.2), permettant à l'établissement de poursuivre annuellement l'évaluation des mesures de prévention engagées. Les résultats de ce dernier indicateur ne sont pas rendus publics sur Scope Santé et l'établissement n'a pas obligation de le mettre à disposition des usagers. L'indicateur optionnel :

- ICALIN.2 : Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, en version 2 depuis 2011. Il se centre sur les actions du programme de prévention des IN 2009- 2013 notamment les infections graves et évitables.

Comme mentionné préalablement, les infections nosocomiales ont été renommées infections liés aux soins suite au fait que la HAS a repris en 2016 la maîtrise d'ouvrage des campagnes de recueil du thème Infections associées aux soins et est devenue l'interlocuteur de référence pour les professionnels de santé et les autres acteurs des campagnes de recueil de ces indicateurs. L'ATIH continue d'en assurer la maîtrise d'œuvre via la plateforme de recueil BilanLIN (11).

En application de l'article R. 6111-8 du code de la santé publique, les établissements de santé remplissent annuellement le bilan défini par l'arrêté du 7 avril 2011 modifié relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. Ils doivent transmettre à la HAS un ensemble de données qui lui permettent de calculer les indicateurs de qualité et de sécurité des soins et de suivre leur évolution dans le temps (11).

A ce jour, on recense cinq indicateurs à recueil obligatoire (11) :

Dont quatre en diffusion publique :

- 1) ICATB.2
 - Mesure le bon usage des antibiotiques
- 2) ICA-BMR
 - Evalue l'organisation pour la maîtrise des bactéries multi-résistantes
- 3) ICSHA.2
 - Evalue la consommation de solutions hydro-alcooliques
- 4) BN-SARM, nouvel indicateur après deux ans de simulation
 - Mesure les bactériémies nosocomiales à SARM

Un sans diffusion publique, développé dans le cadre d'une simulation :

- 1) ICSHA.3 (évolution d'ICSHA2)
 - Mesure la consommation de solutions hydro-alcooliques

Un indicateur à recueil facultatif et sans diffusion publique :

- 1) ICALIN.2
 - Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales. ICALIN fut l'un des premiers indicateurs créé à cet usage et il englobe de manière composite l'ensemble des moyens de lutte contre les infections nosocomiales.

Ces indicateurs sont notés sur 100 ou présentés sous forme d'un pourcentage et d'une classe de performance allant de A à E. Ils sont recueillis sur la plateforme BilanLIN puis transmis à l'HAS.

ii. Les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Les IPAQSS forment avec les indicateurs des infections liées aux soins l'ensemble des IQSS qui sont rapportés chaque année à la HAS (12). Ils sont divisés en plusieurs thèmes, certains obligatoires, d'autres étant optionnels (13). Chaque thème peut comporter plusieurs indicateurs.

a. Les thèmes obligatoires

- Le dossier patient en MCO
- Le dossier patient en SSR
- Le dossier patient en santé mentale
- Le dossier patient en HAD
- Le dossier anesthésique
- Les réunions de concertation pluridisciplinaires
- La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO

b. Les thèmes optionnels

- La conformité des demandes d'examens en imagerie (suspendu depuis peu)

c. Les thèmes en expérimentation

- La chirurgie ambulatoire (indicateurs de processus et de résultats)
- La tenue du dossier patient en HAD et en coordination HAD
- La tenue du dossier patient en MCO
- Le compte-rendu radiologique
- La qualité du document de sortie

Les IPAQSS sont aussi regroupés par spécialité (13), se focalisant sur les grands problèmes de santé publique français. Une spécialité peut ici aussi comporter plusieurs indicateurs. Ainsi, on dénombre les spécialités suivantes :

- Prise en charge de l'accident vasculaire cérébrale
- Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chronique
- Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde
- Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte
- Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum

Un indicateur est en cours de développement mais actuellement non utilisé (13):

- Le taux d'embolies pulmonaires et de thromboses veineuses profondes postopératoires mesuré après une PTH ou PTG (Patient safety indicator)

Cet indicateur est étroitement lié à l'indicateur d'infections nosocomiales après une PTH ou PTH ce qui facilite sa mesure et son suivi.

En conséquence, les IPAQSS sont très focalisés sur la qualité du dossier patient quelque soit la spécialité médicale (cinq thèmes sur sept obligatoires et deux en développement) et la communication générale avec le patient ou entre professionnels de santé (un thème obligatoire : les RCP et deux thèmes en développement : le compte-rendu radiologique et la qualité du document de sortie).

Les IPAQSS de spécialités se concentrent sur les pathologies lourdes (ex : l'infarctus) et handicapantes (ex : l'accident vasculaire cérébral) qui peuvent engendrer d'importantes séquelles au long cours et ont donc besoin d'une prise en charge optimale dès les premières heures. Le tableau en annexe présente les indicateurs et ce qu'ils mesurent par spécialité.

b. Les indicateurs de l'évolution des réseaux de santé

En Mai 2015, la haute autorité de santé a initié un travail ayant pour objectif de décrire dix indicateurs associés à l'évolution demandée aux réseaux de santé, en termes de fonction d'appui, ponctuelle ou prolongée.

Pour faciliter la construction et la mise en place de ces indicateurs, la HAS s'est basé sur trois axes principaux d'amélioration des soins et de la prise en charge des patients sur le territoire national. Ces axes principaux de ciblage de besoin furent définis par des enquêtes et des études antérieures et permettent ainsi d'apporter les ressources et les efforts où ils sont nécessaires tout en justifiant ces démarches. Les trois axes principaux sont :

1. L'aide aux professionnels pour organiser le parcours des patients
2. L'aide à l'organisation du travail pluri-professionnel et à l'animation territoriale
3. L'adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions

Les agences régionales de santé qui nécessitent particulièrement une appréciation régionale de l'état de la population peuvent proposer des indicateurs différents qui prennent compte l'orientation locale des réseaux et de leurs besoins.

Suite à la demande initiale de la HAS et après de nombreux travaux, 12 indicateurs de santé ont été retenus et qui étaient fortement associés aux trois axes principaux :

i. L'aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients

1 : Nombre de médecins du territoire ayant participé à un accord entre généralistes et spécialistes de second recours sur les procédures de référence et de communication / nombre de médecins du territoire

2 : Nombre de professionnels de santé mobilisés par le réseau en appui à l'élaboration ou au suivi du PPS / nombre de professionnels de santé sur le territoire

3 : Nombre de réunion de concertation organisées avec l'aide ou par le réseau et répondant aux critères de qualité de l'HAS en matière de traçabilité / nombre total de réunions de concertation organisées avec l'aide ou par le réseau

4 : Nombre de patients suivis dans le cadre d'une assistance au parcours et pour lesquels un retour d'information au médecin traitant a été effectué / ensemble des patients suivis dans ce cadre

5 : Nombre de programmes d'ETP construits avec le soutien méthodologique du réseau / nombre de programmes d'ETP autorisés par l'ARS

6 : Nombre de patients âgés ≥ 75 ans ou handicapés accompagnés par le réseau après une hospitalisation et pour lesquels le réseau a assuré une intervention à domicile < 7 jours après la sortie / nombre de patients âgés ≥ 75 ans ou handicapés accompagnés par le réseau après une hospitalisation

ii. L'aide à l'organisation du travail pluri-professionnel et à l'animation territoriale

7 : Nombre de médecins du territoire ayant bénéficié d'un appui pour utiliser les outils de partage d'information (VSM, DLU, DMP, MSS, etc...) / nombre de médecins sur le territoire

8 : Nombre de structures d'appui partageant avec le réseau ou au sein de la plateforme les mêmes procédures d'orientation des professionnels ou des usagers / nombre de structures d'appui sur le territoire

9 : Nombre de retour d'information à la gouvernance 30 jours

iii. L'adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions

10 : Nombre de demandes de médecin traitant ou de médecins en lien avec le médecin traitant ayant fait l'objet d'une intervention auprès du patient < 7 jours / nombre total de demandes de médecin traitant ou de médecins en lien avec le médecin traitant

11 : Nombre de salariés du réseau ayant bénéficié d'une action de formation professionnelle continue ou de DPC depuis trois ans / nombre de salariés du réseau

12 : Nombre d'indicateurs du CPOM directement renseignés par le système d'information du réseau / nombre d'indicateurs du CPOM

c. Les indicateurs spécifiques à une situation particulière

Parfois, de nombreux indicateurs ont été développés pour une problématique particulière et isolée. Ces indicateurs sont plus simple à développer car il mesure une problématique unique et ne tente pas de refléter l'état d'une population de manière générale, exercice beaucoup plus complexe à mettre en œuvre.

Le taux d'infection de site opératoire en chirurgie orthopédique est exemple particulièrement approprié d'un marqueur adapté et spécifique à un contexte particulier isolé et qui fut développé suite à des retours d'expériences de médecins et patients.

En 2016, la HAS a choisi d'observer le taux d'infection de site opératoire (ISO) après pose de prothèse de genou ou de hanche. Les raisons de ce choix s'appuyaient sur le rapport du HCSP d'Avril 2013 qui soulignait l'intérêt de développer cet indicateur et le priorisait sur une liste d'indicateurs qui pourraient être développées au niveau national, sur le Programme national de prévention des infections associées aux soins (Propias) lancé en 2015 dont une des actions est de « généraliser la surveillance des ISO graves en automatisant la surveillance du taux d'ISO » et enfin sur la mise en cohérence avec le développement réalisé par ailleurs d'un autre indicateur de résultat issu du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) qui mesure le taux intra-hospitalier d'événements thromboemboliques après PTH et PTG. A fortiori, l'ISO en chirurgie orthopédique est une complication grave bien que rare. Les ISO sont responsables d'hospitalisations prolongées et récurrentes qui entraînent aussi un surcout financier, d'une morbidité et de handicaps sévères pouvant mettre en jeu le pronostic vital, car la mortalité n'est pas nulle, et elles occasionnent une augmentation de ré-hospitalisations importante.

Pour cet indicateur particulier ici même, le choix s'est basé sur de nombreux critères :

- Gravité médicale du problème de santé
 - Morbidité et handicap important avec risque de décès directement lié à l'ISO
 - Hospitalisations récurrentes pour nouveau traitement, parfois reprise de chirurgie, avec impact psychologique sur la santé mentale du patient
- Difficulté à traiter médicalement le problème de santé
 - Les ISO sont notoirement difficiles à traiter par antibiothérapie. L'éradication complète du germe est difficile du fait de la profondeur du site opératoire et de sa vascularisation limitée.
- Surcoût financier de l'apparition du problème de santé
 - Les hospitalisations prolongées et récurrentes ainsi que les examens complémentaires et thérapeutiques engendrent un surcoût financier important évident
- Faciliter de mesure du problème de santé
 - Les ISO sont notés dans le dossier patient qui est ensuite transmis au PMSI
- Possibilité d'agir en amont de la survenue pour réduire l'incidence du problème de santé
 - De nombreuses interventions sont possibles en amont de la chirurgie, tel le lavage de main, la pose de draps chirurgicaux, l'utilisation de check-list opératoire comme exemples

8. Les expériences étrangères de suivi par indicateurs en santé

L'analyse des pratiques étrangères montre que les pays ayant développé un système de suivi ou de pilotage par indicateurs ont suivi une logique 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.

A ce jour, parmi tous les pays étudiés (au nombre de 13), sept (soit 54%) ont développé un suivi d'indicateurs. Il s'agit de:

- Royaume-Uni, Irlande, Suède, Australie, Canada, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande

Parmi ces pays, seulement trois (43%) ont choisi de garder un nombre restreint. Il s'agit de:

- Canada, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande

Leurs modes de recueil sont décrits en annexe.

Par rapport à la demande de la ministre concernant la production d'un tableau de bord synthétique de moins de 10 indicateurs, ces éléments plaident pour une proposition qui puisse concilier une vision globale des questions de santé, et une représentation 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.

9. Les modalités de diffusion et de communication du tableau de bord

A ce jour et pour exemple, les trois pays ayant développés des tableaux de bord synthétiques ont fourni un effort particulier de mise en forme à visée de communication au grand public sur le world wide web (ou Internet).

Au Canada, Etats-Unis et en Nouvelle-Zélande, toutes les données sont présentées avec une déclinaison 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 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 Stratégie Nationale de Santé. 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. L'interface Internet est aujourd'hui un mode de communication incontournable de part sa simplicité, disponibilité et facilité d'accès.

II – Objectifs

Les objectifs de cette étude sont de décrire les indicateurs de santé qui pourraient être mis en place sur le territoire de la région d'Aquitaine ainsi que d'évaluer la faisabilité de leur mise en place en court ou moyen terme selon les étapes à franchir.

III - Méthodes

La méthodologie s'appuie sur toutes les méthodes et leurs facettes respectives à disposition pour obtenir les informations nécessaires. Les choix stratégiques sont discutés en réunions de concertations pluridisciplinaires et la recherche bibliographique utilise les derniers moteurs de recherche en santé publique à disposition. Les choix sont validés en comités de groupes et discutés et évalués au fur et à mesure. Les définitions sont précisément explicitées pour une harmonie globale des échanges autour des thèmes particuliers.

IV - Résultat

L'étude présente a identifié dix indicateurs prioritaires pouvant être utilisés pour le suivi de la santé publique en région d'Aquitaine. Cinq indicateurs complémentaires ont été recensés car ils apportent une information bénéfique pour le suivi de la santé des résidents de la région d'Aquitaine.

1. Les dix indicateurs prioritaires retenus par le Haut Conseil de Santé Publique

Ces indicateurs sont choisis de par leur qualité intrinsèque et extrinsèque à évaluer l'état de santé de la population Française et en Aquitaine. A ce jour, huit indicateurs sont décrits en totalité et deux sont partiellement décrits.

Les dix indicateurs prioritaires sont les suivants :

1. Le taux de mortalité prématurée évitable
2. L'espérance de vie sans incapacité à 50 ans
3. Le temps d'attente moyen dans les services d'accueil des urgences
4. Le taux de renoncement aux soins courants
5. Le taux de familles vivant dans des logements indignes
6. L'accessibilité aux soins de ville
7. Le taux de prescriptions inadéquates chez le sujet âgé
8. Le maintien et retour à l'emploi des personnes souffrant de maladie chronique
9. La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents
10. La prévalence du tabagisme quotidien

Les sept grandes dimensions de la santé selon le HCSP

Ces dix indicateurs prioritaires sont articulés autour de sept grandes dimensions de santé, choisies pour leurs approches globales de la santé par le HCSP (5).

1. L'état de santé (thème central aux autres dimensions)
 - *Le taux de mortalité prématurée évitable, l'espérance de vie sans incapacité à 50 ans*
2. La réactivité du système de soins aux attentes des citoyens
 - *Le temps d'attente moyen dans un service d'accueil des urgences*
3. La réduction des disparités sociales, géographiques et financières en santé
 - *Le taux de renoncement aux soins courants, le taux de familles vivant dans des logements indignes, l'accessibilité des soins de ville*
4. La qualité et la sécurité des soins
 - *Le taux de prescriptions inadéquates de psychotropes chez le sujet âgé*
5. La continuité des prises en charges, notamment des soins de proximité
 - *Le maintien et le retour à l'emploi de personnes souffrant de maladie chronique*
6. La qualité de la prévention et de l'action sur les déterminants de santé
 - *La prévalence du surpoids/obésité chez les enfants et adolescents, la prévalence du tabagisme quotidien*
7. La participation des usagers

I - Le taux de mortalité prématurée évitable par la prévention

Le taux de mortalité prématurée évitable par la prévention fait évoquer de prime abord toute maladie grave et létale qui aurait pu être probablement évitée, avec toutes ses conséquences, par un programme effectif de prévention en santé publique. Il est néanmoins impératif de proposer une définition précise. Notamment, deux indicateurs complémentaires doivent être distingués : la "mortalité évitable liée à la prévention" et la "mortalité évitable liée au système de soins". Ici nous nous intéresserons à la mortalité évitable liée à la prévention dont la définition proposée par le HCSP est :

« L'ensemble des causes de décès qui, compte-tenu des connaissances sur les déterminants de la santé à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à des actions de prévention dans un sens très large (14). »

Pour comprendre les raisons de cette définition, il faut rappeler le contexte de son introduction.

Le concept de « mortalité prématurée évitable » a été introduit dans les années 1970 par un groupe de chercheurs de l'université Harvard coordonné par David D Rutstein (15) dans le but d'élaborer des indicateurs de qualité des soins médicaux en identifiant une liste d'évènements sentinelles pour lesquels, dans un pays où le système de soins est performant, aucun décès ne devrait survenir.

W. Holland (16) a coordonné la publication d'une série d'atlas européens de la mortalité "évitable" basés sur des causes de décès qui pouvaient faire l'objet d'interventions disponibles, efficaces et connues.

Les indicateurs de mortalité "prématurée" et "évitable" ont été utilisés à partir des années 90, dans les rapports successifs "La santé en France" du HCSP (17). En avril 2013, suite à une saisine de la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le HCSP a publié un rapport sur la mortalité prématurée et évitable.

Plus récemment, l'Office for National Statistics anglais (ONS) (18) a ainsi initié différents travaux de recherche et en particulier une revue très précise de la littérature et une large consultation des professionnels de la santé publique. L'objectif est de disposer d'indicateurs de mortalité "évitable" publiés annuellement en routine. De plus, la Task Force de Eurostat travaille actuellement sur un consensus européen concernant les différentes causes à prendre en compte.

En France, on constate une situation particulière : les taux de décès prématurés (définis comme l'ensemble des décès survenus avant 65 ans) sont généralement nettement plus élevés que dans les autres pays. Au contraire, les niveaux de mortalité étaient en France extrêmement favorables pour les personnes âgées (taux de décès après 65 ans); ce qui se traduisait également en termes d'espérance de vie (19).

En ce qui concerne la mortalité "évitable", les indicateurs liés aux comportements à risque sont défavorables en France alors que l'on observe une situation inverse pour les indicateurs liés au système de soins. Ici nous nous intéressons donc à la mortalité liée aux comportements à risque ou à la mortalité évitable par la prévention.

Afin de fournir un indicateur précis et fiable, il existe plusieurs éléments à prendre en compte :

Selon, le rapport de l'ONS de 2012 (« preventable mortality ») (18), les causes de mortalité évitable par la prévention sont les suivantes :

- La tuberculose
- L'hépatite C
- Le VIH – SIDA
- Les cancers des voies aérodigestives supérieures, colorectal, estomac, foie, poumon, peau, mésothéliome, sein, col utérus
- Le diabète
- L'alcool
- Les drogues illicites
- Les cardiopathies ischémiques
- Les thromboses veineuses profondes
- L'anévrisme aortique et/ou la dissection
- La grippe
- La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- Les accidents, accidents de transport
- Les suicides
- Les homicides
- Les complications suite à actes médicaux

L'ONS recommande une actualisation de cette liste tous les trois ans. Un travail de la Task Force Eurostat devrait aboutir à un consensus prochainement.

L'Inserm CépiCD référence toutes les causes de mortalité et fournit les données. Le recueil est établi à partir des informations recueillies à partir de deux documents : le certificat médical et le bulletin d'état civil de décès.

En ce qui concerne, l'âge de référence, le rapport du HCSP recommande une limite d'âge à 75 ans compte-tenu de l'augmentation de l'espérance de vie en France (5). Actuellement le calcul du taux de mortalité prématurée évitable prend comme âge de référence 65 ans.

Pour la région du Sud-Ouest, l'Observatoire Régional de Santé en Aquitaine (ORSA) a publié en 2012 un rapport sur la mortalité prématurée évitable en Aquitaine entre 2005-2009 avec une présentation de l'évolution de cet indicateur par rapport à la période 2000-2004 (20). Les sources utilisées par l'ORSA provenaient principalement de l'Inserm CépiDC. La liste des causes retenues est présentée dans le tableau 1 et était celle du rapport de l'ONS (18). L'âge de référence est 65 ans. Le taux de mortalité est standardisé sur l'âge de la population de référence (population du recensement 2006). Les décès évitables par des actions de prévention seraient de l'ordre de 3100 par an en moyenne entre 2005-2009. La mortalité prématurée évitable varie selon les territoires de santé. La mortalité prématurée évitable par des actions de prévention est supérieure à la moyenne régionale dans les territoires de Dordogne et Navarre-Côte basque. À l'inverse, elle est inférieure à la valeur aquitaine dans le territoire de Béarn-Soule.

En conclusion, l'indicateur « Mortalité prématurée évitable par la prévention » n'est pas actuellement produit de manière régulière en Aquitaine. Cependant, l'Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine est en capacité de le fournir à partir des données de mortalité de l'Inserm CépiDC. Cet indicateur peut donc être prochainement fourni. De plus, l'indicateur a été validé après concertation avec Monsieur Laurent Maillard (de l'Observatoire Régional des Urgences d'Aquitaine) et Madame Viviane Ramel (coordinatrice de la plateforme Cassiopée).

Tableau 1 : Liste des causes de décès prématurés évitables en Aquitaine (Nombre annuel moyen de décès en Aquitaine en 2007-2009)

Cause	CIM 10	Décès évitables par la prévention
Tuberculose	A15-A19, B90	3
Hépatite C	B17.1, B18.2	17
Sida	B20-B24	34
Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	C00-C14	91
Cancer de l'œsophage	C15	75
Cancer de l'estomac	C16	59
Cancer du côlon-rectum	C18-C21	165
Cancer du foie et des voies biliaires intra-hépatiques	C22	89
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	C33-C34	686
Mélanome malin de la peau	C43	34
Mésothéliome	C45	8
Cancer du sein	C50	221
Cancer du col de l'utérus	C53	21
Diabète sucré	E10-E14	59
Maladies liées à l'alcool	F10, G31.2, G62.1, I42.6, K29.2, K70, K73, K74 (excl. K74.3-K74.5), K86.0	283
Troubles liés à l'usage de drogues illicites	F11-F16, F18-F19	8
Cardiopathies ischémiques	I20-I25	290
Embolie pulmonaire	I26, I80.1-I80.3, I80.9, I82.9	37
Anévrisme aortique et dissection	I71	29
Grippe (dont grippe porcine)	J09-J11	2
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	J40-J44	32
Accidents de transport	V01-V99	184
Autres causes externes de lésion traumatique accidentelle	W00-X59	270
Suicides et blessures auto-infligées	X60-X84, Y10-Y34	372
Homicide ou agression	X85-Y09, U50.9	19
Accidents et complications au cours d'actes médicaux et chirurgicaux ou ultérieures	Y60-Y69, Y83-Y84	3

Les avantages de cet indicateur

Cet indicateur existe depuis longtemps. Il est également utilisé dans de nombreux pays européens. Une grande expérience est à donc disposition et une comparaison est possible avec les autres pays européens. Il s'agit d'une mesure numérique objective et non subjective.

Cet indicateur est sensible aux performances du système de soins de manière générale. Il évalue aussi la performance des programmes de prévention.

Les limites potentielles

Cet indicateur n'est pas produit actuellement. Cependant sa création ne semble pas poser de difficulté particulière car l'ORSA a indiqué être en capacité de le mesurer aisément avec les données de mortalité de l'INSERM CépiDC.

Cet indicateur doit être ajusté sur l'âge de la population et éventuellement sur des facteurs socio-démographiques.

Tableau 2 : Synthèse de l'indicateur « taux de mortalité prématurée évitable par la prévention »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Etat de santé	
Variable	Quantitative	
Numérateur	Nombre de décès évitables par la prévention sur une période définie	
Dénominateur	Population âgée < 65 ans sur la même période	INSEE
Statut national	Existant	
Statut régional	Existant	INSERM CépiDC avec la participation de l'ORS Aquitaine pour le versant régional
Périodicité du recueil	Annuelle	
Granularité territoriale	Communale	

II - L'espérance de vie sans incapacité à cinquante ans

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 50 ans est un indicateur qui mesure le nombre d'années de vie à vivre en bonne santé à partir de 50 ans. Cette mesure est très utile car elle est globalement représentative de l'état de santé des personnes relativement âgées (plus de 50 ans) et aussi de la population générale puisque les personnes âgées représentent un pourcentage important de cette population. A fortiori, les personnes relativement âgées sont à risque de maladies graves et chroniques et sont sensibles à des programmes de dépistage de prévention. Cet indicateur possède donc intrinsèquement une fonction d'évaluation des interventions en santé. Enfin, cet indicateur est très généraliste puisqu'il regroupe par ses caractéristiques de nombreuses pathologies et événements de vie.

Les définitions de l'espérance de vie à cinquante ans et l'incapacité

La mise en place de cet indicateur nécessite des définitions précises pour les termes employés :

L'espérance de vie sans incapacité à 50 ans évalue le nombre d'années de vie en bonne santé qu'une personne qui a atteint l'âge de 50 ans peut espérer vivre. Elle est parfois appelée espérance de vie en bonne santé ou encore années de vie en bonne santé à 50 ans.

Une bonne santé peut être définie par l'absence de limitations d'activités dans la vie quotidienne. En effet, la terminologie de la dernière classification internationale du fonctionnement (CIF) remplace les incapacités par les limitations d'activité. Une limitation d'activité dans la vie quotidienne peut être considérée en présence de toute limitation fonctionnelle, de gêne dans les activités générales, de restriction dans les activités domestiques ou dans les activités de soins personnels. Cette définition est très généraliste mais regroupe bien toutes les difficultés qu'une personne peut rencontrer au cours de sa vie. Pour rester cohérent dans cette synthèse, l'intitulé de l'indicateur proposé par le HCSP qui utilise le terme incapacité mais qui englobe finalement toute limitation n'est pas modifié. Pour la définition en revanche, il s'agit bien de la limitation d'activité dans toutes ses déclinaisons.

L'EVSI est un indicateur qui combine à la fois des données de mortalité et de morbidité. Les informations utilisées pour son calcul sont des mesures de prévalence, très fréquemment, ou parfois d'incidence, des états de santé considérés selon l'âge et des informations de mortalité par âge. L'EVSI est un indicateur très généraliste en tant que représentant de l'état de santé de la population ; il est donc peu susceptible d'évoluer fortement annuellement (5), mais il peut tout à fait évoluer de manière plus discrète suite à des interventions ou des nouveaux traitements. Il peut aussi être intéressant à suivre au cours du temps pour étudier les tendances évolutives (21).

Le contexte du développement de l'indicateur

Cet indicateur fut notamment demandé face au constat de l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, de manière constante, sauf en 2015, sous l'effet principal de la baisse de la mortalité aux âges élevés. La question importante qui se pose aujourd'hui est donc de savoir si les années de vie gagnées sont des années de vie vécues en bonne santé ou au contraire des années d'incapacités et de dépendance (22).

En 2004-2005, l'EVSI ou l'espérance de vie sans limitation d'activité dans la dernière classification CIF a été ajoutée aux indicateurs structurels de l'Union européenne, témoignant ainsi de l'importance que le parlement européen porte à cette mesure. Désormais calculée annuellement par Eurostat, elle a permis de fixer un objectif à la stratégie européenne sur le

vieillessement actif, qui vise un gain de deux années de vie en bonne santé d'ici à 2020 pour l'Europe des 27. En 2009, la France se classe au 10^e rang pour l'indicateur d'EVSI des femmes et au 11^e rang pour celle des hommes (23), alors que la France occupe les tous premiers rangs en termes d'espérance de vie totale. L'interprétation des résultats est à nuancer avec les différences culturelles (qui peuvent modifier la manière de répondre aux questions de santé), les différences d'expositions et la taille d'échantillon entre les pays (les comparaisons doivent donc se faire au regard des intervalles de confiance des estimations) (22).

L'EVSI à 50 ans permet de tenir compte des évolutions aux âges élevés mais également en fin de vie active ; période au cours de laquelle s'est récemment produit une stagnation et non plus une amélioration des conditions comme observé dans les générations précédentes. Cet indicateur a également un intérêt socio-économique, à l'heure où se pose la question de la participation des aînés à la vie active de la cité ou celle de l'âge de départ à la retraite.

En France, l'espérance de vie 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 (espérance de vie à 50 ans) des hommes étaient des années de bonne santé fonctionnelle contre 40 % de l'EV50 des femmes (24).

D'autre part, récemment, des travaux menés dans le cadre de la cohorte Gazel, mettent en évidence des écarts d'EVSI à 50 ans entre catégories socioprofessionnelles plus prononcés lorsqu'on utilise le rapport de l'EVSI à 50 ans sur l'EV totale plutôt que les valeurs absolues. Il sera donc intéressant de pouvoir disposer de ce rapport (5) (23).

Comme mentionné précédemment, la définition de l'incapacité représente une caractéristique importante, particulièrement parce que le terme fait parti du nom de l'indicateur. De nombreuses études ont montré que les différentes enquêtes permettant de calculer les taux de prévalence de l'incapacité ne formulent pas toujours les questions sur l'incapacité de la même manière et cela entraîne une perte de comparabilité de l'indicateur entre les diverses études. Dans un souci d'harmonisation, il semble donc pertinent d'utiliser la même question à chaque étude et celle utilisée pour l'étude Eurostat peut servir de guide :

« Etes-vous limité à cause d'un problème de santé, depuis au moins 6 mois, dans les activités que les gens font habituellement ?

Oui fortement limité/oui mais pas fortement limité/non pas limité du tout ».

Suite à cette étude, la CIF a préféré utiliser le terme de limitation d'activité dans quelque domaine de la vie quotidienne pour évaluer « l'incapacité ». Par exemple, les activités professionnelles, personnelles, sociales ou requérantes des propres soins peuvent être incluses dans la définition d'activité. Ceci représente en conséquence bien les difficultés rencontrées au quotidien par le sujet.

Il est également intéressant de décliner cet indicateur en fonction des catégories socio-économiques afin d'évaluer les inégalités sociales existantes.

L'utilisation de la classification en catégories socioprofessionnelles paraît pertinente. Cambois et Robine propose de regrouper les catégories socioprofessionnelles en trois groupes homogènes et représentatifs des clivages sociaux et traditionnels : le groupe des cadres (cadres supérieurs, professions libérales, professions intermédiaires), les groupes des ouvriers (ouvriers qualifiés et non qualifiés ; personnels de service ; ouvriers agricoles) et le groupe intermédiaire (agriculteurs exploitants ; artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; employés) (25).

De part sa définition, l'indicateur inclut tous les sujets de plus de cinquante ans dans son calcul. En conséquence, les personnes vivant en institution sont automatiquement incluses. Or les enquêtes sources permettant de renseigner la prévalence de l'incapacité n'incluent pas toujours toutes les personnes vivant en institution. Pourtant et à l'évidence, la population des personnes y vivant, notamment dans les EHPAD, est bien celle qui est la plus touchée par les incapacités et la dépendance ; cette dernière étant bien souvent la cause même de l'institutionnalisation. Les enquêtes ne prenant pas en compte cette population présentent un biais important et entraînent une surestimation importante de l'EVSI et des problèmes de comparabilité avec les autres pays, selon le taux d'institutionnalisation des populations dépendantes. Pour tenir compte de ce biais de sélection, certaines études considèrent automatiquement que les années vécues en institution pour personnes âgées ou médicalisées, sur la base des chiffres de recensement de l'INSEE, sont alors considérées comme des années vécues en incapacité.

La méthode de calcul et les sources de données

L'indicateur est calculé le plus fréquemment selon la méthode de Sullivan.

Elle consiste à décomposer les années vécues de la table de mortalité en années vécues avec ou sans incapacité au moyen de la prévalence observée de l'incapacité mesurée par des enquêtes transversales (24).

Par exemple, en France, les EVSI peuvent être ainsi calculées en croisant les tables de mortalité qui sont publiées par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) et les prévalences de l'incapacité (ou limitation d'activité) pour les années correspondantes aux enquêtes utilisées.

Il existe plusieurs sources de données existantes, à la fois pour le calcul de la mortalité et l'évaluation de la limitation d'activité (ou incapacité).

Comme mentionné ci-dessus, les données concernant la mortalité peuvent être renseignées à partir des données de l'INSEE.

Les données sur l'incapacité ou la limitation d'activité peuvent être renseignées à partir des registres comme Eurostat (26) ou les Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie (SRCV) de l'INSEE.

Depuis 2005, Eurostat calcule annuellement pour chacun des Etats membres de l'Union européenne, l'espérance de vie sans incapacité. Eurostat calcule ainsi l'EVSI à la naissance, à 50 ans et à 65 ans, tout en faisant une distinction entre les hommes et les femmes. Eurostat calcule également le rapport EVSI 50 ans sur EV totale pour les deux sexes. Les chiffres sur la mortalité proviennent de la base de données démographique d'Eurostat (pour la France, fournie par l'INSEE), ceux sur les limitations d'activité perçues sont extraits d'un module européen sur la santé intégré à la collecte des données statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). En France cela correspond au dispositif Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie.

Comme indiqué précédemment l'incapacité est définie selon la question suivante : « *Etes-vous limité à cause d'un problème de santé, depuis au moins 6 mois, dans les activités que les gens font habituellement ? Oui fortement limité, oui mais pas fortement limité, non pas limité du tout* ». Elle est intégrée au programme européen de surveillance de la santé.

Il faut cependant mentionner que L'EU-SILC ne couvre pas les personnes vivant en institution, comme par exemple les établissements de soins de santé et de services sociaux ; ces personnes

sont pourtant plus susceptibles de présenter des limitations d'activité dans leur vie quotidienne que les personnes vivant dans des ménages privés. Il est donc probable que, dans une certaine mesure, cette source de données sous-estime les espérances de vie en incapacité et surestime donc les EVSI.

Conduite par l'INSEE et la DREES, l'enquête Handicap-Santé, volet Ménages (HSM) de 2008 (27) elle fournit le plus large éventail de questions sur l'état de santé et les diverses limitations fonctionnelles sensorielles, cognitives, motrices et les limitations d'activités (ADL, IADL). Cette enquête permet donc de distinguer plusieurs EVSI : les EV sans limitation sensorielle, sans limitation motrice, ou cognitive. Cependant cette enquête n'a pas été reconduite depuis. Dans l'auto-questionnaire adulte (28), la question générale posée en 2008 était la même que celle utilisée dans le programme européen de surveillance de la santé.

L'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES est l'enquête de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France. Elle recueille depuis 1988 des données sur l'état de santé, la couverture maladie, la situation sociale et le recours aux soins d'un échantillon de 8 000 ménages ordinaires, soit 22 000 personnes dont 3271 âgées de 65 ans et plus. Elle est représentative d'environ 97 % de la population vivant en France métropolitaine.

L'enquête est un panel. Elle a lieu tous les deux ans et interroge les mêmes ménages tous les quatre ans. L'échantillon a été renouvelé entièrement en 2010. L'ESPS est aussi appariée avec les données de consommation de soins issues de l'Assurance maladie. La possibilité de lui associer également les données de remboursement des organismes complémentaires est actuellement en cours d'évaluation.

Pour la région d'Aquitaine, aucune étude sur la mesure de l'incapacité dans cette tranche d'âge n'a été identifiée. Il existe des cohortes épidémiologiques sur le vieillissement menée en Gironde et en Dordogne permettant d'estimer des EVSI, comme la cohorte Paquid, l'étude des Trois Cités ou encore la cohorte AMI, mais celles-ci ne concernent que des populations âgées de 65 ans et plus, ne permettant donc pas des estimations à 50 ans. Les données de l'enquête CONSTANCES devraient permettre de telles estimations dans les années à venir, mais les données sont actuellement en cours d'acquisition dans les centres d'examen de santé participant.

Les enquêtes nationales couvrent l'ensemble des régions pour être représentative de la population nationale mais les échantillons ne sont probablement pas représentatifs au niveau régional. Ainsi, il n'est pas possible d'utiliser les enquêtes nationales pour des indicateurs régionaux, il est nécessaire d'obtenir des données locales par des échantillonnages spécifiques en région. Ceci a pu être fait pour quelques études suite à des enquêtes spécifiques. L'observatoire régional de la santé en Aquitaine est plus à même de renseigner sur la faisabilité de telles enquêtes et les tailles d'échantillons nécessaires.

En résumé, l'EVSI à 50 ans évalue à l'état de santé des personnes âgées qui et sont sensibles à des programmes dépistage et prévention et qui représentent une grande partie de la population. 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 de cette espérance. 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. Il faut mentionner qu'il est reconnu qu'il existe des disparités socioéconomiques pour cette variable.

Dans certaines études, le rapport de l'EVSI à 50 ans sur l'EV totale est favorisé plutôt que les valeurs absolues.

Actuellement, cet indicateur n'est pas mesuré au niveau régional et il n'existe pas non plus de données disponibles. Cet indicateur est donc à mettre en place, avec la mesure absolue d'EVSI à 50 ans et sa proportion par rapport à l'EV totale. L'ORSA et l'INED sont les organismes à contacter en priorité. Cet indicateur très généraliste apportera une information importante.

Les avantages de cet indicateur

Cet indicateur cible la santé des populations âgées, celle le plus fréquemment touchées par les maladies graves ou chroniques. Ces maladies pourraient être sujettes à des programmes de prévention, programmes qui pourraient être évalués par cet indicateur particulier.

Les limites potentielles

Cet indicateur n'est pas spécifique car le nombre de pathologies potentielles est très grand mais à contrario il donne une appréciation globale de qualité de vie des sujets âgés.

Tableau 3 : Synthèse de l'indicateur « espérance de vie sans incapacité à 50 ans »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Etat de santé	
Variable	Quantitative (valeur absolue)	
Numérateur	Années de vie à vivre en bonne santé (valeur absolue)	INSEE, DRESS, IRDES, Eurostat
Dénominateur	Espérance de vie totale (rapport optionnel)	INSEE, DRESS, IRDES, Eurostat
Statut national	Existant	INSEE, SRCV
Statut régional	A créer	Collaboration avec l'ORSA et l'INED
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	Non renseignée	

III - Le temps d'attente moyen dans les services hospitaliers d'accueil des urgences

Cet indicateur fut créé dans un contexte d'une augmentation constante du nombre de passages aux urgences (29). Ce constat est vrai au niveau régional, national et international. En Aquitaine, la fréquentation des services d'urgences a ainsi augmenté de 4% entre 2013 et 2014. Egalement, un temps de passage prompt et efficace est corrélé à la satisfaction des patients et la qualité des soins médicaux prodigués. Cet indicateur est de plus concret et facile à appréhender pour la population, en cohérence avec la dimension du tableau de bord proposé.

La définition du temps d'attente moyen dans un service d'accueil des urgences

De prime abord, le temps d'attente moyen dans un service d'accueil des urgences pourrait correspondre au temps de passage véritable ; c'est à dire le temps entre l'enregistrement initial du patient à son arrivée et son départ du service.

Cependant de nombreuses autres options sont possibles :

- 1) L'attente avant l'enregistrement administratif. Cela correspond au délai entre l'arrivée physique du patient au SAU et l'enregistrement au bureau administratif. En pratique, ce délai semble difficilement mesurable et d'intérêt limité car il n'y a aucun obstacle à l'enregistrement administratif à proprement parler.
- 2) L'attente avant la première consultation avec un médecin urgentiste. Cela correspond au délai entre l'enregistrement administratif et la première consultation par un médecin urgentiste dans un box au sein du SAU. En pratique, cela correspond à l'attente véritable du patient en salle d'attente pour tous sujet ne présentant pas une urgence vitale. Ceci présente l'avantage de réduire l'incertitude puisque le premier contact permet de poser un diagnostic médical et donc de rassurer le patient et le personnel médical. Il s'agit aussi de répondre à la demande du patient qui a choisi de venir consulter un médecin.
- 3) L'attente avant la réalisation d'un examen complémentaire, par exemple radiologique. Cela correspond à la durée entre l'envoi de la prescription médicale de l'examen complémentaire et la réalisation de cet examen ou bien alors la validation officielle de son rapport. Cependant, tous les patients ne vont pas bénéficier d'un examen radiologique et les temps d'attentes sont intrinsèquement différents : par exemple, l'attente est bien plus longue pour un scanner que pour une radiographie simple et une imagerie par résonance magnétique présente des délais encore plus longs.
- 4) L'attente avant de consulter un médecin spécialiste. Cela correspond à la durée entre la demande d'un avis par un médecin spécialiste par le médecin urgentiste et la consultation médicale spécialiste. A l'évidence, nombre de patients au SAU n'ont pas besoin d'un avis medical spécialisé.
- 5) L'attente avant la sortie du service. Cela correspond à la durée entre l'arrivée administrative au service d'accueil des urgences et la sortie administrative du service. Il s'agit véritablement du temps de passage du patient au SAU. L'avantage de cette mesure est qu'elle représente un délai réel et concret pour le patient. A contrario, les temps sont parfois très longs. A fortiori, les patients n'ont pas tous les mêmes destinations. Certains peuvent rentrer au domicile alors que d'autres nécessitent des examens complémentaires ou une surveillance en unité d'hospitalisation de courte durée. Enfin, nombre de patients sont hospitalisés en service de médecine ou chirurgie. Une fois la décision prise par le médecin urgentiste, la rapidité de la prise en charge n'est plus impérative et les patients peuvent parfois attendre au SAU en toute sérénité. Ces éléments influent donc sur cette mesure.

Parmi toutes les options mentionnées ci-dessus, l'une d'entre elles doit être choisie après concertation avec les différents acteurs responsables de la création de l'indicateur. De prime abord, il apparaît que l'option 2 est la plus pertinente pour répondre à la problématique mais cela doit être confirmé. Notamment l'option numéro 5 apparaît aussi intéressante. Les raisons en faveur de l'option 2 pourraient être les suivantes :

- 1) Pour le grand public, l'attente entre l'enregistrement et la consultation médicale correspond au délai avant la prise en charge et c'est que le patient demande lors de sa présentation au SAU. La première consultation médicale apporte un premier avis diagnostic qui permet de juger précisément la gravité de situation. Ce premier avis a aussi une utilité orientatoire. Le premier avis médical a aussi un effet rassurant pour le patient et pour le personnel médical. L'anxiété d'attente est ainsi réduite.
- 2) Pour les professionnels de la santé publique, cet indicateur est à la fois simple et rapidement identifiable pour les études épidémiologiques. Il est moins influencable par les décisions ultérieures du personnel médical urgentiste (retour à domicile, examens complémentaires, hospitalisation). Il reflète donc vraiment la qualité et prompteté des soins apportés par le SAU. En effet, il arrive que les délais d'hospitalisation soit allongés parce qu'un place en service de médecine est en attente par exemple.

Le mode de recueil de la mesure

Cette variable quantitative peut être recueilli sur le terrain par plusieurs méthodes : soit par enquête épidémiologique sur un échantillon d'établissements et de patients, soit par recueil automatique informatisé à partir de bornes d'horodatages ou du PMSI.

Le mode de recueil automatique avec informatisation présente de nombreux avantages :

- 1) Le recueil des mesures est simplifié.
- 2) Il n'est pas besoin d'employer du personnel spécifique pour enquêter.
- 3) Le transfert des données est facilité, avec une fiabilité et une rapidité augmentées.
- 4) Cela implique une réduction des temps d'étude et en conséquence des couts financiers.
- 5) La méthodologie constante permet une comparaison d'année en année.
- 6) La méthodologie constante réduit aussi le risque d'apparition de nouveaux biais.
- 7) La participation des sujets, « à leur insu », sous forme de dossier informatique anonyme, ne nécessite pas leur consentement (gain de temps) et augmente la taille d'échantillon.

Ce mode de recueil présente aussi des sources potentielles de biais ou d'erreurs

- 1) Un allongement artificiel de la durée peut venir de dossiers non clôturés après la sortie du patient. Cet oubie peut influencer la mesure de manière majeure.
- 2) Toutes les structures ne sont pas entièrement informatisées.
- 3) Les systèmes d'information sont différents dans différents SAU.
- 4) Le PMSI n'est pas adapté au recueil de cet indicateur actuellement.
- 5) Des temps d'attente sont invariablement nécessaires à la prise en charge. Leur représentation statisique ne corrèle pas forcément avec les soins reçus, surtout si de nombreux personnels médicaux sont impliqués dans la prise en charge (par exemple, médecins urgentiste, médecins spécialiste, infirmière, aide soignante, médecin radiologue, admission dans un service etc...).
- 6) La définition doit être homogène sur tout le territoire français (biais de mesure).

Les sources de données disponibles

Il existe de nombreuses enquêtes et données sur cette thématique.

Les données de la statistique annuelle d'établissement (SAE)

Cette base de données présente l'avantage de connaître en détail les caractéristiques d'un service d'urgences spécifique. Par exemple, de nombreuses variables peuvent être recueillies :

- Le nombre de passages aux services d'urgences sur une période donnée (ex : un an)
- Le type d'autorisation du service : Urgences / SAMU / SMUR.
- L'activité annuelle des urgences : générales ou pédiatriques ou autres...
- L'activité sur un mois, permettant de détailler certains éléments : pourcentage d'hospitalisations, nombre d'exams d'imagerie demandés...
- Le personnel affecté par les changements et démarches.

Les données du PMSI

Le résumé de sortie des patients hospitalisés permet de connaître le mode d'entrée et l'hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée.

Les Observatoires Régionaux des Urgences (ORU) :

En 2001, la région Midi-Pyrénées a créé un Observatoire Régional des Urgences (ORU). Depuis cette initiative s'est généralisée à 13 régions et ces observatoires se sont regroupés en Fédération des observatoires des urgences (FEDORU) (30). L'ORU Aquitaine a été créé en novembre 2012. Ces observatoires rassemblent et analysent l'ensemble des données disponibles concernant l'activité des structures des urgences en région. Ils proposent aux établissements membres un accompagnement et un soutien logistique à la production ou l'échange d'informations.

A l'initiative des ORU, les urgences ont mis en place la collecte du résumé de passage aux urgences (RPU). Le RPU est un recueil standardisé de données médico-administratives élaboré pour chaque passage aux urgences. Le contenu minimum a fait l'objet d'un consensus national (annexe 1) mais chaque région peut faire le choix de produire des RPU étendus par ajout de nouvelles variables. Le RPU doit pouvoir être extrait des systèmes d'informations des services d'urgences. Sa collecte a été rendue obligatoire par l'arrêté du 24 juillet 2013 (31) et placée sous la responsabilité de l'ARS (qui peut la déléguer aux ORU par convention). La transmission des RPU est au minimum quotidienne mais l'ARS peut demander une périodicité plus courte en cas d'alerte. Les services concernés sont les services d'urgences généraux et pédiatriques dotés d'une autorisation dédiée, ainsi sont exclus les services d'urgences gynécologiques, dentaires, mains, ophtalmologiques. Aujourd'hui, le recueil des RPU n'est pas encore exhaustif mais en Aquitaine, seuls deux établissements ne remontent pas leurs RPU.

Ainsi, l'ORU Aquitaine produit actuellement en routine un indicateur similaire appelé « temps de passage aux urgences ». Il s'agit du temps entre l'enregistrement administratif à l'arrivée aux urgences et la sortie administrative du service. Cependant, comme mentionné ci-dessus, il n'est pas encore possible à l'heure actuelle de disposer de l'ensemble des temps d'attente constituant la prise en charge des patients aux urgences.

Par ailleurs les RPU, dans le cadre du dispositif Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (OSCOUR), sont transmis quotidiennement à l'InVS et s'intègrent à l'ensemble des

données qui alimentent le dispositif de surveillance syndromique SurSaUD (Surveillance sanitaire des urgences et des décès). Depuis 2015, les RPU sont également transférés à l'ATIH mensuellement via la plateforme Sirius.

Audit des services d'urgences d'Aquitaine par l'ORU Aquitaine

Face aux difficultés rencontrées par les services d'urgence d'Aquitaine au niveau de la remontée automatisée des RPU (constatation de données non exhaustives ou incohérentes), il a été décidé en 2013 que l'ORU Aquitaine procède à un audit de l'ensemble de ces services d'urgences. Cet audit vérifie l'adéquation entre les fonctionnalités du logiciel des urgences et l'exhaustivité et la qualité des RPU. Ainsi, de nombreuses sources de données sont disponibles pour l'évaluation du temps d'attente moyen au service d'accueil des urgences et cela ne peut qu'augmenter la quantité et la qualité de l'information fournie.

Les enquêtes précédentes sur les urgences hospitalières

En amont de la création de l'indicateur national et pour la région d'Aquitaine, il est important de reconnaître que de nombreuses études ont été étudiées la qualité des soins prodigués aux urgences hospitalières.

L'enquête nationale de la DREES sur les urgences, 2002 (32)

Un échantillon représentatif de 10 195 patients s'étant présenté dans l'un des 150 services d'urgences, tirés au sort en France métropolitaine, fut évalué. Chaque service a tiré aléatoirement un échantillon de patients se présentant aux urgences la semaine d'enquête. Pour chaque patient tiré au sort a été établie une fiche médicale anonyme, comportant le numéro FINESS de l'établissement, un numéro d'ordre unique, la date et l'heure d'arrivée, ainsi que le sexe et l'âge du patient. Cette fiche était ensuite remplie au cours du passage par le personnel du service, afin de préciser les circonstances et motifs de recours, les résultats de la consultation, le devenir du patient ainsi que l'opinion du médecin sur les raisons de la venue du patient aux urgences. À l'issue du passage aux urgences, une fiche d'acceptation était remise aux patients non hospitalisés tirés au sort, leur demandant leur accord pour être éventuellement interrogés par téléphone dans un délai de 15 jours suivant leur sortie, et comportant le même numéro d'ordre que la fiche médicale, ainsi que l'heure et la date d'arrivée, le sexe et l'âge du patient. Ces informations communes ont ensuite permis l'appariement des deux fichiers, fiches médicales et interviews téléphoniques.

À la fin de chaque semaine d'enquête, l'ensemble des fiches d'acceptation a été transmis à la société d'enquête BVA sous pli recommandé avec accusé de réception ; les fiches médicales (environ 10 000) ont été transmises à la DREES dans les mêmes conditions. À partir des 8 765 fiches d'acceptation reçues par BVA, 3 000 entretiens téléphoniques ont été réalisés du 28 janvier 2002 au 1er mars 2002.

Les résultats de cette enquête (Carrasco et Baubeau, 2003) ont apporté une première description statistique de l'activité d'accueil et de prise en charge dans les services des urgences au niveau national. Les résultats de cette enquête portent essentiellement sur les caractéristiques des patients et les motifs de recours mais pas sur les délais d'attente aux urgences.

Le rapport de la Cour et sept chambres régionales des comptes du 8 février 2007

Les sept chambres régionales (Aquitaine, Ile de France, Rhône Alpes, Provence Alpes Côte d'Azur, Nord Pas de Calais, Haute Normandie et Champagne Ardenne) avaient pour objectif de

mesurer l'impact des différentes initiatives nationales et locales sur l'organisation de la prise en charge des patients ayant recours aux urgences.

Le rapport de la Cour des comptes suite à cette enquête spécifie la difficulté de disposer d'informations fiables et l'explique par la progressive informatisation des services d'urgences mais également par la diversité des systèmes d'information (33).

L'enquête nationale de la DREES sur les structures d'urgences hospitalières (11 juin 2013)

La DREES a effectué une enquête transversale le 11 juin 2013 (du mardi 11 juin 2013 à 8 heures au lendemain mercredi 12 juin à 8 heures) dans l'ensemble des 738 points d'accueil des services d'urgences hospitalières, générales et pédiatriques, de France métropolitaine et des DOM.

Cette enquête comprenait deux volets : un volet patient et un volet structure. Le volet patient était un questionnaire adressé à chaque patient se présentant aux urgences ce jour-là ou à son accompagnant (pour les personnes âgées et les enfants). Les patients inconscients étaient exclus. Ce questionnaire comprenait les heures des différents temps de la prise en charge. Les réponses aux questionnaires étaient ensuite saisies en direct sur le web par le personnel des urgences. Certains champs devaient être obligatoirement renseignés pour la validation du questionnaire. Une hotline de la DREES a été assurée à plein temps.

Il a été mis en évidence que :

- Pour la plus grande partie d'entre eux, les patients sont évalués extrêmement rapidement à l'accueil puisque la médiane est à 4 minutes, en d'autres termes la moitié des patients est évaluée dans les 4 minutes qui suivent l'enregistrement.
- 10 % des patients ont été évalués au-delà de la limite des 30 minutes : limite de temps fixée comme acceptable par la Société française de médecine d'urgence avant le triage (34).
- 48 % des patients qui ne sont pas passés par une UHCD restent moins de deux heures dans un service d'urgences, dont 19 % sont pris en charge rapidement en moins d'une heure.
- La durée de prise en charge s'allonge avec l'âge des patients ainsi presque 60 % des plus de 75 ans restent plus de 4 h contre 30 % des 15-74 ans.
- La prise en charge aux urgences se prolonge au-delà de 8 heures pour 4 % des patients

De plus, l'enquête a identifié trois problématiques dans la collecte des informations nécessaires au calcul des différents temps de prise en charge :

- L'implication des médecins sur la saisie des informations.
- Les logiciels et leur ergonomie.
- L'utilisation des thésaurus.

Enfin, l'enquête a pu émettre des recommandations pour ce type d'étude (35). Notamment, il doit être évité de demander à la fois des données horodatées et également de ne demander qu'une réponse possible lors du questionnaire.

La mise en application de la mesure en routine des temps de passage varie fortement en fonction du niveau d'informatisation, mais aussi des capacités d'extraction des données du système d'information du service des urgences. En fonction de son contexte, le service des urgences pourra réaliser un suivi en continu pour 100 % des passages si le système informatique existe et est exploitable. Sinon, des collectes manuelles de données doivent être menées régulièrement par échantillonnage hebdomadaire ou mensuel à partir d'une fiche de collecte d'information.

Les différents exemples hospitaliers

Le service des Urgences de l'hôpital Saint-Joseph - Saint-Luc (69), dans une perspective de gestion de flux, a développé un écran de suivi en temps réel. Présenté ci-après, il permet de connaître le nombre de patients présents, le nombre de patients par tranche de durée de présence (premier histogramme) et la localisation ainsi que les délais de prise en charge à plusieurs étapes du parcours (attente d'un box, passage en box et attente d'hospitalisation – histogramme du bas). Cet écran est affichable dans les services d'hospitalisation et à la direction, et trouve tout son intérêt pour le pilotage « au quotidien » de l'activité.

Le service des urgences de l'Hôpital Notre Dame du Perpétuel Secours (92), le CH de Châteauroux (36) et l'hôpital Foch (92) ont mis en place une fiche papier, leurs systèmes informatiques ne permettant pas l'extraction des informations nécessaires.

La mise ne place d'un tableau de bord et d'indicateurs qualité :

Dans les différents tableaux de bord mis en place, on retrouve souvent dans les indicateurs de mesure de temps de passage. Des tableaux de bord ont été mis en place dans les centres hospitaliers de Cahors (46), de Lons le Saunier (39) et de l'hôpital Notre Dame du Perpétuel Secours (92). La principale difficulté reste technique selon les systèmes d'informations des services d'urgence.

La situation en Aquitaine

En région d'Aquitaine, trois hôpitaux ont participé au projet de la MEAH : le centre hospitalier de Dax (40) lors de la deuxième vague, et les centres hospitaliers de Langon (33), et d'Agen (47) lors de la troisième vague. Actuellement, la partie 2 du tome 3 du rapport des bonnes pratiques de la MEAH n'a pas encore été éditée et ne permet donc pas de savoir si les hôpitaux de Dax et d'Agen ont mis en place une mesure de leur temps d'attente aux urgences. Cette information devra être recueillie auprès de l'ORU Aquitaine ou directement auprès des établissements. Il sera également intéressant de savoir s'ils ont bénéficié d'un diagnostic organisationnel.

Les travaux de la FEDORU

Indépendamment des volontés du Haut Conseil de Santé Publique, la FEDORU a lancé un groupe de travail chargé de définir des indicateurs permettant de détecter les périodes où les hôpitaux sont en tension. Une situation de tension est définie par une inadéquation entre la demande, les moyens au niveau des urgences et de l'aval des urgences. Le projet se nomme Hôpital en Tension (HET) et a donné lieu à la publication de recommandations (36) .

Sur les 56 indicateurs proposés aux 46 experts, seuls 16 ont fait consensus. Les indicateurs retenus ont été classés en trois catégories : indicateurs d'amont, indicateurs des urgences ou indicateurs d'aval. Parmi ces indicateurs, 5 sont strictement déductibles des RPU ce qui permettrait une utilisation nationale en routine. Parmi ces 5 indicateurs, on retrouve la durée moyenne de présence aux urgences. La FEDORU a défini que si plus de 10% des patients sont présents depuis plus de 4 heures, le service est en tension. Afin de renseigner ces indicateurs, la FEDORU prévoit un groupe de travail sur un RPU élargit.

Les avantages de cet indicateur

Cet indicateur évalue les ressources du système de santé à un de ses points les plus critiques. La fréquentation des services d'urgences est en constante augmentation mais la qualité des soins doit rester optimale.

Le temps d'attente aux urgences reflète à la fois l'organisation interne du service, l'organisation des soins primaires de proximité ainsi que les modalités de recours aux soins de la population et ses croyances personnelles.

Cet indicateur est parlant pour les décideurs en santé et la population générale.

L'ORU Aquitaine monitorise déjà les temps de passage actuellement. La mise en place en routine en région semble donc envisageable prochainement.

Les limites potentielles

Il faut s'assurer de l'exhaustivité, ou bien de l'homogénéité, du recueil.

Il faut savoir garder une vision globale du travail effectué au sein d'un SAU. En effet, les pathologies rencontrées dans un SAU sont de nature extrêmement variable, pouvant aller d'une simple entorse à une urgence médicale vitale. La poursuite du parcours est en conséquence très hétérogène et cela doit être apprécié. Il ne serait pas pertinent de regrouper des cas médicaux différents. A l'évidence, une urgence vitale sera vue immédiatement sans admission administrative.

Enfin, la satisfaction des usagers est très probablement liée aux temps d'attente moyen en salle d'attente du SAU. La première consultation médicale par un médecin urgentiste va avoir un caractère à la fois rassurant et orienteur. Ces points primordiaux doivent être pris en compte.

Tableau 4 : Synthèse de l'indicateur « temps d'attente moyen dans les services d'accueils des urgences »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Ressources du système de soins	
Variable	Quantitative (moyenne+écart type)	
Numérateur	Durée (minutes, heures)	
Dénominateur	Non applicable	
Statut national	A créer	SAE, PMSI
Statut régional	A créer	ORU Aquitaine, Audit, PMSI
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	SAU ou départementale	

IV - Le taux de renoncement aux soins courants

La définition :

Le renoncement aux soins est considéré comme suffisamment explicite pour ne pas nécessiter de définition. Pourtant, l'étude de Després et al montre bien que le mot « renoncer » n'appartient pas au langage courant et que de nombreuses personnes confrontées à cette question interrogent l'enquêteur sur sa signification.

Ces auteurs ont alors proposé comme définition: (37)

« Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit ».

Cette définition met en avant le caractère subjectif du besoin ressenti. Ce besoin est socialement différencié par des normes dépendantes des groupes d'appartenance des individus.

Deuxièmement, cette définition ne précise pas les causes du renoncement. Dans l'esprit du rapport du Haut conseil de santé publique et dans le but d'aide à la décision dans lequel s'inscrit le tableau de bord, nous considérerons par la suite « le taux de renoncement aux soins pour raisons financières ».

Le contexte du développement de l'indicateur :

En 2009, le Haut conseil de santé publique recommandait déjà dans son rapport la mise en place et le suivi de l'indicateur « renoncements aux soins pour raisons financières » dans le cadre du suivi de politiques publiques luttant contre les inégalités sociales en France.

Plus récemment, la Stratégie Nationale de Santé a affirmé sa volonté d'améliorer l'accès aux soins, notamment avec la généralisation du tiers payant ou celle de l'assurance complémentaire santé à tous les salariés (38). Ces éléments ont fait l'objet de mesures importantes dans la loi de Modernisation du système de santé adoptée le 26 janvier 2016.

Les sources de données en France pour la mesure du renoncement aux soins :

Le renoncement aux soins se mesure usuellement de manière subjective par enquête. Un suivi du renoncement aux soins *pour raisons financières* est réalisé par le ministère de la santé grâce à l'enquête Santé et Protection Sociale (SPS) de l'IRDES (39). Cette enquête en population générale (40) interroge tous les deux ans un échantillon représentatif de 8000 ménages (représentatif de 97% de la population française).

La question suivante est administrée par un enquêteur auprès des 8000 personnes échantillonnées (nouvelle formulation depuis 2012) :

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à une consultation de médecin pour des raisons financières ?

1. OUI
2. NON

Si OUI A quelles consultations de médecins avez-vous renoncé pour raisons financières ? (plusieurs réponses possibles)

1. Consultations, visites et soins de spécialistes, précisez sa spécialité
2. Consultations, visites et soins de généralistes
3. Autres consultations, précisez
4. Ne sait pas

Une question similaire est posée pour les soins dentaires et les soins d'optiques. L'enquête SPS est cependant terminée en tant que telle (même si une partie de son contenu devrait se retrouver dans d'autres enquêtes), la dernière vague est celle de 2014.

Il existe une autre source d'information pour mesurer en population le renoncement aux soins : l'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (dispositif SRCV), partie française de l'enquête européenne EU-SILC (European Union-Statistics on Income and Living Conditions). Cette enquête représentative des ménages français interroge chaque année 12000 ménages (sous forme de panel avec un renouvellement annuel de l'échantillon permettant un suivi longitudinal pendant 9 ans des ménages). Un questionnaire individuel est administré aux individus de 16 ans et plus de chaque ménage de l'échantillon ce qui représente environ 20000 individus.

La question suivante est posée depuis la version 2015 :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ?

1. OUI au moins en une occasion j'en avais besoin et j'y ai renoncé
2. NON il n'est jamais arrivé que j'y renonce alors que j'en avais besoin

Si OUI Parmi les raisons suivantes, quelle est la principale pour laquelle vous y avez renoncé ?

1. Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher
2. Le délai pour un rendez-vous était trop long, il y avait une file d'attente trop importante
3. Je n'avais pas le temps en raison de mes obligations professionnelles ou familiales
4. Le médecin était trop éloigné, j'avais des difficultés de transport pour m'y rendre
5. J'ai redouté d'aller voir un médecin, de faire faire des examens ou de me soigner
6. J'ai préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes
7. Je ne connaissais pas de bon médecin
8. Pour d'autres raisons

La question est déclinée pour les soins dentaires. Elle diffère du questionnaire de SPS puisque le renoncement pour *raisons financières* n'est plus qu'une des modalités du renoncement. Des taux de renoncement global et déclinés par motif peuvent être calculés (41).

Le baromètre d'opinion DREES

Dans l'édition 2014 du baromètre d'opinion de la DREES, des questions de renoncement aux soins dentaires sont posées de différentes manières, dont les exemples suivants :

- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de voir un dentiste pour des soins dentaires ? Oui au moins une fois j'en ai eu besoin / non je n'en ai pas eu besoin.
- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu un dentiste pour des soins dentaires chaque fois que vous en avez eu besoin ? Oui j'ai vu un dentiste pour des soins dentaires à chaque fois que j'en ai eu besoin / Non j'ai renoncé à voir un dentiste pour des soins dentaires au moins une fois.
- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un dentiste pour des soins dentaires dont vous auriez besoin ? Oui au moins en une occasion j'en ai eu besoin et j'y ai renoncé / Non il n'est jamais arrivé que j'y renonce alors que j'en avais besoin.
- Parmi les raisons suivantes, quelle est la principale pour laquelle vous y avez renoncé ?

Je n'en avais pas les moyens / Le délais pour un rendez-vous était trop long, il y avait une file d'attente trop importante / Je n'en avais pas le temps en raison de mes obligations professionnelles et familiales / Le dentiste est trop éloigné j'avais des difficultés de transport pour m'y rendre / J'ai redouté d'aller voir le dentiste et de faire les soins / J'ai préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes / Je ne connaissais pas de bon dentiste / Pour d'autres raisons...

Tableau 5 : Sources de données nationales à disposition pour le calcul du taux de renoncement aux soins courants

Etude	Promoteur de l'étude	Tranche d'âges	Années de l'étude
Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS)	IRDES	Adultes > 18 ans	Tous les 2 ans de 1998 à 2014 (auparavant annuel depuis 1988)
Statistiques Ressources Conditions de Vie	INSEE	> 16 ans	Tous les ans depuis 2004
Baromètre santé	INPES	15 à 75 ans	1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2016

Quelques points de vigilance

Il a été démontré que le taux de renoncement aux soins estimé par enquête était très sensible à la formulation des questions (42). Les niveaux de taux de renoncement ne sont donc que difficilement interprétables en tant que tels, seuls les évolutions font sens. Il est ainsi essentiel de pouvoir suivre longitudinalement le renoncement aux soins sur la base d'une *formulation unique* de la question posée.

- Formulation de la question
- Choix de la période de référence : en général les 12 derniers mois

Cependant les déterminants sociaux identifiés sont les mêmes quelle que soit la formulation des questions. On peut citer comme exemple les convictions personnelles du sujet.

La possibilité d'une déclinaison par région

La seule source existante dans les années à venir pour évaluer le renoncement aux soins en population est donc l'enquête SRCV. Le nombre de ménages enquêtés annuellement (échantillonnés sur la base du recensement) laisse penser qu'environ un millier de ménages enquêtés sont localisés dans la nouvelle grande Région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes. Il est donc possible de suivre un taux régional de renoncement aux soins avec un niveau de précision suffisant. La taille estimée de l'échantillon laisserait même la possibilité de décliner les taux de renoncement par sous-populations (en fonction des ressources du ménage en particulier). En revanche les analyses infra-régionales seront très rapidement limitées par la taille de l'échantillon.

Seule une étude pilote permettra de vérifier que les tailles des échantillons sont suffisantes pour suivre un taux de renoncement avec une précision dans chaque région. Les échantillons des régions peu peuplées rendront certainement imprécises les études en sous-populations.

Tableau 6 : Synthèse de l'indicateur « taux de renoncement aux soins courants »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Etat de santé	
Variable	Quantitative	
Numérateur	Nombre de personnes renoncants aux soins courants pour raisons financières	INPES, INSEE, IRDES
Dénominateur	Nombre de personnes demandant et accédant aux soins	INPES, INSEE, IRDES
Statut national	A créer	
Statut régional	A créer	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	Régionale	

Les avantages de cet indicateur

Cet indicateur représente une problématique réelle en incluant un versant économique. Les tailles d'échantillons sont larges, apportant une précision statistique importante.

Les limites potentielles

Il doit être mis en place. Cependant, les démarches étant bien définies, sa mise en place semble envisageable prochainement.

V - Le taux de familles vivant dans des logements indignes

Les définitions en relation avec cet indicateur

Il est important de définir précisément et officiellement les objets de l'indicateur :

Un habitat décrit indigne est défini par l'article 84 de la loi MOLLE de 2009 (mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion) de la manière suivante (43) :

« 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 ».

Leur suppression ou leur réhabilitation, au titre de l'insalubrité ou de la sécurité, relève des pouvoirs de police administrative exercés par les préfets et les maires (44).

Au sein même de cette définition, on recense les logements insalubres et les logements avec péril dont les définitions sont les suivantes :

Article L 1331-26 à L.1331-31 du Code de la santé publique

« Le logement insalubre présente des défauts de conception, d'aménagement, d'équipement, d'entretien suffisamment importants et graves pour porter atteinte à la santé ou à la sécurité des occupants ou des voisins. L'insalubrité peut être remédiable ou irrémédiable (s'il y a impossibilité technique de réaliser les travaux ou si le coût des travaux est supérieur à celui de la reconstruction); l'arrêté d'insalubrité peut être assorti d'une interdiction d'habiter temporaire ou définitive. L'application des dispositions du Code de la santé publique relative à l'insalubrité relève des pouvoirs de police du Préfet ».

Article L.511-1 du Code de la construction et de l'habitation

« Le péril concerne tout élément bâti (mur, immeuble occupé ou non, partie d'immeuble). Les désordres constatés doivent porter atteinte à la solidité de l'édifice ou de certains de ses éléments intérieurs (plafonds, planchers, escaliers intérieurs) ou extérieurs et créer un risque pour la sécurité des occupants et/ou du public ».

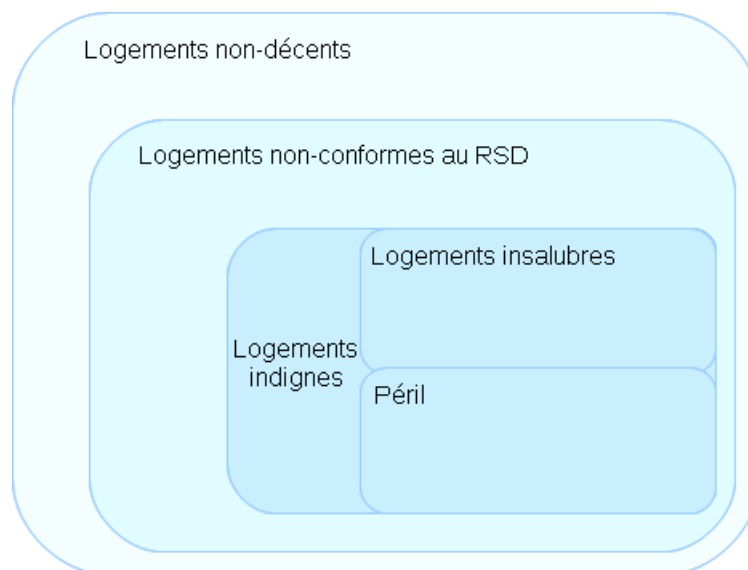
Par contre, l'habitat indigne ne recouvre ni les logements inconfortables, ni les logements non décents définis ci-dessous :

La notion de décence s'apprécie par rapport à la conformité du logement à des caractéristiques minimales de confort et d'équipement. La décence concerne les relations contractuelles existant dans le cadre de la location entre le bailleur et le locataire d'un logement. Loi du 6 juillet 1989, art. 6 et Décret du 30 janvier 2002.

Un logement confortable s'entend comme tout logement disposant de baignoire ou douche, de toilettes et de chauffage central (45).

La figure 2 ci-dessous englobe les différents types de logements indignes.

Figure 2: Périmètre des logements indignes



Le contexte de la création et de la mise en place de l'indicateur

De nombreux articles scientifiques relatent les conséquences sur la santé d'un habitat indigne. Au-delà des risques d'accidents évidents (incendie, électrocution...etc) liés à l'insalubrité, l'occupation d'un habitat indigne est liée à un risque accru de difficultés respiratoires, d'allergies et d'asthme, notamment chez les jeunes enfants. Il semble également qu'il existe un lien avec la survenue de céphalées, de nausées et de maladies chroniques (46).

L'article 1 de la loi du 31 mars 1990 rappelle que *«Garantir le droit au logement constitue un devoir de solidarité pour l'ensemble de la nation. Toute personne ou famille éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'existence, a droit à une aide de la collectivité, dans les conditions fixées par la présente loi, pour accéder à un logement décent et indépendant ou s'y maintenir et pour y disposer de la fourniture d'eau, d'énergie et de services téléphoniques.»*

L'arsenal législatif de la lutte contre l'habitat indigne a fait l'objet, depuis 10 ans, d'un effort de clarification et de modernisation et a vu ses moyens d'actions juridiques renforcés. Parallèlement, des outils d'approche statistique pour un pré-repérage ont été mis à la disposition des services (CD-ROM PPPI et CD-ROM habitat privé).

Le nombre de logements indignes occupés dans le parc privé en métropole est estimé à environ 430 000 logements. Cependant aucune source ne permet actuellement de connaître directement l'habitat indigne. L'approche de son estimation passe actuellement par un pré repérage des logements potentiellement indignes à partir des données disponibles.

Ainsi, sont retenus comme logements potentiellement indignes, les logements répondant à deux types de critères :

- Un critère sur l'état du logement - basé sur les catégories du classement cadastral correspondant aux logements médiocres et très médiocres, voire ordinaires ;

- Un critère sur les occupants du logement - ménages répondant à des critères de revenus eu égard aux plafonds HLM (l'habitat indigne est souvent celui des ménages les plus démunis).

À partir de ces pré-repérages de logements potentiellement indignes réalisés sur fichiers, la détermination du logement indigne nécessite un repérage plus fin sur le terrain (47).

Ce repérage nécessite l'information et la coordination de nombreux acteurs entre lesquels ne pré-existent pas nécessairement de liens de travail. Ces acteurs sont impliqués dans les actions de repérage comme maîtres d'ouvrages porteurs des politiques publiques, comme opérateurs en charge de la réalisation de ces études ou comme intervenant au quotidien dans la lutte contre l'habitat indigne dont la connaissance concrète de la conduite des procédures peut enrichir la pratique du repérage.

Les échanges entre ces différents partenaires sont organisés par les pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI) sous la responsabilité du préfet. Les services de l'État ont également à charge d'assister les collectivités dans la conduite de leurs actions de lutte contre l'habitat indigne. Le PDLHI est l'instance partenariale désignée pour prendre en charge la mise en place du circuit des plaintes et signalements (relevé d'observation logement, guichet unique, etc.), mais également le lieu pour initier ou coordonner des actions de repérage actif. Ces actions peuvent avoir été prévues dans le plan régional santé environnement (PRSE), le plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) et les programmes locaux de l'habitat (PLH). Les différents services intervenant dans la lutte contre l'habitat indigne (Dreal, DDT, ARS, Justice, SCHS, etc.) doivent prendre une part active au sein des PDLHI.

Les bases de données existantes

Le tableau 6 représente les bases de données disponibles au niveau national et la figure 2 décrit la Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement de la grande région d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes.

Tableau 7 : Données disponibles au niveau national sur les logements indignes

Nom du fichier	Services ressource	Modalités	Echelle de travail
CD-Rom PPPI (retraitement des données Filocom)	Délégation territoriale de l'Anah Dreal (statisticien régional) DDT(M) Centre national de traitement (équipes du Cete Nord Picardie)	Contacteur le statisticien régional de la Dreal	Département Commune Section cadastrale Secret statistique
Filocom	DDT(M) Dreal (Statisticien régional) Centre national de traitement (Cete Nord-Picardie)	Contacteur le statisticien régional de la Dreal (acte d'engagement spécifique pour l'utilisation des données dans le cadre d'une étude précise)	Région Département Canton Commune Section cadastrale
Majic 3	DGFIP	Mise à disposition des communes avant établissement des rôles chaque année	Parcelle
Fichier Fonciers (valorisation du fichier détail de MAGIC 3)	Dreal (Statisticien régional) DDT(M) Centre national de traitement (Cete Nord-Picardie)	Contacteur le statisticien régional de la Dreal	Région Département Arrondissement Canton Commune Section cadastrale
Demande de valeur foncière	DGfiP	Inscription auprès de la direction départementale des Finances Publiques (DDFiP) Puis demande de données via le portail de la gestion publique de la DGFIP	À l'échelle de son territoire de compétence.
Base des notaires BIEN (Ile-de-France)	Association gestionnaire Paris Notaires Services	Prestation réalisée par PNS (l'association gestionnaire) suivant l'accord précisé après définition du besoin dans un acte d'engagement	Données collectées lors de chaque acte de mutation
Base des notaires Perval (territoire national hors Ile-de-France)	Dreal (statisticien régional)	Contacteur le statisticien régional de la Dreal (convention ministère de l'Ecologie/Perval)	Données collectées lors de l'acte de mutation des biens

Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement de la grande région Aquitaine Limousin Poitou-Charentes :

La DREAL est service régional de l'État. La DREAL Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes a pour mission de mettre en œuvre, à l'échelon régional, les politiques de l'État impulsées par le ministère de l'Écologie, du Développement Durable et de l'Énergie, et le ministère de l'Égalité des territoires et du Logement.

Les domaines d'intervention de la DREAL couvrent l'aménagement du territoire, les déplacements, l'habitat et le logement, la maîtrise des risques naturels et technologiques, ainsi que la préservation des ressources naturelles.

Le siège de la DREAL se trouve depuis le 1^{er} janvier 2016 à Poitiers. Des antennes sont présentes à Bordeaux et Limoges et ainsi que dans chaque département.



Figure 3 : nouvelle organisation de la DREAL ALPC¹

La DREAL ALPC est membre du Réseau régional des acteurs de l'habitat créé en 2008.

Site internet : www.aquitaine-limousin-poitou-charentes.developpement-durable.gouv.fr

L'ANAH : Agence nationale de l'habitat

L'Agence nationale de l'habitat est un établissement public placé sous la tutelle des ministères en charge du Logement et de l'Habitat durable, du Budget et de l'Economie.

Sa mission est d'améliorer le parc de logements privés existants. L'Anah accorde des aides financières pour travaux sous conditions à des propriétaires occupants, bailleurs et copropriétés en difficulté.

Elle est partenaire des collectivités territoriales pour des opérations programmées et opérateur de l'Etat dans la mise en œuvre de plans nationaux.

Les axes d'intervention sont la lutte contre l'habitat indigne et très dégradé, le traitement des copropriétés en difficulté, la lutte contre la précarité et l'adaptation du logement aux besoins des personnes âgées ou handicapées.

L'anah est également membre du Réseau régional des acteurs de l'habitat

Site internet : www.anah.fr

L'habitat indigne en Aquitaine (40)

Le phénomène de l'habitat indigne touche principalement le parc privé mis en location et le parc occupé par ses propriétaires. Or, le parc aquitain est relativement ancien : un logement sur trois a été construit avant 1948 (500 000 logements), 61% des logements entre 1949 et 1998 et 7% depuis 1999. La proportion du parc construit avant 1948 dépasse même les 40% pour les départements de la Dordogne et du Lot et Garonne. L'Aquitaine est donc particulièrement concernée par le problème de l'habitat indigne dont on estime le stock probable de logements potentiellement indignes à plus de 90 000. En 2012, la totalité des départements sont structurés autour d'un pôle départemental LHI.

Tableau 8 : Parc privé potentiellement indigne en Aquitaine (données issues du CDRM PPPI 2010 de l'ANAH)

Données Filocom 2007	Logements cat 6	Logements cat 7 et cat 8	Total parc potentiellement indigne
Dordogne	8 146	7 110	15 256
Gironde	25 381	12 459	37 840
Landes	6 951	3 277	10 228
Lot-et-Garonne	8 409	4 962	13 371
Pyrenées-Atlantiques	9 964	3 653	13 617
Aquitaine	58 851	31 461	90 312

Au total, on dénombre 90 000 logements potentiellement indignes en Aquitaine ce qui est un chiffre considérable. On note que la Dordogne et la Gironde contribue de manière importante à ce total.

Tableau 9 : Synthèse de l'indicateur « taux de familles vivant des logements indignes »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Ressources	
Variable	Quantitative	
Numérateur	Nombre de familles vivant dans le logement	ANAH, DREAL régionale
Dénominateur	Nombre de logements indignes	ANAH, DREAL régionale
Statut national	A créer	
Statut régional	A créer	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	Régionale	

Les avantages de cet indicateur

La qualité du logement est en corrélation importante avec la santé publique de la population. De nombreuses maladies sont directement issues d'expositions environnementales toxiques et sont ainsi évitables par une bonne prévention.

Les limites actuelles

N'existant pas actuellement, il doit être mis en place. Une collaboration avec la DREAL est à planifier ainsi que le mode de recueil de cet indicateur (enquête, mesure automatique etc...).

Conclusion

L'indicateur « taux de familles vivant dans des logements indignes » est une excellente mesure d'exposition environnementale et sociale. Il n'est cependant actuellement pas disponible, ni au niveau national, ni au niveau régional.

Cet indicateur pourrait être calculé en croisant les données sur le parc privé potentiellement indigne et le fichier Filocom, qui peut fournir l'indicateur « taux de logements indignes ».

En Aquitaine, l'organisme le plus à même de pouvoir répondre précisément aux questions est la Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement (DREAL) de la grande région d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes (ou Nouvelle-Aquitaine). La DREAL est un organisme public, délégué par l'état et qui fournit des données officielles, particulièrement le fichier Filocom. Au niveau national, l'agence nationale de l'habitat peut aussi apporter des informations importantes pour le recensement.

VI - L'accessibilité aux soins de ville

La définition de l'accessibilité aux soins de ville

L'accessibilité aux soins de ville est un concept multidimensionnel. L'indicateur, tel que proposé par le Haut Conseil de Santé Publique, a vocation de refléter l'accessibilité spatiale aux soins de ville (48). Celle-ci est déterminée par la disponibilité de l'offre de soins, en termes de quantité et de localisation, ainsi que par l'accessibilité physique de l'offre (capacité de déplacements des usagers). Ici, la dimension économique n'est pas prise en compte.

Le contexte du développement de l'indicateur

L'accessibilité aux soins de ville est aujourd'hui un enjeu majeur. Une diminution de l'offre de soins par les médecins généralistes est prévisible à court terme. En effet, un nombre de départs à la retraite conséquent ne sera pas compensé par l'entrée en exercice de jeunes médecins. L'augmentation du *numerus clausus* tardive ne permettra un retour à la densité de médecins généralistes actuelle qu'en 2030.

Il faut également prendre en compte que les aspirations des nouveaux médecins sont différentes de celles de leurs aînés en termes de temps et de charge de travail.

Dans un même temps, la demande ne cesse d'augmenter avec une espérance de vie croissante qui résulte en une population vieillissante aux besoins de soins élevés.

Suite à ce constat et face aux limites des indicateurs existants (densité médicale, desserte médicale, distance d'accès), la DREES et l'IRDES ont travaillé en collaboration sur la création d'un nouvel indicateur : l'accessibilité potentielle localisée. (49)

Cet indicateur prend en compte à la fois l'offre de médecins, la demande des communes environnantes, les distances géographiques, le niveau d'activité des médecins, le taux de recours différencié par âge de la population.

Les indicateurs existants :

- La densité médicale :
Elle est définie par le ratio qui rapporte les effectifs de médecins (omnipraticiens, spécialistes...) à la population d'un territoire donné. Elle s'exprime par exemple en nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants (*définition de l'INSEE*).
- La desserte médicale :
Elle est à l'inverse le ratio de la population d'un territoire donné rapportée aux nombres de praticiens.

En ce qui concerne ces deux indicateurs il est important de souligner que bien qu'ils soient faciles à calculer, ils ne prennent pas en compte des éléments très importants comme le temps de travail des professionnels de santé, ni les distances géographiques à l'intérieur du territoire considéré.

- L'Accessibilité potentielle localisée (APL) :

L'APL est une mesure plus précise bien que plus complexe. Elle est généralement calculée en deux temps (50) :

Etape 1 : Identification des zones de patientèle et calcul de densités :

On définit une zone de patientèle autour des médecins implantés dans une même commune. On détermine ainsi pour chaque commune d'implantation de médecins, l'ensemble des communes accessibles avec un déplacement dont la distance est inférieure à un seuil de référence d_0 . On calcule ainsi un ratio qui rapporte l'offre de médecins (en ETP) dans la commune j à la population pondérée (par sa structure d'âge) située dans une aire d'attraction définie par d_0 autour de la commune j (zone de patientèle).

$$R_j = \frac{m_j}{\sum_{dy < d_0} p_i * w(d_{ij})}$$

Où :

m_j mesure l'offre de médecins en ETP dans la commune j ;

p_i mesure le nombre d'habitants, standardisés par leur structure d'âge, des communes i situées une distance de j inférieure à d_0 ,

d_{ij} est la distance entre la commune i et la commune j

Etape 2 : Identification des zones de recours et sommes des densités calculées dans l'étape 1 :

On définit pour chaque commune i , l'ensemble des communes j de médecins accessibles sous une distance d_0 (zone de recours). Puis on somme, cette fois, en pondérant par la distance, pour chaque commune i , les ratios précédemment calculés pour les médecins disponibles sous d_0 . Le résultat ainsi obtenu représente l'accessibilité potentielle localisée APL_i aux médecins généralistes libéraux pour la population située en i .

$$APL_i = \sum_{dy < d_0} w(d_{ij}) R_j$$

Où $w(d_{ij})$ est la pondération relative à la distance.

Les données utilisées sont extraites du Sniiram et concernent les médecins actifs au 31 décembre 2010. Pour chacun de ces médecins, la Cnam-TS a fourni (données tous régimes) : la nature du cabinet d'exercice (principal ou secondaire), la quantité d'actes réalisés en 2010 (en distinguant les consultations et les visites), la compétence des médecins à exercice particulier (Mep), le secteur de conventionnement, l'âge du professionnel, la commune d'exercice et la date de début d'activité pour les cabinets ouverts en 2010.

La source de données utilisée ne permet pas de prendre en compte l'offre des médecins généralistes salariés dans les centres de santé. Les médecins à exercice particulier n'ont pas non plus été pris en compte. Enfin, l'APL a été calculé pour les médecins libéraux conventionnés en secteur 1 ainsi que pour l'ensemble des médecins libéraux conventionnés.

L'APL ne prend pas en compte l'activité des médecins généralistes exerçant dans des centres de santé (PMI...etc). La distance considérée est mesurée en unité de temps en voiture par la route et ne tient pas compte des commodités de transports existants sur le territoire. Les patients et les médecins sont localisés à la mairie de leur commune d'exercice (risque de surestimer la distance séparant un médecin et un patient s'ils sont proches mais dans deux communes différentes ou de sous-estimer la distance s'ils sont à l'opposé dans une même commune).

Concernant l'indicateur à renseigner, il est nécessaire de se poser la question des professionnels à inclure. En effet, les soins de premiers recours peuvent également inclure les soins dispensés par les infirmiers ou les kinésithérapeutes.

La situation actuelle en Aquitaine

L'APL est un indicateur qui a été calculé ponctuellement en 2012 par la DREES et l'IRDES. Les données sont utilisées par l'ORS Aquitaine dans ses rapports mais le calcul a été fait au niveau national.

La situation actuelle dans la nouvelle région (51)

En France, l'APL aux médecins généralistes libéraux de la commune de résidence est en moyenne de 71 équivalents temps plein (ETP) de médecins pour 100 000 habitants.

Dans la région, l'APL varie de 0 à 375 ETP pour 100 000 habitants et la moitié des communes ont une APL inférieure à 50 ETP. Ce sont principalement dans les communes urbaines et du littoral où l'on retrouve une APL plus élevée. Les données sont issues de la SNIIRAM et de l'INSEE.

Conclusion

L'« Accessibilité aux soins de ville » peut être appréhendée par la mesure de l'Accessibilité potentielle localisée. L'ORS Aquitaine peut se charger de calculer l'indicateur en Aquitaine.

Les avantages de cet indicateur

Cet indicateur apporte une information majeure au contexte médico-socio-économique. Il vise à réduire les disparités sociales, géographiques et financière à l'accès à la santé et ses soins. Il est pondéré sur la distance à parcourir pour atteindre le cabinet médical ou hôpital le plus proche. Il est existant à la fois au niveau national et au niveau régional. L'ORSA est l'interlocuteur privilégiée pour la région d'Aquitaine. Cet indicateur est validé.

Les limites actuelles

Aucune.

Tableau 10 : Synthèse de l'indicateur « Accessibilité aux soins de ville »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Ressources	
Variable	Quantitative	
Numérateur	Cf définitions	
Dénominateur	Cf définitions	
Statut national	Existant	INSEE, SNIIRAM, DRESS, IRDES
Statut régional	Existant	ORSA
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	Communale	

VII - Le taux de prescriptions inadéquates de psychotropes chez le sujet âgé

Les définitions des prescriptions inadéquates et des psychotropes considérés

La définition d'un psychotrope

Selon la définition proposée par Jean Delay en 1957, un psychotrope est « une substance chimique d'origine naturelle ou artificielle, qui a un tropisme psychologique, c'est-à-dire qui est susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification ».

La classification des psychotropes

Dans la classification de l'Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), on retrouve la classification des psychotropes de Delay et Deniker proposant une classification des « drogues » incluant des médicaments ou des substances illicites, en trois grands groupes selon leur activité au niveau du système nerveux central (52) :

- Les psycholeptiques : anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs, antipsychotiques.
- Les psychoanaleptiques : antidépresseurs et psychostimulants.
- Les psychodysleptiques : substance hallucinogènes sans indication thérapeutique.

Les médicaments psychotropes auxquels les différentes enquêtes font référence sont principalement :

- Les tranquillisants ou anxiolytiques.
- Les somnifères ou hypnotiques.
- Les neuroleptiques ou antipsychotiques.
- Les antidépresseurs.

La définition d'une prescription inadaptée :

Plusieurs modalités de prescription suboptimale ont été décrites chez le sujet âgé (53) :

- l'excès de traitements (ou « overuse ») concerne la prescription des médicaments pour lesquels il n'y a pas d'indication ou qui ont une efficacité limitée.
- la prescription inappropriée (« misuse ») est définie par le fait que le risque du médicament dépasse le bénéfice escompté.
- l'insuffisance de traitement (« underuse ») concerne des médicaments ayant prouvés leur efficacité mais insuffisamment utilisés.

Les principales catégories de psychotropes

Les hypnotiques

Les hypnotiques ont pour cible thérapeutique l'induction et/ou le maintien du sommeil. Cette classe est représentée essentiellement par les benzodiazépines (Noctran®, Havlane®, Noctamide®...) et apparentés (Stilnox®, Imovane®).

Les anxiolytiques

Leur indication est la réduction des états anxieux par l'induction d'une sédation.

Cette classe est essentiellement représentée par les benzodiazépines. Les benzodiazépines sont des molécules qui agissent sur le système nerveux central et qui ont des propriétés hypnotiques, anxiolytiques myorelaxantes et anti-convulsivantes. En 2012, en France, 22 molécules étaient commercialisées.

Les neuroleptiques et antipsychotiques

Les neuroleptiques ont pour cible thérapeutique la réduction des symptômes psychotiques, avec comme indication principale la schizophrénie et les autres troubles psychotiques aigus ou chroniques. Des produits neuroleptiques ayant un effet essentiellement sédatif ont également une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) dans des traitements de courte durée pour traiter les symptômes anxieux associés à des troubles non psychotiques, tels que les états dépressifs sévères.

Les antidépresseurs

La cible thérapeutique initiale des antidépresseurs est le traitement des épisodes dépressifs. Il existe différentes classes : antidépresseurs imipraminiques ou tricycliques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase.

Tableau : Principales catégories de psychotropes selon leur cible thérapeutique principale

Catégories	Action thérapeutique principale
Hypnotiques	Induction ou maintien du sommeil
Anxiolytiques	Réduction des états anxieux par l'induction d'une sédation
Antipsychotiques	Réduction des symptômes psychotiques
Antidépresseurs	Traitement des épisodes dépressifs

Certaines molécules ont des indications plus larges, elles sont spécifiées dans les résumés des caractéristiques du produit (RCP). Ces RCP mentionnent également les nombreux effets secondaires que peuvent induire ces molécules tels qu'une somnolence, une faiblesse musculaire, une dépression respiratoire. Ces effets indésirables peuvent être potentialisés par des interactions médicamenteuses et/ou aggravés par les comorbidités du patient. Ainsi les risques liés à la consommation de ces médicaments est à comparer aux bénéfices attendus chez les patients, avec une attention particulière chez les personnes âgées poly-pathologiques et poly-médicalisées.

Source : Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2006.

Le contexte du développement de l'indicateur

En 2006, le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) sur « Le bon usage des médicaments psychotropes » (54) met en évidence qu'en France, il n'est pas fait bon usage des psychotropes tant au niveau de la prescription que de la consommation, en particulier chez la personne âgée.

Ainsi en 2007, la Haute autorité de santé et le Ministère de la santé ont lancé le programme 2007-2010 « Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées » (55). L'objectif est d'améliorer les pratiques de prescription des professionnels et l'usage des médicaments psychotropes par les personnes âgées, en particulier dans la dépression, l'insomnie, l'anxiété et les troubles du comportement.

Chez les sujets âgés, le vieillissement physiologique et la fréquence des comorbidités modifient le rapport bénéfices-risque des médicaments. La poly-médication est le principal facteur de risque d'iatrogénie, dont les conséquences sont sévères chez les patients âgés. Les principaux médicaments incriminés sont les médicaments cardiovasculaires et les psychotropes. De plus, de nombreux travaux soulignent les mésusages des psychotropes et la nécessité d'actions ciblées, notamment sur la population des sujets âgés (54). Une personne sur deux de plus de 70 ans fait usage de psychotropes en France. Pourtant les psychotropes sont à l'origine d'une iatrogénie importante (chutes, confusions, sédation excessive...), en grande partie évitable, car plus de la moitié des traitements ne serait pas indiquée.

La consommation de psychotropes induit également de nombreux effets secondaires indirects tels que les accidents de la voie publique, le risque de chute et les fractures qui y sont associées (54).

Actuellement, une surveillance du mésusage des psychotropes est effectuée par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Ce suivi est effectué par l'équipe de pharmaco-épidémiologie du CR 1219 de Bordeaux.

Les éléments à prendre en compte dans l'indicateur

- L'âge d'intérêt

Il est nécessaire de définir à partir de quel âge, on considère le patient comme un sujet âgé. La Haute autorité de santé (HAS) définit un sujet âgé comme une personne de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans poly pathologique. Cependant, la plupart des études considère le sujet âgé à partir de 65 ans.

- La liste des psychotropes à étudier

Pour chaque classe étudiée, de nombreuses molécules sont commercialisées et à prendre en compte.

- La liste des prescriptions inadaptées

Différents critères peuvent rendre une prescription inadaptée : les interactions avec d'autres médicaments du patient, la durée du traitement, les comorbidités du patients, son âge. Ces critères devront être basés sur les recommandations de bonne pratique.

Par ailleurs, des listes de médicaments considérés comme potentiellement inappropriés chez le sujet âgé ont été élaborées par Beers aux Etats-Unis en 1991 et par McLeod et al. au Canada. En France, Laroche et al, propose une liste adaptée à la situation française en 2008 (56). Un outil pour la détection des principaux facteurs de risque d'effets indésirables liés aux médicaments que sont la polymédication et la prescription médicamenteuse inappropriée a été développé en 2008 par Gallagher et actualisé en 2014 par O'Mahony. Nommé STOPP/START, cet outil fait valeur de référence aujourd'hui en Europe.

Les travaux antérieurs sur cet indicateur

L'indicateur retenu concernant les psychotropes parmi la liste des indicateurs annexés à la loi de Santé publique de 2004 (57) était : la co-prescription de psychotropes chez les personnes âgées de 65 ans et plus :

$$\frac{\text{Nombre de personnes âgées de 65 et plus avec un remboursement d'au moins 3 psychotropes différents dans les 4 derniers mois}}{\text{Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus}}$$

Cet indicateur devait être décliné au niveau national et régional, ainsi que par sexe, âge et bénéficiaires de la couverture maladie universelle. Cet indicateur ne semble pas avoir été suivi au niveau national.

Les indicateurs de pratique clinique (IPC) du programme « Amélioration de la prescription chez le sujet âgé » de la HAS :

La HAS développe des IPC sur des priorités de santé publique avec les acteurs de santé impliqués dans la situation clinique considérée. Les IPC sont des outils d'amélioration des actions qualité, ils permettent de mettre en oeuvre les recommandations et processus organisationnels qui contribuent directement aux résultats cliniques.

Cinq indicateurs concernent les psychotropes dont les trois suivants :

- Taux de sujet âgés avec prescription de 3 ou plus psychotropes chez le sujet âgé

$$\frac{\text{nombre de sujet âgés avec prescription de 3 ou plus psychotropes}}{\text{nombre de sujets âgés}}$$

- Taux de malade Alzheimer avec prescription de neuroleptiques

$$\frac{\text{nombre de malades Alzheimer avec une prescription de neuroleptiques}}{\text{nombre de malades Alzheimer}}$$

- Taux de sujet âgés avec prescription de benzodiazépines de demi-vie longue

$$\frac{\text{nombre de sujets agés avec prescription de BZD à demi – vie longue}}{\text{nombre de sujets âgés}}$$

Toutefois, il ne semble pas exister de production régulière de données de suivi de ces indicateurs.

Les données disponibles aujourd'hui

Les études épidémiologiques estimant la consommation de psychotropes chez le sujet âgé

De nombreuses études ont étudié la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. Ces études n'apportent pas d'information en revanche sur le caractère inadapté ou non d'une prescription.

Tableau 11 : Etudes estimant la consommation de psychotropes chez le sujet âgé

Etude	Organisme responsable	Tranche d'âge étudiée	Années d'étude
Niveau européen			
Etude ESEMeD (58)	INSERM	> 18 ans	2001 à 2003
Niveau national			
Baromètre santé	INPES	15 à 75 ans	1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2016
Niveau régional			
Cohorte Paquid	INSERM	65 ans et plus	Suivi en cours depuis 1988
Cohorte 3C	INSERM	65 ans et plus	Suivi en cours depuis 1999

Les données de l'assurance maladie

Les données de l'assurance maladie permettent d'identifier les médicaments remboursés aux patients et donc délivrés dans le cadre d'une prescription médicale. Ces données permettent d'évaluer le taux de prescription de psychotropes en France mais aussi d'identifier les potentielles interactions médicamenteuses auxquelles le patient est exposé (par le biais de l'identification des autres médicaments remboursés au patient).

Par ailleurs, ces données peuvent être croisées avec les données d'affection longue durée (ALD) renseignant sur les comorbidités du patient et les données de la couverture médicale universelle.

Cependant, seules les prescriptions ambulatoires sont évaluées, ainsi les prescriptions hospitalières sont exclues. De plus, le remboursement ne signifie pas une consommation effective. A contrario, l'intérêt de l'utilisation de ces bases réside dans l'exhaustivité et la limitation du biais de mémorisation pour les médicaments soumis au remboursement (59).

En 2000, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a utilisé ses données pour évaluer la consommation de psychotropes (60). Cette enquête ne préjugait pas non plus du caractère adapté ou non de la prescription.

En 2011, Jardin et al (61) ont présenté une étude régionale sur les prescriptions médicamenteuses potentiellement inadaptées chez les personnes âgées (de 70 ans et plus) à partir des données de remboursement de l'AM. Concernant les psychotropes, quatre indicateurs ont été mesurés :

- la prévalence d'au moins un remboursement de benzodiazépine à demi-vie longue en 2008,
- la prévalence d'au moins trois remboursements de benzodiazépines (sur quatre mois) en 2008,
- la prévalence d'au moins une co-prescription de deux neuroleptiques dans l'année,
- la prévalence d'au moins une co-prescription de deux benzodiazépines dans l'année.

Ces indicateurs ont été analysés selon l'âge, le sexe et le statut ALD.

L'étude française « Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France : a population-based study from the French National Insurance Healthcare system, 2011 (62) »

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la prévalence ainsi que la distribution régionale des prescriptions potentiellement inappropriées et utilisant les données de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB).

Pour cette étude, la liste des prescriptions potentiellement inappropriées chez les personnes âgées de 75 ans et plus était celle de Laroche et al. 2007. Entre le 1er mars 2007 et le 29 février 2008, tous les médicaments remboursés à des patients de 75 ans et plus furent identifiés dans l'EGB et comparés à cette liste. D'autres variables ont pu être extraites de l'EGB pour chaque personne incluse telle que le genre, l'âge, la région et le nombre de prescriptions.

Cette étude montre la possibilité d'utiliser les données de l'EGB pour construire des indicateurs régionaux afin d'établir ou d'évaluer les politiques publiques en terme de santé.

Dernièrement, l'équipe de pharmaco-épidémiologie / médicament et santé des populations du CR1219 de l'INSERM a publié un article (63) évaluant la prévalence des prescriptions de benzodiazépines à risque, soit par interaction médicamenteuse, soit par la présence de comorbidités en 2013 à partir des données de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB).

Les ressources en Aquitaine

Actuellement, il n'existe aucun suivi régional des indicateurs de prescription inadaptée. Cependant, sa mise en place semble facilement envisageable de par l'expertise reconnue des équipes de recherche sur le sujet (pharmaco épidémiologie et vieillissement) ainsi que par la richesse de données utilisables (cohortes régionales et données de l'assurance maladie).

Les équipes de recherche de l'unité INSERM 1219

L'équipe Epidémiologie intégrative et génétique du vieillissement cérébral et vasculaire :

Dans le cadre des travaux sur le vieillissement et sur la démence, deux cohortes de personnes âgées ont été mises en place dans la région.

La cohorte PAQUID : Ce projet a débuté en 1988, auprès d'une population de sujets vivant à domicile en Gironde et en Dordogne. 3777 sujets âgés de 65 ans et plus ont participé à l'étude. Un échantillon complémentaire de 360 sujets représentatifs de ceux qui sont en institution a été également inclus dans l'étude.

La cohorte 3C, pour Trois Cités, est constituée de 9294 personnes âgées de 65 ans ou plus ont été recrutées dans les villes de Bordeaux, Dijon et Montpellier (d'où le nom Trois Cités), par tirage au sort sur les listes électorales en 1999.

L'équipe médicament et santé des populations

Cette équipe est chargée de la plateforme d'évaluation systématisée du médicament en population (Plateforme DRUGS-SAFE) par l'ANSM.

Ainsi des protocoles de recherche permettant le suivi de tels indicateurs (cf : annexe) à partir des bases de l'assurance maladie à l'échelle nationale ont déjà été développés par cette équipe. Une adaptation à l'utilisation de la base régionale permettrait de mettre rapidement en place le suivi régional de ces indicateurs. Une réflexion devra être menée pour tirer avantage de l'existence des grandes cohortes régionales pour compléter ce premier niveau de suivi.

Conclusion

Bien que cet indicateur n'existe pas actuellement au niveau régional, la mise en place du suivi de cet indicateur semble facilement et rapidement envisageable dans la région de par l'expertise reconnue des équipes de recherche sur le sujet (pharmaco épidémiologie et vieillissement) ainsi que par la richesse de données utilisables (cohortes régionales et données de l'assurance maladie) et des ressources humaines associées à ces équipes.

Les avantages de cet indicateur

Cet indicateur est un marqueur d'un sujet important en santé publique. De nombreuses données sont disponibles ainsi que des équipes de recherches ayant une grande expertise en la matière.

Les limites actuelles

Aucune.

Tableau 12 : Synthèse de l'indicateur « taux de prescription inadéquates de psychotropes chez le sujet âgé »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Etat de santé	
Variable	Quantitative	
Numérateur	Nombre de prescriptions inadéquates de psychotropes	
Dénominateur	Nombre de prescriptions totales de psychotropes	
Statut national	Existant	ANSM, assurance maladie
Statut régional	A créer	INSERM 1219
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	Communale	

VIII - Le maintien et retour à l'emploi des personnes souffrant de maladie chronique

La définition d'une maladie chronique selon l'Organisation Mondiale de la Santé

La maladie chronique évolutive se définit comme un "problème de santé qui nécessite une prise en charge sur plusieurs années", selon l'OMS. Cette définition regroupe des maladies très diverses. En région, l'Aract Aquitaine mène, depuis plusieurs années, des actions pour favoriser le maintien dans l'emploi des personnes atteintes de quatre pathologies représentatives de maladies chroniques (le VIH, le cancer, la sclérose en plaques et les hépatites).

Le contexte de cet indicateur

En Europe, nous vivons dans un contexte d'évolution démographique et, depuis peu, de ralentissement économique, avec un vieillissement rapide des actifs. Dans le même temps, presque un quart de la population active des 27 pays européens déclare souffrir d'une maladie chronique, et un cinquième évoque des problèmes de santé de longue durée. Ainsi, ces affections concernent une fraction relativement importante de la population active européenne.

Face à ces constats, il est pertinent d'investir dans la santé au travail et l'employabilité durable. Le contexte et l'organisation de travail ont une incidence directe sur la santé des salariés et la possibilité pour eux de se maintenir en emploi quand ils sont atteints d'une pathologie. Cela constitue donc un levier d'action important.

Les travailleurs atteints d'une maladie chronique connaissent souvent des difficultés :

- Pour se maintenir dans l'emploi,

Il est fréquent que ceux qui ont dû abandonner leur emploi à cause d'une maladie chronique ne reviennent pas travailler, mais basculent dans l'invalidité ou la retraite anticipée. S'ils reprennent leur travail, ils sont souvent confrontés à des difficultés ou des discriminations, par exemple à une baisse de salaire.

- Ou bien pour revenir au travail après une période d'absence.

Sources : www.maladie-chronique-travail.eu

Le « Public Health Work » est la neuvième campagne coordonnée par le Réseau européen pour la promotion de la santé (ENWHP) et vise à promouvoir un travail sain et durable pour des personnes souffrant d'une maladie chronique. L'objectif de l'ENWHP, à travers cette campagne, est de sensibiliser les employeurs, entre autres, à l'importance d'un bon travail pour les malades chroniques, notamment par :

- La collecte et la diffusion de connaissances et de bonnes pratiques en ce qui concerne l'employabilité durable de personnes souffrant d'affections chroniques.
- Le développement de directives pratiques et utilisables pour les employeurs et les travailleurs afin de permettre aux personnes atteintes d'une affection chronique d'accéder à un travail sain et de qualité.

La campagne s'étend sur deux ans (2011-2013) et est soutenue financièrement par la Commission européenne dans le cadre du Public Health Programme. La campagne a été clôturée par une conférence à Bruxelles les 22 et 23 octobre 2013. Enfin, il est utile de préciser pour quelle raison il est important d'assurer le maintien dans l'emploi et le retour au travail des salariés atteints d'une maladie chronique.

Les 3e Plan de Santé au Travail (2015-2020) et Plan Cancer (2014 – 2019)

63 700 nouvelles inscriptions à Pôle emploi / an résultent d'une déclaration d'inaptitude physique par le médecin du travail. Ces salariés « inaptés » sont surreprésentés parmi les chômeurs de longue durée.

Parmi les personnes qui étaient en activité lors du diagnostic de cancer, trois sur dix ont perdu leur emploi ou l'ont quitté deux ans après (Enquête VICAN 2, 2012). Pour celles qui étaient au chômage au moment du diagnostic, le retour à l'emploi est rendu plus difficile : seules 30 % ont retrouvé un emploi deux ans après contre 43 % chez les personnes n'ayant pas eu de cancer.

Il est de plus en plus entendu que l'action sur le maintien en emploi doit être menée dans le cadre d'une approche globale, en intégrant tous les types de fragilités des travailleurs : handicap, état de santé altéré, dégradation progressive de la santé liée aux conditions de travail.

Cette approche la plus transversale possible se retrouve dans la définition du handicap issue de la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Les actions prévues dans le cadre du 3e Plan Santé au Travail reposent sur cette approche large des publics dans une perspective de maintien dans l'emploi (maintien sur le poste, grâce à des aménagements ou sur un autre poste dans l'entreprise par reclassement interne) et le maintien en emploi proprement dit (grâce à un reclassement externe).

En cohérence avec les orientations des partenaires sociaux et dans la suite des travaux entrepris dans le cadre de la convention multipartite pour l'emploi des travailleurs handicapés et du Plan cancer 2014-2019, le présent projet poursuit l'objectif de renforcer la cohérence de l'accompagnement institutionnel des travailleurs et des entreprises et des actions de prévention de la désinsertion.

Le plan Cancer 2014 – 2019

Action 9.5 : Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle (...)

Confier à l'Anact le développement expérimental d'une approche organisationnelle du maintien en activité et la capitalisation et diffusion des bonnes pratiques sur le maintien des salariés atteints de maladies chroniques dans les entreprises.

Action 9.6 : Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès (...)

Une expérimentation sera réalisée dans deux ou trois régions en 2014 et pour une durée de deux ans. Cette approche réunira les acteurs de la prévention qui interviennent sur les conditions de travail dans l'entreprise (services santé au travail, Carsat, Aract, Direccte, etc.) et les acteurs qui sont présents sur le champ de l'emploi et de la formation professionnelle. Elle visera à développer les liaisons entre les services compétents sur la santé au travail et la santé publique et les médecins compétents (médecins du travail, médecins généralistes, médecins-conseils de la sécurité sociale).

Travail et Maladies Chroniques : une démarche stratégique « projet »

La question du maintien durable en emploi est d'autant plus prégnante dans le contexte actuel d'évolutions du travail et de l'emploi.

L'allongement de la vie professionnelle pose la question du vieillissement de la population au travail : le taux d'activité des 55-64 ans est ainsi passé de 30 % en 1995 à 48 % en 2012 et 14 % des actifs sont âgés d'au moins 55 ans en 2012, contre 7 % en 2000 (source : DARES).

L'efficacité croissante des traitements et le vieillissement des travailleurs dû à l'allongement des carrières engendrent une croissance de la part des travailleurs atteints de maladies chroniques évolutives.

En France, autour de 15 millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques, soit près de 20 % de la population ; ce qui représente une part non négligeable de la population active (environ 12 à 15 %).

La grande majorité des personnes atteintes de maladies chroniques peuvent prétendre à la reconnaissance de qualité de travailleur handicapé. Toutefois, nombre d'entre elles ne font pas la démarche et ne sollicitent pas les acteurs compétents en matière de retour à l'emploi et de maintien. Ces maladies, par leur statut indéfini dans le monde du travail, sont souvent invisibles pour l'employeur et les collègues tandis que leurs impacts sur l'activité professionnelle sont importants.

S'il est fondamental, pour les salariés atteints de ces maladies, de conserver leur activité professionnelle le plus longtemps possible pour certaines pathologies, ou pendant la période transitoire des soins pour d'autres, il est tout aussi fondamental que cela se passe dans les meilleures conditions. L'environnement professionnel du salarié doit ainsi être informé des conséquences de la maladie pour mieux comprendre la situation, et il peut être nécessaire de revoir l'organisation du travail pour adapter le poste de travail du salarié malade.

Selon l'OMS, la maladie chronique évolutive se définit, comme « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur plusieurs années ». Ainsi une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves.

A ce stade, sont incluses dans le projet des maladies chroniques comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète, la sclérose en plaques, les maladies rares comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies, les maladies transmissibles comme le Sida ou l'hépatite C et les troubles mentaux de longue durée.

Il n'est pas exclu, dans une phase ultérieure du projet d'étudier les impacts d'autres maladies chroniques ayant des effets handicapants au travail.

Le projet du réseau Anact/Aract 2015-2016

Dans l'entreprise, les salariés concernés par des maladies chroniques, comme les personnes en situation de handicap, sont souvent non identifiés (effets non visibles, déficit d'information, risque de discrimination...) et par conséquent, peu de réflexions sont menées dans les services sur ce sujet.

Pourtant ces pathologies impactent particulièrement l'activité professionnelle (désorganisation des plannings en raison d'absences pour raisons médicales, gestion difficile des retours de congé maladie, tension dans l'équipe de travail, etc...).

Pour appréhender au mieux ces maladies au travail, une approche pluridisciplinaire est la plus indiquée. Ces démarches « conduite de projet » permettent de coordonner et de donner de la cohérence entre les acteurs de la sphère privée et ceux de la sphère professionnelle. Elle permet de regrouper à la fois les associations de patients dans une approche de santé communautaire, mais aussi les professionnels de la santé au travail (médecins du travail, médecins de prévention, ergonomes...).

Le public cible de ce projet innovant sont les acteurs de l'entreprise en particulier les DRH et les managers de proximité ainsi que les partenaires sociaux, tous les professionnels mobilisables dans le cadre du maintien et bien entendu les personnes elles-mêmes.

Ces démarches « projet » permettent aux entreprises de s'engager plus durablement et manière cohérente sur des politiques de maintien dans l'emploi et d'insertion et donnent de la visibilité et un positionnement des acteurs compétents tel que la MDPH, les Sameth, les Cap Emploi, en renforçant la coordination en entreprise et dans les territoires.

Le projet « Travail et Maladies Chroniques Evolutives » est soutenu par l'INCa et le ministère du travail dans le cadre du Plan Cancer 3.

En 2015 /2016, des projets sont expérimentés dans cinq régions pilotes : Aquitaine, Basse-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique et Picardie. Un groupe national « grandes entreprises » sera constitué en parallèle pour échanger et valoriser des bonnes pratiques en faisant le lien avec des travaux de recherche qui émergent sur le sujet.

Une phase d'évaluation-capitalisation de ces travaux est prévue fin 2016, avant un déploiement prévu sur l'ensemble du territoire français.

Conclusion

En conclusion, il existe de nombreuses données à disposition pour cet indicateur ainsi que des organismes référents. Sa mise en place semble relativement simple. Au sein de l'ARACT Aquitaine, les personnes ressources sont Dominique Baradat (d.baradat@anact.fr) et Élise Fosset (e.fosset@anact.fr) chargés de mission.

Cet indicateur est très important dans la société d'aujourd'hui car il répond à un problème de santé publique majeur et pérennial ayant un impact médical et socio-économique. Il est donc justifié de vouloir l'étudier.

Les avantages de cet indicateur

Cet indicateur est un excellent marqueur de la santé publique française et son suivi au long cours. Les organismes référents sont bien définis, tant au niveau national qu'au niveau régional.

Les limites actuelles

Aucune.

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) est un établissement public administratif créé en 1973 et placé sous la tutelle du ministère en charge du Travail.

Ses missions et son fonctionnement sont précisés par le décret n°2015-968 du 31 juillet 2015.

L'Anact a pour vocation d'améliorer les conditions de travail en agissant notamment sur l'organisation du travail et les relations professionnelles. Pour cela, elle conçoit et diffuse, à destination des salariés, de leurs représentants et des directions — mais aussi de tous les acteurs qui interviennent auprès des entreprises — des méthodes et outils éprouvés dans un objectif partagé : concilier durablement qualité de vie au travail et performance économique.

Basée à Lyon, l'Anact pilote un réseau d'associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract), présentes sur tout le territoire. Chaque association décline, en région, les missions permanentes et priorités d'intervention définies par la gouvernance de l'Agence.

Les Aract sont des associations de droit privé, administrées de manière paritaire et financées par l'Etat (Anact et Ministère du Travail), la Région et des ressources propres. Plus de 200 collaborateurs contribuent à leur mission de service public : favoriser l'amélioration des conditions de travail dans les entreprises de leur région, prioritairement au bénéfice des PME-PMI.

Source : www.anact.fr

L'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail d'Aquitaine (Aract)

L'Aract Aquitaine, composée d'une équipe de 10 personnes, est l'une des 26 associations régionales du réseau Anact-Aract. Son conseil d'administration comprend à parts égales des représentants des employeurs et des salariés. En 2016, le réseau Anact-Aract épousera les contours des nouvelles régions, tout en maintenant ses implantations locales de proximité.

Source : www.aquitaine.aract.fr

Tableau 13 : Synthèse de l'indicateur « maintien et retour à l'emploi des personnes souffrant de maladie chronique »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Etat de santé	
Variable	Quantitative	
Numérateur		
Dénominateur		
Statut national	A créer	ANACT
Statut régional	A créer	ARACT
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	A préciser	

IX - La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents

Les définitions du surpoids et de l'obésité selon l'OMS (64)

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'organisation mondiale de la santé comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé ». L'indice de masse corporelle (IMC), reflet de la corpulence, est couramment utilisé pour estimer l'adiposité. L'IMC est égal au poids (kg) divisé par la taille (m) au carré.

Chez l'adulte, le surpoids est défini par un IMC compris entre 25 et 30 et l'obésité est définie par un IMC supérieur à 30.

Chez l'enfant, on utilise des courbes de corpulence qui reflètent l'évolution de l'adiposité au cours de la croissance. Le statut des enfants vis-à-vis des seuils de surpoids et d'obésité se détermine en reportant la valeur de l'IMC sur la courbe de corpulence de référence selon le sexe.

Il existe plusieurs références pour définir les seuils de surpoids et d'obésité : des références françaises et des références internationales. Les plus utilisées en France sont les courbes de corpulences françaises et les seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF).

Dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), des courbes de corpulence adaptées à la pratique clinique ont été diffusées par le ministère de la Santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en 2003 et réactualisées en 2010. Ces courbes superposent les références françaises et les références de l'IOTF.

En fonction des références, différents seuils d'interprétation sont utilisés :

Selon les références françaises :

- IMC < 3e percentile : Insuffisance pondérale
- $3e \leq \text{IMC} < 97e$ percentile : Corpulence normale
- $\text{IMC} \geq 97e$ percentile : Surpoids

Selon l'International Obesity Task Force (IOTF):

- $\text{IMC} \geq \text{seuil IOTF-25}$: Surpoids (obésité incluse)
- $\text{seuil IOTF-25} < \text{IMC} < \text{seuil IOTF-30}$: Surpoids (obésité exclue)
- $\text{IMC} \geq \text{seuil IOTF-30}$: Obésité

Selon le PNNS :

- IMC < 3e percentile : Insuffisance pondérale
- $3e \leq \text{IMC} < 97e$ percentile : Corpulence normale
- $\text{IMC} \geq 97e$ percentile : Surpoids (incluant l'obésité)
- $\text{IMC} \geq \text{seuil IOTF-30}$: Obésité

Les seuils recommandés en France en pratique clinique pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont ceux définis dans les courbes de corpulence du PNNS 2010.

En conséquence, il est fondamentalement important de bien préciser l'échelle utilisée quand on donne un taux de prévalence de surpoids ou d'obésité.

Le contexte du développement de l'indicateur

L'indicateur « prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et adolescents » correspond à un déterminant majeur de santé et s'intègre bien dans la thématique prioritaire « santé des jeunes » de la stratégie nationale de santé. Le surpoids et l'obésité sont un sujet préoccupant et emblématique des inégalités sociales de santé. Les ouvriers comptent désormais dix fois plus d'enfants obèses que les cadres, contre quatre fois plus en 2002. De plus, 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 (48).

Le premier Plan national nutrition santé (PNNS) a été lancé en 2001 et reconduit en 2006 et 2011. Sa déclinaison régionale, le Programme Nutrition, Prévention et Santé des enfants et des adolescents en Aquitaine a reçu en 2006 le Prix de l'OMS Europe pour la lutte contre l'obésité infantile.

En effet, en 2005, l'institut de Santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped-université de Bordeaux, labellisé par l'Inserm) qui coordonnait ce programme en lien avec l'Agence régionale de santé s'était rapproché du service de santé scolaire du rectorat de l'académie de Bordeaux et des comités départementaux d'éducation à la santé. Ensemble, ils avaient élaboré des recommandations destinées à promouvoir la santé des élèves à l'école. Ces recommandations avaient été relayées par le recteur en personne dans un courrier adressé à tous les directeurs d'établissements. Par exemple, des recommandations avaient été émises sur l'offre alimentaire en dehors de la cantine scolaire, notamment les collations. Cette mesure avait ensuite été évaluée par les chercheurs et avait montré des résultats encourageants de modifications des pratiques sur le terrain (65). Cependant, ce programme de prévention n'a pas été reconduit.

Les éléments particuliers à prendre en compte dans l'indicateur

- Déclinaisons par catégories socio-démographiques

Compte tenu des éléments présentés plus haut, il est important que l'indicateur soit déclinable selon les catégories socio-professionnelles, comme recommandé par le Haut conseil de santé publique dans son rapport.

- Les tranches d'âge d'intérêt

Les tranches d'âge d'intérêt sont importantes à déterminer car souvent différentes d'une enquête à une autre, limitant la comparabilité des résultats. Trois bilans scolaires ont lieu durant le parcours de l'enfant : à grande section maternelle (obligatoire), en CM2 et en sixième.

La tranche d'âge 5-6 ans est celle où il y a le plus d'informations (bilan médical obligatoire) et où la faisabilité de l'indicateur est la meilleure mais nécessitant tout de même une adaptation du recueil. Cependant cette tranche d'âge sous-estime le problème de surpoids car trop précoce. De plus les enfants en surpoids à cet âge-là ne le sont pas forcément à 7/8 ans donc cette tranche d'âge n'est pas prédictive des problèmes de poids.

La tranche d'âge 7 à 9 ans est la plus pertinente d'un point de vue médicale car se situe après le rebond d'adiposité mais encore assez tôt pour agir en terme de prévention. Cependant aucun bilan scolaire obligatoire n'a lieu à cet âge.

La tranche d'âge 11-12 ans bénéficie déjà d'un recueil informatisé exploitable mais non exhaustif. L'indicateur est déjà produit de manière annuelle par l'Observatoire régional de la santé d'Aquitaine.

Les données existantes actuellement:

Il existe plusieurs sources existantes au niveau national actuellement :

Etude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007 (66)

L'objectif principal de l'étude ENNS était de décrire les apports alimentaires, l'état nutritionnel et l'activité physique d'un échantillon national d'adultes (18-74 ans) et d'enfants (3-17 ans) vivant en France métropolitaine en 2006-2007.

Le recrutement des participants a été réalisé par tirage au sort d'individus au sein de foyers eux-mêmes issus d'une sélection aléatoire d'unité primaire. Ce recrutement a duré une année afin de tenir compte de la saisonnalité de l'alimentation (février 2006 – mars 2007). Au total, 1 675 enfants de 3 à 17 ans ont été inclus.

La mesure du poids et de la taille était effectuée à domicile par des professionnels de santé (diététiciens/nes, infirmiers/ières, médecins) recrutés et formés par l'InVS. Les courbes de corpulence utilisées chez l'enfant étaient celles de l'IOTF.

L'Etude nationale nutrition santé est actuellement reconduite dans le cadre de l'étude Esteban, dont elle constitue le volet nutritionnel. Cette étude épidémiologique transversale est réalisée en population générale sur un échantillon national de 1 000 enfants âgés de 6 à 17 ans. Les premiers résultats devraient être disponibles fin 2016.

Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 7 à 9 ans (élèves de CE1-CE2), 2000 et 2007 (67), InVS :

Le choix de la classe d'âge 7-9 ans est lié au fait que le rebond d'adiposité survient vers l'âge de 6 ans, à la suite du nadir¹ de la courbe de l'indice de masse corporelle. Avant l'âge de 6 ans, la répartition des valeurs individuelles de l'IMC par rapport à la courbe de référence est souvent transitoire. Ce n'est qu'après l'âge de 6 ans que l'obésité apporte une valeur fiable prédictive du statut adipeux de l'adulte.

Une première étude a été réalisée en 2000. Elle portait sur 1 582 élèves de CE1-CE2 de 70 écoles primaires tirées au sort dans 11 des 26 académies de France métropolitaine.

L'étude de 2007 a concerné 2 525 élèves de CE1-CE2 de 81 écoles primaires tirées au sort dans 64 des 96 départements métropolitains. Le poids et la taille ont été mesurés par des infirmières et des médecins de l'Éducation nationale. Un questionnaire, rempli par les parents et récupéré par le médecin sous enveloppe cachetée au moment des mesures anthropométriques, permettait de recueillir les informations sur l'environnement familial, l'activité physique de l'enfant, son comportement sédentaire et la santé périnatale. Le surpoids et l'obésité ont été déterminés avec les références de l'IOTF.

La répétition de cette étude au cours de l'année scolaire 2015-2016 est en préparation avec le Ministère de l'Éducation nationale. Cette troisième étude permettra de confirmer ou d'infirmer l'évolution observée entre 2000 et 2007. Le choix de l'année 2015-2016 est motivé par la prochaine échéance de la « Childhood Obesity Surveillance Initiative (Cosi) » de l'Organisation mondiale de la santé. Cette initiative, lancée en 2007 par le Bureau européen de l'OMS, promeut la surveillance de la corpulence des enfants, en standardisant le recueil des données pour permettre des comparaisons internationales et temporelles. La France fournira ainsi pour la

¹ Valeur la plus basse d'une mesure au cours du temps

première fois des données nationales dans le cadre de cette initiative européenne (68). Cependant, il semblerait que les données de cette étude ne soient pas utilisables en région.

Enquête individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA), 1998 et 2006

INCA 1 : 1999 - 2000 : Les données ont été recueillies sur 11 mois, d'août 1998 à juin 1999 et concernent 1016 enfants et jeunes adolescents de 3 à 14 ans.

INCA 2 : 2006 – 2007 : Deux populations ont été incluses dans l'étude INCA 2 entre décembre 2005 et avril 2007 : les enfants de 3 à 17 ans et les adultes de 18 à 79 ans. Le tirage au sort des unités primaires a été effectué conjointement avec l'étude ENNS de l'InVS, un logement était sélectionné de manière aléatoire, l'individu choisi en son sein était déterminé par la méthode de la date anniversaire². Les mesures anthropométriques ont été mesurées à domicile par des professionnels de santé. Le surpoids et l'obésité ont été déterminés avec les références IOTF. Les données sur l'activité physique, la sédentarité, les habitudes alimentaires étaient recueillies avec un questionnaire adapté à l'âge de l'enfant. Pour les enfants de 3 à 10 ans, les questions étaient posées aux représentants de l'enfant (69).

En 2014, l'Anses a lancé en collaboration avec l'Inpes la troisième étude INCA.

Enquêtes en milieu scolaire (cycle triennal d'enquêtes sur la santé des élèves)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a mis en place un cycle d'enquêtes de santé en milieu scolaire depuis le début des années 2000. Tous les 3 ans initialement, et une année sur deux depuis 2012, une enquête est réalisée sur un échantillon national d'enfants scolarisés alternativement dans l'un des trois niveaux scolaires suivants : les enfants de grande section de maternelle, les élèves de CM2 et les adolescents en troisième (générale, technologique, insertion ou SEGPA).

Les enquêtes de santé en milieu scolaire sont pilotées par la Drees, la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), la Direction générale de la santé (DGS), et la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère chargé de l'Éducation nationale, avec l'appui méthodologique de l'Institut de veille sanitaire. Les recueils des données sont réalisés en milieu scolaire par les infirmières et médecins de l'Éducation nationale.

Le surpoids et l'obésité sont déterminés par les références IOTF.

Cependant, les échantillons régionaux ne sont pas représentatifs et donc ne permettent pas une déclinaison de l'indicateur en Aquitaine.

Il existe plusieurs sources à disposition également au niveau régional :

Enquête dans les établissements scolaires publics en Aquitaine 2004-2005 (70)

L'étude a inclus 2389 adolescents âgés de 11 à 18 ans scolarisés dans des collèges et lycées publics d'Aquitaine. Les mesures anthropométriques ont été recueillies par les infirmières scolaires. Le surpoids et l'obésité étaient définis par les références IOTF. Des données déclaratives ont été recueillies par le biais d'un questionnaire rempli en classe (activité physique, sédentarité, statut socio-économique, activité physique des parents, poids des parents).

² Sélection de la personne du foyer dont la date d'anniversaire était la plus proche de celle du contact.

Enquête dans les écoles primaires d'Aquitaine, 2007-2009, sur deux tranches d'âge : 5 à 7 ans et 7 à 9 ans (71)

L'étude a inclus 4048 enfants âgés de 5 à 7 ans et 3619 enfants âgés de 7 à 11 ans. Le poids et la taille des enfants étaient mesurés par les infirmières ou les médecins scolaires lors des bilans de santé. Un questionnaire était rempli par les parents des enfants âgés de 5 à 7 ans et par les infirmières scolaires pour les enfants de 7 à 11 ans concernant les habitudes alimentaires, l'activité physique, la sédentarité, le statut socio-économique.

Les données des dépistages infirmiers approfondis des élèves de sixième (72)

Le dépistage infirmier approfondi est un bilan effectué par les infirmiers scolaires auprès des élèves. Lors de ce bilan, le poids et la taille sont mesurés par l'infirmière. Le Rectorat, par l'intermédiaire des inspections académiques, centralise les résultats de ces dépistages. Afin de valoriser le travail effectué par les infirmiers scolaires et de suivre l'évolution de l'état de santé des jeunes Aquitains, le Rectorat, l'Agence régionale de santé d'Aquitaine et l'Observatoire régional de la santé d'Aquitaine ont souhaité mettre en place un recueil d'informations permanent sur l'état de santé des enfants des classes de sixième à partir des dépistages infirmiers approfondis.

Dans le cadre de ce projet, la plateforme web Voozanoo™ a été utilisée afin que chaque infirmier scolaire puisse saisir et consulter les fiches des dépistages infirmiers approfondis des élèves rattachés à l'établissement auquel il est affecté. Les données saisies sont non nominatives, seul l'infirmier qui crée une fiche a la correspondance entre le numéro de l'élève et son identité.

L'informatisation des fiches des dépistages infirmiers approfondis permet de réaliser des analyses brutes des données de l'établissement. Chaque utilisateur peut ainsi réaliser les analyses qu'il désire sur les données des élèves de son établissement et mettre en place des actions de prévention spécifiques aux problématiques rencontrées.

Ainsi, cette nouvelle plateforme permet le suivi en routine de nombreux indicateurs dans cette classe d'âge dont la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants scolarisés en sixième en Aquitaine.

Une réflexion est en cours pour étendre le dispositif en Poitou-Charentes et Limousin. Une extension du dispositif aux bilans scolaires des 5-6 ans n'a pas encore été discutée et paraît plus compliquée car ces bilans sont réalisés par des médecins pour la grande majorité.

La situation en Aquitaine

Selon le rapport d'octobre 2015 de l'ORSA, le surpoids touche 15,1% des élèves de sixième. L'Aquitaine bénéficie également d'une expertise reconnue sur ce thème au travers des équipes du centre spécialisé de l'obésité et du RéPPOP Aquitaine coordonnés par Hélène Thibault.

Le RéPPOP Aquitaine (Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie) a pour objectif d'améliorer la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent en Aquitaine. Il propose une prise en charge de proximité et multidisciplinaire, réunissant les professionnels de santé de ville, les hospitaliers et les institutionnels (médecins et infirmières scolaires, médecins des PMI et des crèches...), en lien avec l'équipe de coordination du réseau. Cette prise en charge dure 2 ans, durant lesquels le patient peut bénéficier d'un suivi médical régulier, accompagné éventuellement d'un suivi diététique et/ou d'un suivi psychologique. Le RéPPOP dispense également des journées de formation aux professionnels sur le thème du surpoids et de l'obésité.

Tableau 14 : Sources de données nationales et régionales sur la prévalence du surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent

Etude	Promoteur de l'étude	Tranche d'âges	Années de l'étude
<i>Etudes nationales</i>			
Etude Nationale Nutrition santé (ENNS)	InVS		
		3 à 17 ans	2006 - 2007
Volet nutrition étude ESTEBAN		6 à 17 ans	2014
Prévalence chez les enfants de 7 à 9 ans (élèves de CE1-CE2)	InVs		
		7 à 9 ans	2000
		7 à 9 ans	2007
		7 à 9 ans	2015 - 2016
Enquête Individuelle nationale des consommations alimentaires	Anses		
Etude INCA 1		3 à 17 ans	1998 - 1999
Etude INCA 2		3 à 17 ans	2006 - 2007
Etude INCA 3		3 à 17 ans	2014
Enquêtes en milieu scolaire : (cycle triennal d'enquêtes sur la santé des élèves)	Desco-DREES-InVS		
Enfants de 5-6 ans		5 à 6 ans	1999-2000
		5 à 6 ans	2005 - 2006
		5 à 6 ans	2012 - 2013
Enfants de 10-11 ans (CM2)		10 à 11 ans	2001 - 2002
		10 à 11 ans	2004 - 2005
		10 à 11 ans	2007 - 2008
Enfants de 14-15 ans (3ème)		14 - 15 ans	2000 - 2001
		14 - 15 ans	2003 - 2004
		14 - 15 ans	2008 - 2009
<i>Etudes régionales</i>			
Enquête dans les établissements scolaires publics	INSERM	11 à 18 ans	2004 - 2005
Enquête dans les écoles primaires d'Aquitaine	INSERM	5 à 7 ans et 7 à 11 ans	2007 - 2009
Dépistages infirmiers approfondis des élèves de sixième	Rectorat - ARS - ORSA	11 à 12 ans	Recueil en routine depuis 2013

Conclusions :

Plusieurs enquêtes sont en cours au niveau national et devraient apporter de nouveaux éléments. Au niveau régional, le RéPPOP présente une expertise reconnue.

Les avantages de cet indicateur

L'obésité pédiatrique est un problème important et actuel de santé publique. Des mesures sont impérativement requises à ce jour.

Il existe une expérience considérable de ce suivi, tant au niveau national qu'au niveau régional.

Cet indicateur est validé. Les interlocuteurs pour l'Aquitaine sont identifiés (l'ORSA et la RéPPOP) (73). Les démarches peuvent être entreprises.

Les limites actuelles

La définition choisie doit être précisée ainsi que le mode de recueil (automatique, enquête...)

L'informatisation et l'automatisation des données faciliteront le transfert et la fiabilité.

Tableau 15 : Synthèse de l'indicateur « la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Etat de santé	
Variable	Quantitative (prévalence)	
Numérateur	Nombre d'enfants en surpoids/obèses	
Dénominateur	Nombre total d'enfants	
Statut national	A créer	InVS, ANSES, DESCO, DREES
Statut régional	A créer	ORSA, ARS, RéPPOP
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	Etablissement scolaires	

X - La prévalence du tabagisme quotidien

La définition du tabagisme quotidien

Le tabac est une plante dont les feuilles sont séchées et mises à fermenter pour obtenir un goût spécifique. Il est proposé à la consommation sous forme de cigarettes, cigares, en vrac à rouler ou pour la pipe, à chiquer, à priser avec les équivalences suivantes : 1 cigare = 1 cigarillo = 2 cigarettes et 1 pipe = 5 cigarettes (74).

L'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) définit les différents usages comme suit :

- l'expérimentation correspond à au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population)
- l'usage dans l'année (ou usage actuel) est la consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps.
- l'usage régulier correspond à au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis au moins 10 fois au cours du mois ou au moins 120 fois au cours de l'année.

Ainsi le tabagisme quotidien est l'équivalent du tabagisme régulier et correspond à un usage quotidien. Ces définitions prennent en compte le tabagisme actif et non le tabagisme passif.

Calcul de l'indicateur :

$$\text{Prévalence du tabagisme quotidien} = \frac{\text{Nombre de personnes qui déclarent fumer tous les jours}}{\text{Nombre de personnes dans l'échantillon}}$$

Le contexte de cet indicateur

Les différents cancers des voies aéro-digestives supérieures, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires liés au tabac tuent chaque année en France plus de 73 000 personnes, soit 1 décès sur 7 (75). Le tabagisme est ainsi la première cause de mortalité évitable en France comme dans le monde. Le tabagisme est responsable de 25% des décès par cancer en France.

Cet indicateur était déjà présent dans la liste des 100 indicateurs annexés à la loi de santé publique de 2004 (76). Son objectif de diminution de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes en 2008 n'a pas été atteint, la prévalence du tabagisme quotidien a même augmenté de 7% entre 2005 et 2010.

Par ailleurs, la consommation de tabac est marquée par un fort gradient social et génère donc une part importante des inégalités sociales de santé. En 2010, les chômeurs comptent davantage de fumeurs quotidiens (51%) que les actifs occupés (33,4%) au même âge. 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 (77).

La lutte anti-tabac

Créée en 1982, la mission permanente de lutte contre la toxicomanie, devenue la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA, ex-MILDT), répond à la nécessité de coordonner une politique publique par nature interministérielle. Elle est à l'origine de plusieurs plans de lutte contre les drogues et notamment le tabac.

Plan triennal 1999-2002 de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances avec notamment (78) :

- Création de l'OFDT, groupement d'intérêt public financé par la MILDECA, ayant pour mission d'observer en temps réel l'évolution des modes de consommation et les produits qui circulent.
- Renforcement des enquêtes épidémiologiques pour disposer de prévalences de consommation (ESCAPAD, ESPAD, Enquête d'opinion EROPP).
- Mise en place d'un réseau sentinelle Trend (Tendance récentes et nouvelles drogues) constitué de professionnels de santé, d'associations, des services de police et de gendarmerie...etc recueillant les nouveaux comportements. Bordeaux fait partie des sites locaux du dispositif.
- Elaboration d'un plan de communication pour créer une culture commune (site www.drogues.gouv.fr, campagne télévisée,...etc).
- Renforcement de la prévention.
- Création du diplôme d'études spécialisées complémentaires en addictologie (DESC) pour les médecins, favoriser la mise en place d'équipe de liaison addictologie dans les hôpitaux.

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 (79) dont les objectifs étaient :

- diminuer l'expérimentation et en retarder l'âge de 14 à 16 ans.
- inciter les fumeurs au sevrage tabagique plus précocement.
- diminuer le tabagisme chez les femmes enceintes de 29,5 % à 20 %.
- réduire le tabagisme passif.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 (80)

Premier plan cancer 2003-2007 (81) : a engagé une lutte contre le tabagisme associant l'augmentation des prix (+ 42 % entre 2002 et 2004), l'interdiction de la vente aux moins de 16 ans, des campagnes d'information et des actions ciblées vers les jeunes et les femmes et le développement des aides à l'arrêt du tabac.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (82) comportait deux objectifs directement liés au tabac :

- abaisser le nombre de fumeurs quotidiens (en particulier chez les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence) ;
- réduire le tabagisme passif dans, les lieux de loisirs et l'environnement professionnel, et le faire disparaître totalement dans les établissements scolaires.

Convention cadre pour la lutte antitabac (83) sous l'égide de l'OMS : La France a été l'un des premiers pays à signer la convention, le 16 juin 2003 et l'a ratifié le 19 octobre 2004. C'est le premier traité international de santé publique qui acquiert le statut de loi internationale. La Convention comporte notamment des dispositions fixant des normes internationales sur les prix

du tabac et l'augmentation des taxes sur le tabac, sur la publicité en faveur du tabac et les activités de parrainage, sur l'étiquetage, le commerce illicite et le tabagisme passif.

Plan cancer 2009-2013 (84) avait pour objectifs en matière de tabac :

- Réduire la prévalence du tabagisme de 30 % à 20 % dans la population française.
- Réduire les incitations multiples à la consommation de tabac, afin de limiter la demande de tabac, en prenant également en compte la nécessité de s'attaquer aux inégalités sociales et régionales face au tabac.

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (85) repose sur trois grandes priorités :

- Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation ;
- Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux.
- Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques au niveau national et international en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives ;

Un troisième Plan cancer 2014-2019 a été lancé le 4 février 2014 par le président de la République François Hollande. L'objectif numéro 10 de ce plan prévoit la mise en place du Programme National de réduction du Tabagisme fixant comme objectif de réduire de 10% la prévalence du tabagisme quotidien parmi les 15-75 ans d'ici à 2019. Pour y parvenir, trois axes d'intervention sont proposés :

- 1) Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme.
- 2) Aider les fumeurs à arrêter.
- 3) Agir sur l'économie du tabac.

L'évolution de la législation concernant le tabac (86) :

La loi Veil du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme :

- Impose la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes.
- Restreint la liberté des fumeurs dans certains lieux publics et transports en commun.
- Limite la publicité et la propagande du tabac.

La loi Evin du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme :

- Impose la mention « Nuit gravement à la santé » sur chaque paquet de cigarettes (ancien article L.3511-6 du code de la santé publique).
- Pose le principe général de l'interdiction de toute publicité directe ou indirecte et de tout parrainage en faveur des produits du tabac.
- Interdit de fumer dans tous les lieux affectés à un usage collectif et dans tous les moyens de transport collectif (article L.3511-7 du code de la santé publique). Le décret du 15 novembre 2006 modifiant la loi Evin étend cette mesure à tous les lieux fermés et couverts accueillant du public.
- Interdit toute distribution gratuite (sauf aux enseignes des débits de tabac).
- Interdit toute opération de parrainage liée au tabac.
- Autorise – sous certaines conditions – les associations impliquées dans la prévention du tabagisme à se constituer partie civile devant les tribunaux.

Arrêté du 5 mars 2003³ :

- les paquets doivent comporter sur leur partie la plus visible l'une des deux mentions suivantes : « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage ». Cet avertissement général doit couvrir au moins 30% de la superficie externe du paquet.

Depuis le 30 septembre 2003, les textes, dénominations, marques, images et signes figuratifs tels que « à faible teneur en goudron », « léger », « ultra-léger », « mild » ou tout autre terme similaire laissant entendre une moindre nocivité d'un produit par rapport à un autre, sont interdits sur l'emballage des produits du tabac.

L'arrêté du 15 avril 2010 rend obligatoire l'avertissement sur le danger du tabac illustré avec des images chocs sur les paquets de cigarettes (87).

Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes :

- interdit la vente de tabac au moins de 16 ans.
- interdit la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de paquets de moins de dix-neuf cigarettes (article L.3511-2 du code de santé publique).

La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) :

- étend l'interdiction de vente de produits du tabac ou ingrédients aux mineurs de 16 à 18 ans
- interdit la vente, de la distribution ou de l'offre à titre gratuit de cigarettes aromatisées dont la teneur en ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée dépasse des seuils fixés par décret.

Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé :

- interdit l'utilisation d'arômes pour les cigarettes et le tabac à rouler.
- interdit la publicité en faveur des dispositifs de vapotage.
- Encadre l'installation des débits de tabac autour des établissements publics scolaires, de formation et de loisirs : un décret fixera les seuils de distance à respecter.
- oblige les acteurs du tabac à informer sur leurs dépenses de communication et actions de lobbying.
- Met en place le paquet neutre.
- interdit de vapoter dans la majorité des lieux où il est actuellement interdit de fumer : établissements scolaires et établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs, moyens de transport collectifs fermés, lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.
- interdit de fumer dans les voitures en présence d'un enfant de moins de 18 ans.

³ Relatif aux teneurs maximales en goudron, nicotine et monoxyde de carbone des cigarettes, aux méthodes d'analyse, aux modalités d'inscription de ces teneurs et de vérification de l'exactitude des mentions portées sur les conditionnements ainsi qu'aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac.

Les données existantes sur le tabagisme quotidien

Au niveau européen, plusieurs études ont évalué la prévalence du tabagisme au quotidien.

L'enquête European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) (88)

L'enquête ESPAD est une enquête quadriennale en milieu scolaire de renommée scientifique internationale. Elle se déroule au même moment dans une quarantaine de pays européens depuis 1999. Elle permet ainsi de comparer la santé et les comportements à risques comme les consommations de substances psycho-actives (tabac, alcool, cannabis, cocaïne,...) des jeunes adolescents scolarisés au sein des principaux pays de l'Union européenne. En France, l'ESPAD est coordonné par l'OFDT en partenariat avec le ministère de l'Education nationale, l'INSERM et l'INPES. La dernière version s'est déroulée entre avril et mai 2015, y compris dans les départements d'Outre-mer. Les données sont recueillies par un auto-questionnaire standardisé commun. L'enquête française de 2011 a concerné 195 établissements publics et privés du second degré ; à cette fin 2572 élèves âgés de 15 à 16 ans ont été interrogés. De plus, un sur-échantillonnage des classes en Bretagne, Poitou-Charentes et Midi-Pyrénées, a été effectué à la demande des rectorats et des acteurs locaux de santé publique pour obtenir des résultats au plan régional pour ces territoires.

Le questionnaire 2011 de l'enquête ESPAD posait comme principales questions :

Combien avez-vous fumé de cigarettes au cours des 30 derniers jours ?

- Aucune
- Moins de 1 par semaine
- Moins de 1 par jour
- 1 à 5 par jour
- 6 à 10 par jour
- 10 à 20 par jour
- Plus de 20 par jour

A partir de quel âge avez-vous eu une consommation quotidienne ?

- Jamais, 9 ans, 10 ans, 11 ans, 12 ans, 13 ans, 14 ans, 15 ans, 16 ans.

A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?

- Jamais, 9 ans, 10 ans, 11 ans, 12 ans, 13 ans, 14 ans, 15 ans, 16 ans.

L'enquête Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) (89)

Sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé, l'étude HBSC regroupe les résultats d'auto-questionnaires anonymes de plus de 41 pays, principalement européens. En France, elle couvre l'ensemble du territoire métropolitain et interroge sur les consommations de substances psychoactives des élèves scolarisés du CM2 à la seconde dans des établissements publics ou privés sous contrat avec l'Etat. Les données sont recueillies par auto-questionnaires effectués en classe. Cette enquête se déroule tous les 4 ans, la dernière édition ayant eu lieu en 2014. 12000 élèves avaient été interrogés. En Aquitaine 20 établissements avaient participé à l'enquête.

Il est important de souligner que dans cette enquête les définitions d'usage diffèrent. L'usage récent est défini comme au moins un épisode de consommation sur les 30 derniers jours, l'usage régulier comme au moins dix épisodes de consommation sur les 30 derniers jours et l'usage quotidien comme au moins une fois par jour sur les 30 derniers jours.

Depuis le début de l'enquête, deux questions sont présentes :

- As-tu déjà fumé du tabac (au moins une cigarette, un cigare ou une pipe) ? Oui / Non.

Tous les combien fumes-tu actuellement ?

- Chaque jour / Au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours / Moins d'une fois par semaine / Je ne fume pas.

En 2006, la question suivante issue de l'enquête ESPAD a été rajoutée afin de permettre une comparaison des différents résultats :

Combien as-tu fumé de cigarettes au cours des trente derniers jours ?

- Aucune / Moins d'une cigarette par semaine / Moins d'une cigarette par jour / 1-5 cigarettes par jour / 6-10 cigarettes par jour / 11-20 cigarettes par jour / Plus de 20 cigarettes par jour.

Au niveau national, il existe aussi plusieurs études à disposition.

Le Baromètre Santé de l'INPES

Le Baromètre Santé (90) est une enquête en population générale (15 à 75 ans) menée par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), tous les 4 ans depuis 1992.

Un sondage téléphonique doublement randomisé (sur les familles françaises, puis au sein même de la famille) permet d'obtenir le nombre de fumeurs réguliers sur le territoire français ainsi que les facteurs associés à la consommation de tabac (âge, sexe, niveau d'étude, situation professionnelle...).

Le baromètre santé définit un fumeur quotidien (ou régulier) comme un fumeur déclarant fumer tous les jours ou déclarant fumer un nombre de cigarettes par jour et un fumeur actuel comme un individu déclarant fumer du tabac ce serait-ce que de temps en temps.

En 2014, la prévalence du tabagisme quotidien enregistre une légère baisse passant de 29,1% en 2010 à 28,2% en 2014 (91).

Questionnaire 2014 de l'étude Baromètre Santé par l'INPES (92) :

Est-ce que vous fumez (narguilé et chicha inclus), ne serait-ce que de temps en temps ?

- Oui/Non/Ne se prononce pas.
- Si oui, fumez-vous :
 - Du tabac à rouler ?
 - Des cigarettes ?
 - Des cigarillos ?
 - Des cigares ?
 - La pipe ?
 - La chicha ou le narguilé ?
- Fumez-vous tous les jours ? Oui/Non

La prochaine étude Baromètre santé est actuellement en cours en 2016.

Le Baromètre Cancer de l'Institut National du Cancer et de l'INPES (93)

Le Baromètre Cancer 2010 est la deuxième vague, après le Baromètre Cancer 2005, d'une enquête menée en population générale. Lancée dans le cadre d'une collaboration entre l'Institut national du cancer et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, cette étude vise à identifier les évolutions des perceptions, des risques et des comportements entre les deux enquêtes.

Un échantillon représentatif de 4 000 personnes de 15 à 85 ans a été interrogé sur ses connaissances, attitudes et comportements concernant les facteurs de risque du cancer, mais également sur ses représentations de la maladie et l'image des malades. L'enquête interroge aussi sur la perception des risques liés au tabac.

Questionnaire de l'enquête du baromètre cancer de 2010 :

Est-ce que vous fumez du tabac, quel que soit le type de tabac, ne serait-ce que de temps en temps ? (cela inclut la chicha et le narguilé) :

- Oui / Non / Ne se prononce pas

Si oui, fumez-vous tous les jours ?

- Oui / Non

Si vous êtes fumeur, combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ? (Ne pas compter les cigarettes roulées, les cigares, les cigarillos, les pipes et la chicha)

- Par jour / Par semaine / Par mois / Par an / NSP / Ne fume pas de cigarettes, mais seulement des cigares, des cigarillos ou la pipe.

L'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel à la préparation de la défense (94)

L'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel à la préparation de la défense (ESCAPAD) est une enquête exhaustive mise en place en 2000 par la direction du service national (DSN). Elle s'adresse aux jeunes de 17 ans de France métropolitaine et des DOM passant leur journée défense et citoyenneté. Les données sont recueillies par auto-questionnaire. Ce questionnaire porte sur la santé des jeunes de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs. L'enquête a lieu tous les 3 ans. Le dernier exercice s'est déroulé du 17 mars au 21 mars 2014 et a concerné 26 351 adolescents. Cet échantillon est assez grand pour permettre des analyses régionales.

Cette étude définit l'usage régulier comme au moins 10 usages dans les 30 derniers jours précédant l'enquête et l'usage quotidien comme au moins un usage par jour au cours des 30 derniers jours.

En 2014, l'usage quotidien de tabac a continué de progresser très légèrement passant de 31,5% à 32,4% entre 2011 et 2014. Cette augmentation résultant principalement d'une progression chez les filles (+1,7 points). Le tabagisme quotidien ne présente plus de différentiel de genre chez les adolescents. L'inscription en apprentissage ou le fait de se trouver dans une situation de déscolarisation demeurent des facteurs fortement associés à l'usage quotidien.

Concernant la cigarette électronique, plus de la moitié des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà essayé la cigarette électronique au cours de leur vie, 2,5% disent l'utiliser tous les jours.

Concernant l'usage du cannabis, pour la première fois depuis 2003, la consommation progresse, quelle que soit la fréquence d'usage.

Les résultats sont déclinables au niveau régional. En 2014, 1037 jeunes étaient concernés en Aquitaine (542 garçons et 513 filles). L'échantillon était donc exploitable. La prévalence du tabac était de 35%, sans différence significative entre les sexes. La situation est stable comparativement à l'enquête de 2011.

L'enquête Handicap Santé, volet ménage, 2008 (95)

Cette enquête de l'INSEE a pour but d'évaluer les problèmes de handicap et de dépendance, ainsi que les difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne par les personnes concernées. Le volet ménage a été collecté entre le 31 mars et le 19 juillet 2008 auprès de 39 065 personnes sur l'ensemble du territoire français, départements d'Outre-mer compris.

Questionnaire 2008 (le questionnaire sur le tabac était adressé aux adultes) :

Fumez-vous actuellement ? Oui, tous les jours / Oui, occasionnellement / Non, jamais.

Si oui : Quel type de tabac fumez-vous tous les jours (plusieurs réponses possibles) ?
Cigarettes manufacturées, cigarettes roulées, cigare, pipe, autre.

Selon la réponse à la question précédente (manufacturées, roulées, cigare, pipe) :
Combien en fumez-vous par jour ?

Enquête sur la santé et la protection sociale de l'IRDES

L'enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) permet d'étudier les liens existant au niveau individuel entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut socio-économique. C'est une enquête par sondage, représentative des personnes vivant en ménage ordinaire dont un membre au moins est assuré au régime général de la Sécurité Sociale (CnamTS), au régime des professions indépendantes (RSI) ou à celui des professions agricoles (MSA), soit environ 96% de la population en France métropolitaine. En 2010, 8 305 ménages (soit 22 850 personnes) ont été enquêtés. Cette enquête se déroule tous les 2 ans en France Métropolitaine. La dernière enquête a eu lieu en 2014. Les données concernant le tabac sont recueillies par auto-questionnaire.

Questionnaire 2012 (les questions sur le tabac sont dans le questionnaire adulte) (96) :

Fumez-vous actuellement ? Tous les jours, occasionnellement, pas du tout.

Si oui : Quelle consommation journalière avez-vous de cigarettes (manufacturées ou roulées), de cigares/cigarillos et de tabac à pipe ?

Les résultats de ces consommations sont déclinés en fonction du statut socio-économique.

Tableau de bord mensuel Tabac (97)

Le tableau de bord TABAC a été mis en place par l'OFDT en 2004. Il rapporte les principaux indicateurs liés aux ventes de tabac, à la prise en charge des fumeurs et aux actions de prévention et d'information. Ces éléments sont détaillés chaque mois dans un tableau de bord synthétique. Cet outil permet de suivre l'évolution du phénomène du tabagisme en France en complément aux différentes enquêtes produites dans ce domaine.

Ce tableau de bord ne renseigne pas l'indicateur « prévalence du tabagisme quotidien ».

Ce tableau de bord est disponible sur le site de l'OFDT : www.ofdt.fr

Les études au niveau régional

Dépistages infirmiers chez les élèves de sixième (98)

Le dépistage infirmier approfondi est un bilan effectué par les infirmiers scolaires auprès des élèves. Le Rectorat, par l'intermédiaire des inspections académiques, centralise les résultats de ces dépistages. Afin de valoriser le travail effectué par les infirmiers scolaires et de suivre l'évolution de l'état de santé des jeunes Aquitains, le Rectorat, l'Agence régionale de santé d'Aquitaine et l'Observatoire régional de la santé d'Aquitaine ont souhaité mettre en place un recueil d'informations permanent sur l'état de santé des enfants des classes de 6ème à partir des dépistages infirmiers approfondis.

Dans le cadre de ce projet, la plateforme web Voozanoo™ a été utilisée afin que chaque infirmier scolaire puisse saisir et consulter les fiches des dépistages infirmiers approfondis des élèves rattachés à l'établissement auquel il est affecté. Les données saisies sont non nominatives, seul l'infirmier qui crée une fiche a la correspondance entre le numéro de l'élève et son identité.

L'informatisation des fiches des dépistages infirmiers approfondis permet de réaliser des analyses brutes des données de l'établissement. Chaque utilisateur peut ainsi réaliser les analyses qu'il désire sur les données des élèves de son établissement et mettre en place des actions de prévention spécifiques aux problématiques rencontrées.

La fiche de recueil de 2013 comprend une question sur le tabac :

Tabac (cases à cocher) : jamais / expérimentation / occasionnellement / régulièrement.

Les définitions de cet usage ne sont pas fournies.

Cette nouvelle plateforme permet donc de disposer annuellement de la prévalence du tabagisme régulier chez les élèves de sixième, âge pouvant être l'objet de l'expérimentation. Ainsi en 2013-2014, l'expérimentation du tabac concerne 2,1% des élèves scolarisés en 6eme en Aquitaine, ils sont 0,2% à fumer occasionnellement et 0,1% régulièrement.

L'observatoire des drogues pour l'information sur les comportements en région (99)

Supervisé par l'OFDT, l'observatoire des drogues pour l'information sur les comportements en régions (ODICIER) regroupe plus de 650 indicateurs sur les drogues (statistiques de vente, résultats de l'enquête ESCAPAD, résultats du Baromètre Santé, etc...) et fournit deux types de données aux plans régional et départemental, en France métropolitaine et dans les DOM :

- une série d'indicateurs dans le domaine des addictions et des dépendances - statistiques de ventes, de prises en charge sanitaire et sociale, d'interpellations d'usagers, de décès, soit toutes les données de l'ex-base ILIAD (Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions) ;
- les résultats de l'enquête ESCAPAD sur les consommations des jeunes Français de 17 ans ;
- les résultats du volet drogues de l'enquête Baromètre santé sur les consommations des Français de 15 à 75 ans.

Les indicateurs de prévalence renseignés sont « la prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans », issu de l'enquête ESCAPAD avec une périodicité de 3 ans et « l'usage quotidien de tabac de 15 à 75 ans », issu du baromètre santé avec une périodicité de 4 ans.

Le site internet est disponible à : www.odicer.ofdt.fr

Les éléments à prendre en compte dans l'indicateur et autres points de vigilance

○ L'âge d'intérêt

Il est nécessaire de définir pour quelles tranches d'âge, nous souhaitons disposer de l'indicateur. Au vu des données disponibles, il semble intéressant de disposer de l'indicateur pour les adolescents et pour les adultes.

○ Les déclinaisons socio-démographiques

Les inégalités sociodémographiques demeurent face au tabagisme, il est indispensable de décliner cet indicateur en fonction des catégories sociales afin de cibler les actions engagées dans la lutte anti-tabac.

○ La périodicité souhaitée

Actuellement, il semble possible de disposer de l'indicateur tous les deux ans. Une périodicité plus courte nécessiterait une adaptation du recueil.

○ L'état des lieux en Aquitaine

En se basant sur les chiffres fournis par l'ODICER en 2010, le tabagisme quotidien concerne 32.2% de la population en Aquitaine contre 29,1% de moyenne en France (femmes : 31.8% pour une moyenne de 26% ; hommes : 32.7% pour une moyenne de 32.4%) (100). La situation est identique chez les adolescents de 17 ans où 35% fument quotidiennement contre 32% en France (101). Cet indicateur est donc intéressant dans la région car celle-ci fait partie des plus grosses consommatrices de tabac.

Conclusion

Le tabagisme reste un problème de santé publique majeur à ce jour. L'indicateur est bien défini et les sources de données nombreuses, tant au niveau national et au niveau régional.

On peut aussi remarquer que cet indice ne concerne que le tabagisme actif. De plus, il exclut la consommation de cannabis et de cigarettes électroniques dont les usages sont en augmentation ces dernières années.

Tableau 16 : Données disponibles sur "la prévalence du tabagisme quotidien"

Etude	Promoteur de l'étude	Tranche d'âges	Années de l'étude
Données nationales			
Enquête ESPAD	OFDT	15 à 16 ans	1999, 2003, 2007, 2011, 2015
Enquête HBSC	OMS	11 à 15 ans	1994, 1998, 2002, 2006, 2010, 2014
Baromètre Santé	INPES	15 à 75 ans	1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2016
Baromètre cancer	INPES - INCA	15 à 85 ans	2005, 2010
Etude ESCAPAD	DSN	17 ans	2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011, 2014
Enquête Handicap Santé, volet ménage	INSEE	adultes	2008
Enquête sur la santé et la protection sociale	IRDES	adultes	Tous les 2 ans depuis 1998 (avant annuel depuis 1988)
Données régionales			
Dépistage infirmier sixièmes	ARS - rectorat	12 ans	Annuel
Déclinaison régionale indicateur : ODICER	Déclinaison régionale des données du baromètre santé et de l'étude ESCAPAD		

Les avantages de cet indicateur

Cet indicateur représente un problème important de santé publique. Particulièrement, la prévention du tabagisme réduit le risque de maladie grave. L'Aquitaine est une région de France qui fait partie des plus grosses consommatrices de tabac.

Il existe de nombreuses bases de données et études sur cet indicateur, tant au niveau national qu'au niveau régional.

L'OFDT (pour les adolescents) et l'INPES (pour la population générale) sont les organismes référents pour la région d'Aquitaine.

Au niveau national, l'OFDT, l'INPES, l'IRDES et la DSN sont les organismes référents.

Cet indicateur a été validé pour son utilisation.

Les limites potentielles

Cet indicateur nécessite une adaptation pour un recueil annuel.

Un travail d'harmonisation des questions posées lors des enquêtes est également nécessaire ainsi qu'une définition claire, précise et globale pour l'ensemble des études.

Cet indicateur n'inclut pas le tabagisme passif, la consommation de cannabis ou autres formes de tabac. Néanmoins, la consommation de cigarettes reste la plus importante et une des plus néfastes.

Tableau 17 : Synthèse de l'indicateur « prévalence du tabagisme au quotidien »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Etat de santé	
Variable	Quantitative (prévalence)	
Numérateur	Nombre de personnes qui déclarent fumer tous les jours	
Dénominateur	Nombre de personnes incluses dans l'échantillon	
Statut national	Existant	OFDT, INPES, IRDES, DSN
Statut régional	Existant	OFDT (adolescents), INPES (population générale)
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	Départemental	

2. Les cinq indicateurs complémentaires

Ces indicateurs se révèlent utiles mais ne furent pas retenus dans l'optique de produire un tableau de bord synthétique réduit et simple d'utilisation. Néanmoins, ils apportent des informations essentielles sur la santé générale des français et des aquitains.

1. Délai d'attente avant un traitement spécifique suite au diagnostic d'un cancer
2. La prescription médicamenteuse appropriée après un infarctus du myocarde
3. Le suivi approprié du diabète de type I et de type II
4. Le nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires annuels pour les polluants atmosphériques majeurs (ou niveau moyens annuels).
5. Exposition aux conditions de travail favorisant les troubles musculo-squeletiques

XI – Le délai d’attente avant un traitement spécifique suite au diagnostic d’un cancer

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 pour la population. Outre la réactivité du système de soins, il reflète en outre les préoccupations de coordinations des soins et de qualité de prise en charge.

L’objectif est bien sur de réduire au plus les délais car il s’agit d’une maladie grave qui a un besoin impératif de soins rapides. Des études ont aussi montré des disparités géographiques et socio-démographiques.

Au niveau national, de données sont disponibles à partir d’enquêtes de l’INCa. Trois localisations cancéreuses et huit régions ont été étudiées. Elles nécessitent cependant une adaptation pour la construction d’un indicateur utilisé en routine.

En Aquitaine, l’ORSA a collaboré sur la méthodologie de la mise en place de cet indicateur. Il pourra être intéressant d’évaluer les déclinaisons géographiques et socio-démographiques de cet indicateur sur le territoire français mais aussi aquitain.

Cet indicateur reste donc à décrire. Le Professeur Mathoulin-Pelissier, en charge de la recherche clinique à l’institut Bergonié de cancérologie de Bordeaux, a déjà été contactée et a proposé un travail commun avec le registre des cancers, le réseau de cancérologie et la plateforme Cassopiée. Ces démarches sont donc à poursuivre.

Enfin, s’agissant d’un secteur de prise en charge dédié, faisant l’objet d’une organisation spécifique, cet indicateur sera probablement moins dépendant de facteurs externes que celui du temps d’attente aux urgences par exemple. Il s’agira cependant d’un indicateur moins global que celui du temps d’attente dans un service d’urgence.

Tableau 18 : Synthèse de l’indicateur « délai d’attente avant un traitement spécifique suite au diagnostic d’un cancer »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Ressources	
Variable	Quantitative (moyenne+ écarte type)	
Numérateur	Délai (heures, jours ou mois)	
Dénominateur	Non applicable	
Statut national	Non existant	INCa, Plan Cancer
Statut régional	Non existant	ORSA, Institut Bergonié
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	Départemental	

XII - La prescription médicamenteuse appropriée après un infarctus du myocarde

Comme mentionné préalablement, les indicateurs IPAQSS ont bénéficié de la méthodologie d'élaboration par l'HAS d'indicateurs de qualité et sécurité des soins fiables et standardisés. Il est donc actuellement mesuré mais au niveau d'établissement de soins et non au niveau national ou régional. 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. Cependant, le grand nombre d'études sur cette maladie implique que le protocole peut être amené à changer fréquemment.

Les indicateurs de pratique clinique utilisés pour le calcul de l'IPAQSS et qui pourraient être reconduits sont les suivants :

- 1) Taux de prescription d'anti-agrégant plaquettaire à la sortie
- 2) Taux de prescription d'inhibiteur de l'enzyme de conversion à la sortie
- 3) Taux de prescription de bêta-bloquant à la sortie
- 4) Taux de prescription de statine à la sortie

Au niveau régional, de nombreuses sources de données sont utilisables : les registres ACIRA et REANIM qui sont coordonnées par le CCECQA à Bordeaux. L'équipe de pharmaco-épidémiologie du Pr A.Pariante au centre INSERM 1219 de l'université de Bordeaux possède une expérience dans ce domaine et pourrait être contactée pour la création de cet indicateur. Au niveau national, la SNIIRAM permet de calculer les taux à partir des médicaments remboursés lors d'une ordonnance délivrée en ambulatoire. En revanche, cette méthode n'identifie les délivrances ambulatoires et il n'est pas possible d'évaluer la prise de médicaments intra-hospitaliers. Les absences de prescription pour contre-indication ne sont pas évaluables non plus.

Conclusion : L'indicateur IPAQSS existe déjà au niveau des établissements de soins. Pour les niveaux national et régional, deux options sont possibles : l'adaptation de l'indicateur IPAQSS à ces échelons ou bien la création d'un nouvel indicateur à part entière.

Tableau 19 : Synthèse de l'indicateur « La prescription médicamenteuse appropriée après un infarctus du myocarde »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Service	
Variable	Quantitative (prévalence)	
Numérateur	Nombre de patients sortant prescrits un bêta-bloquant (exemple)	
Dénominateur	Nombre de patients sortant	
Statut national	Existant (IPAQSS)	SNIIRAM, Hôpitaux (IPAQSS)
Statut régional	Existant (IPAQSS)	REANIM, ACIRA, INSERM1219
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	Départementale	

XIII – Le suivi approprié du diabète de type I et type II

Le diabète est un problème de santé publique majeur. Selon le premier rapport mondial sur le diabète de l'OMS publié en avril 2016, on estime que 422 millions d'adultes vivaient avec le diabète dans le monde en 2014, soit une multiplication par quatre du nombre de cas depuis 1980. En France, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement (antidiabétiques oraux ou insuline) était estimée à près de 3 millions de personnes en 2013.

Pour le calcul de l'indicateur, la DREES a fourni les définitions suivantes en 2013 :

Numérateur	<p>Nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement⁴ ayant bénéficié d'au moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 remboursements pour dosage de l'hémoglobine glyquée par an - 2 remboursements pour dosage de l'hémoglobine glyquée par an - 1 remboursement pour dosage du cholestérol, triglycérides ou bilan lipidique par an - 1 remboursement pour dosage de la créatininémie par an - 1 remboursement pour dosage de la microalbuminurie par an - 1 remboursement d'ECG (ou consultation cardiologie) par an - 1 remboursement de consultation ophtalmologique (ou rétinographie) par an - 1 consultation dentaire par an
Dénominateur	Nombre de personne diabétique traitées pharmacologiquement durant l'année ou en ALD diabète

De nombreuses bases de données sont disponibles tant au niveau national qu'au niveau régional. On peut citer la SNIIRAM et l'InVS. En Aquitaine, plusieurs enquêtes ont suivi ces indicateurs, notamment l'étude ObEpi 2012 et la cohorte CONSTANCE.

Conclusion : Cet indicateur doit être mis en place. Le professeur Rigalleau, diabétologue au CHU de Bordeaux, pourrait être contacté en tant qu'expert sur le sujet.

Tableau 20 : Synthèse de l'indicateur « Le suivi approprié du diabète de type I et type II »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Ressources	
Variable	Quantitative (prévalence)	
Numérateur	Cf : définition DREES 2013	
Dénominateur	Cf : définition DREES 2013	
Statut national	A créer	SNIIRAM, InVS
Statut régional	A créer	InVS
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	Départementale	

⁴ Les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement sont identifiées par la délivrance d'anti-diabétiques oraux ou d'insuline à au moins trois dates différentes au cours de l'année (deux si au moins un grand conditionnement)

XIV- Le nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires annuels pour les polluants atmosphériques majeurs (PM10, PM2.5, NO₂, Ozone), ou à défaut niveaux moyens annuels

Les polluants atmosphériques sont définis comme des substances ayant des conséquences préjudiciables de nature à mettre en danger la santé humaine, à nuire aux ressources biologiques et aux écosystèmes, à influencer sur les changements climatiques, à détériorer les biens matériels et à provoquer des nuisances olfactives excessives (extrait de la Loi du 30 décembre 1996 sur l'Air et l'Utilisation Rationnelle de l'Energie). Les conséquences pathologiques sur le corps humains sont à la fois nombreuses et graves (annexe 3) et c'est pour cela qu'aujourd'hui l'exposition doit être limitée autant que possible.

On recense comme polluants atmosphériques les particules micrométriques (PM 10, PM 2.5) l'azote (NO₂) et l'ozone (O₃). Leurs définitions sont décrites en détail en annexe 4.

Les seuils réglementaires français sont aujourd'hui bien décrits par le décret n°2010-1250 du 21 Octobre 2010 et qui transpose la directive 2008/50/CE du parlement européen concernant la qualité de l'air ambiant en Europe. Ces seuils sont présentés en annexe 5.

En conclusion, cet indicateur n'est actuellement pas disponible en France et en région Nouvelle Aquitaine. En revanche, le réseau de surveillance de la qualité de l'air développé par les AASQA et les travaux effectués par le LCSQA rendent envisageable sa mise en place. Le niveau moyen annuel des polluants est disponible et publié chaque année dans le bilan de la qualité de l'air du Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer (MEDDE) (102).

Il existe de nombreuses sources de données en vue de la création potentielle de cet indicateur. Au niveau européen, l'agence européenne pour l'environnement (AEE) collecte les données sur la qualité de l'air sur la base de données « Airbase ». Au niveau national, la base de données « Geod'Air » rassemble l'ensemble des données produites par les AASQA. A l'échelon régional, plusieurs associations sont en cours de fusion et possèdent un grand nombre de données sur la qualité de l'air : l'association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air en aquitaine (AIRAQ), l'ATMO du Poitou-Charents et la LIMAIR du Limousin. A terme, la fusion devrait conduire à la création de l'ATMO de nouvelle-aquitaine.

Tableau 21 : Synthèse de l'indicateur « Le nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires des polluants atmosphériques majeurs »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Service rendu	
Variable	Quantitative	
Numérateur	Cf : annexe 3	
Dénominateur	Cf : annexe 3	
Statut national	A créer	MEDDE, AASQA
Statut régional	A créer	ATMO, AIRAQ, LIMAIR
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	Départementale	

XV – L'exposition aux conditions de travail favorisant les troubles musculo-squelettiques

Cet indicateur est le seul à représenter les facteurs d'exposition professionnels qui peuvent être déterminants de la santé individuelle ou de groupe (48). Les troubles musculo-squelettiques sont des affections chroniques qui représentent à elles seules près de 80% des maladies professionnelles reconnues (première cause d'arrêt de travail, d'invalidité et de sortie du travail) (103). Selon les données de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, un total de 8,4 million de journées de travail est perdu chaque année à cause des troubles musculo-squelettiques, qui génèrent 847 millions d'euros de dépenses par an (104).

Les troubles musculo-squelettiques 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'inégalité sociales de santé ; l'exposition aux risques de troubles musculo-squelettiques étant étroitement liée aux professions comportant des postures pénibles ou des activités motrices répétitives (48).

La définition de cet indicateur être précisée à ce jour, ainsi que son mode de calcul et son mode de recueil. Une déclinaison par niveau socio-professionnel rechercherait des inégalités éventuelles. En revanche, de nombreuses enquêtes et études ont déjà été conduites sur ce sujet important en santé publique (48). Notamment, les enquêtes « Sumer » (105) et « Conditions de travail » (106) ont été conduites, souvent de manière récurrentes, sur cette thématique. Egalement, les cohortes Constance (107) et Coset, qui étudie aussi les risques professionnels du monde agricole en plus du régime général (108), ont étudié ce sujet en reflétant les situations à risque indépendamment des mesures de prévention éventuelle.

Cet indicateur reste donc à décrire. De nombreuses données sont disponibles cependant et certaines ont eu des recueils récurrents (ex : Sumer), permettant un suivi dans le temps. Un contact avec l'équipe de la santé au travail du professeur Patrick Brochard à l'ISPED ou la médecine du travail du CHU de Bordeaux pourrait être entrepris pour initier les travaux.

Tableau 22 : Synthèse de l'indicateur « L'exposition aux conditions de travail favorisant les troubles musculo-squelettiques »

Indicateur	Propriété	Source
Expression	Ressources	
Variable	A définir	
Numérateur	A définir	
Dénominateur	A définir	
Statut national	A créer	Etudes Sumer, Conditions de travail, Cohortes Constances et Coset
Statut régional	A créer	
Périodicité de la mesure	Annuelle	
Granularité territoriale	Départementale	

Tableau 23 : Synthèse des dix indicateurs prioritaires

Indicateur	Actuellement mesuré au niveau régional	Données disponibles	Travaux nécessaires pour produire l'indicateur	Personnes ressources identifiées	Validation
Taux de mortalité prématurée évitable	Non	Oui	Réalisation du calcul	ORSA Laurent Maillaird	Validée
Espérance de vie sans incapacité à 50 ans	Non	Non	Mesure de la prévalence d'incapacité en région	ORSA, INED, Karine Péres, Emanuelle Cambois	Validée
Temps d'attente moyen dans les services hospitaliers d'accueil des urgences	Non	Non	Enquêtes ou horodateur dans un échantillon d'établissements	ORU Laurent Maillard	Validée
Taux de familles vivant dans des logements indignes	Non	Non		DREAL	DREAL
Accessibilité des soins de ville	Oui	Oui	Réalisation du calcul	ORSA	Validée
Taux de prescriptions inadéquates de psychotropes chez le sujet âgé	Non	Oui	Réalisation du calcul	Pr A.Pariente	Validée
Prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et adolescents	Oui	Oui	Adaptation du recueil des bilans 5 - 6 ans	Hélène Thibault RéPPOP ORSA	Validée
Prévalence du tabagisme quotidien	Oui	Oui	Extraction des données régionales des enquêtes nationales	Jean-François Tessier	Validée
Taux de renoncement aux soins courants	Non	Non	Enquête	Pr. Wittwer	
Maintien et retour à l'emploi des personnes souffrant de maladie chronique				Pr. Brochard	

V – Discussion

Les forces de cette étude

Les forces de cette étude sont nombreuses et importantes :

Tout d'abord, il s'agit de la première étude nationale qui entreprend d'objectiver de manière globale l'état de santé des citoyens résidant sur le territoire français ainsi qu'en Aquitaine. Cette étude s'associe également à la volonté de créer une stratégie nationale de santé, pilotée par le ministère en charge de la santé, actuellement dirigé par madame la ministre Marisol Tourraine.

Les résultats des indicateurs seront intégrés à un tableau de bord synthétique. Ce tableau de bord synthétique sera relayé au ministère en charge de la santé de manière annuelle pour présenter des bilans annuels mais aussi à moyen terme (cinq ans) et long terme (dix ans). Les avantages de ce tableau de bord sont multiples. Il a été choisi par volonté qu'il soit simple et facile d'utilisation. Particulièrement, le nombre d'indicateurs a été restreint à dix pour ne pas compliquer toute utilisation mais plutôt pour faciliter les conclusions. Le tableau de bord doit permettre de justifier toute décision en politique de santé auprès du ministère en charge de la santé et auprès des autres ministères publics. Enfin, le tableau de bord, de par sa transparence avec le grand public, permettra de justifier les choix auprès de la population et faciliter son adhésion aux grands projets de santé en France et en Aquitaine.

Le suivi par indicateurs en santé présente de multiples avantages. Il s'agit tout d'abord d'un moyen objectif d'évaluer la santé de la population. Les indicateurs apportent des preuves concrètes, sous forme de statistiques, des événements en lien avec la santé. Cette objectivité harmonise les discours, facilite les échanges et la prise de décision entre les différents acteurs de la santé. L'objectivité des indicateurs répond aussi à la volonté de pratiquer une médecine basée sur les faits. Il existe aussi une grande expérience de suivi par indicateurs, à la fois sur le territoire français mais aussi à l'étranger, particulièrement des pays développés (Europe, Etats-Unis d'Amérique). Cela témoigne de leur intérêt majeur pour suivre la santé des populations. Enfin, le recueil annuel permet des suivis en temps réel de la santé publique. La publication de bilans annuels mais aussi à moyen terme (cinq ans) et long terme (dix ans) permet la comparaison des états de santé ainsi que l'évaluation des interventions en santé.

Les dix indicateurs retenus et présentés sont intrinsèquement complémentaires. Ils sont articulés autour des sept grandes dimensions de la santé définies par le HCSP. Ils évaluent tantôt l'état de santé du citoyen (par exemple la mortalité prématurée évitable), tantôt l'accès aux soins, tantôt la santé mentale (par exemple la prescription inadéquate de psychotropes chez les sujets âgés) ou les conditions de travail (par exemple le maintien et retour à l'emploi de personnes souffrant de maladie chronique) et bien d'autres aspects aussi. Ils ont ainsi été choisis car ils évaluent de manière globale l'état de la santé. Ceci répond directement à la définition de la santé selon l'OMS qui déclare que le citoyen doit être apprécié dans son environnement physique, psychique, social, familial, culturel, émotionnel et spirituel. C'est la pratique même de l'approche holistique au niveau individuel.

La grande majorité des indicateurs sont définis et prêt à être utilisés sur le terrain. Les définitions sont pour la plupart simples et validées. Pour les indicateurs à cloturer, les démarches restantes ne sont plus très complexes avant leurs mises en œuvre en pratique. Les détails des organismes référents sont notamment décrits dans l'étude.

Le suivi par indicateur en santé présente aussi un avantage statistique extrêmement important. Les enquêtes sur le terrain regroupent fréquemment des centaines, des milliers ou même des dizaines de milliers de participants (voir plus dans certains cas). Cette très grande taille d'échantillon se traduit, en termes épidémiologiques, par une très forte puissance statistique lors des calculs. Ainsi, il est possible de détecter des effets faibles mais toutefois significatifs ou bien alors des effets proches de la signification, qui sont réellement significatifs et dans tous les cas de l'affirmer avec certitude. La grande taille d'échantillon permet de manière générale de réduire l'influence dans un sens spécifique d'un biais sur le résultat final.

Egalement, le mode de recueil des données joue un rôle important dans la qualité de l'enquête. Ici, le mode de recueil automatique (par exemple par transfert de données informatiques préalablement programmées à cette fin), s'il est choisi pour tous les indicateurs, présente plusieurs avantages importants. Il facilite grandement le recueil des données qui sont de plus transférées rapidement avec fiabilité par voie informatisée. Ceci réduit le temps et les coûts d'étude. Le recueil automatique réduit également l'introduction d'un biais épidémiologique. Puisque tous les sujets sont enquêtés de la même manière, parfois sans le savoir (exemple : temps d'attente aux urgences), il est évité que le biais provienne du sujet enquêté. La validité interne de l'étude est alors accrue. En contre-partie, un temps d'installation initial du mode de recueil est souvent requis avant de pouvoir collecter les données. Le recueil automatique présente aussi l'avantage d'un moindre coût puisque une enquête épidémiologique sur le terrain n'a pas besoin d'être conduite et la méthodologie d'enquête constante au fil du temps permet des comparaisons directes d'années en années.

Cette étude, pilotée par le professeur Salamon, regroupe de nombreux experts en santé publique. Nombre de ces experts sont également spécialistes d'un domaine particulier à la santé publique mais savent garder une vision globale des thématiques actuelles. Le regroupement à l'université de Bordeaux, pôle majeur de santé publique en France, des acteurs et décideurs en santé facilite les échanges, la construction et la mise en place de ces indicateurs. Le pilotage de l'étude par le professeur Salamon permet d'harmoniser les discussions avec le ministère de la santé pour obtenir un suivi officiel et validé de la santé des citoyens français. Le suivi particulier en Aquitaine permet d'évaluer l'état de la santé et leurs interventions sur un échantillon plus petit de citoyens, permettant ainsi de réduire les coûts et les temps d'études.

La région d'Aquitaine est actuellement en réorganisation géographique. Actuellement, l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Aquitaine regroupe territoires suivants pour son suivi :

- Les Landes (préfecture : Mont de Marsan)
- La Gironde (préfecture : Bordeaux)
- La Dordogne (préfecture : Périgueux)
- Le Lot et Garonne (préfecture : Agen)
- Le Navarre sur la Côte-Basque (arrondissement de Bayonne)
- Le Béarn-Soule (arrondissement de Pau et Oloron)

Néanmoins, suite à la réforme territoriale de 2015 et depuis le 1^{er} janvier 2016, la région de Nouvelle-Aquitaine a été créée. En fusionnant les anciennes régions d'Aquitaine, du Limousin et du Poitou-Charentes, la Nouvelle-Aquitaine regroupe dorénavant 12 départements et devient la plus vaste région France (métropole et outre-mer inclus). Ces changements récents devront être pris en compte mais la déclinaison des indicateurs, par exemple au niveau départemental, sera identique et permettra toujours le suivi de la santé publique et des comparaisons au cours du temps.

Les limites potentielles

Les limites de cette étude sont parcimonieuses et sont principalement liées aux caractéristiques intrinsèques des indicateurs et au mode de recueil. Il est cependant important de souligner qu'il s'agit du meilleur niveau de preuve disponible à l'heure actuelle pour répondre à l'objectif.

L'indicateur idéal possède des qualités multiples de par ses caractéristiques (3) :

- Simple : l'objectif de la simplicité doit l'emporter sur celui d'exhaustivité.
- Compréhensible : Pour qu'un indicateur soit accepté, il faut qu'il soit facile à comprendre.
- Fiable : il reflète des variations de qualité non liées aux caractéristiques des patients.
- Mesurable : il est facile à recueillir et à calculer à partir de données disponibles
- Valide : il est sensible, spécifique et reproductible.
- Pertinent pour améliorer la qualité : il évalue des événements ou pratiques sur lesquels il est possible d'agir pour réduire les écarts par rapport aux éléments clés de la qualité.

L'objectif doit donc être de tendre vers toutes ces qualités pour chaque indicateur. Parfois, cependant, il n'est pas possible d'obtenir toutes ces caractéristiques.

Une mesure en épidémiologie, comme un indicateur, présente souvent des limitations. Ainsi, il est bien reconnu qu'il est possible de modifier artificiellement la mesure par divers moyens. Le risque accroit lorsqu'on fait usage d'indicateurs de manière chronique et répétée. Des exemples de limites ou modifications artificielles sont présentés dans le tableau 22.

Tableau 22 : Limites potentielles et modifications artificielles d'indicateurs en santé

Modification ou limite	Exemple
Ajustement	Comparer l'âge de décès moyen dans deux régions sans ajustement socio-économique
Déplacement	Réduire le nombre d'AVP dans une région en déplaçant la circulation dans une autre région
Financière	Dépenser plus que nécessaire pour éviter une réduction du budget l'année suivante
Focalisation	Réduire le temps d'une suture en ne comptant que le temps passé à faire les points
Modification du parcours	Réduire le temps d'attente en instaurant une étape intermédiaire
Pertinence	Ne pas considérer l'avis des patients en se concentrant que sur des variables statistiques
Qualité des soins	Accélérer le temps d'un pansement augmentant le risque d'infection
Représentation	Ne pas rapporter toutes les erreurs médicales car négatives à l'image du personnel
Temps de séjour	Réduire la durée d'hospitalisation causant une hausse des réadmissions

Enfin, il est important de souligner que, si la création d'indicateurs en santé est un idéal pour suivre objectivement les interventions en santé, chaque acteur a ses propres intérêts économiques pour le directeur, médicaux pour le clinicien et politiques pour le ministre ou son représentant et que l'interprétation et l'attention données aux indicateurs ne sera pas la même selon le point de vue de l'acteur évaluant les données.

Néanmoins, il persiste le fait majeur qu'aujourd'hui le suivi par indicateurs en santé est le meilleur niveau de preuve disponible à l'heure actuelle pour répondre à l'objectif d'évaluer la santé de la population française et des aquitains à court, moyen et long terme. En ce sens, les forces sont nombreuses et les limites ne doivent pas inverser cette balance. D'autant, qu'un autre mode de suivi pourrait avoir ses propres inconvénients aussi.

VI Conclusion

Dix indicateurs prioritaires ont été retenus par le HCSP. Ils présentent comme force d'être représentatif des grandes dimensions de la santé en France. La création d'un tableau de bord permettra de justifier toute décision en santé auprès des ministères ainsi qu'auprès de la population facilitant ainsi son adhésion aux grands projets de santé en France et en Aquitaine. Les bilans annuels, à moyen et long terme permettront de tirer des conclusions précises et d'évaluer les effets des interventions en santé.

VII – Bibliographie

1. Holistique: Définition de Holistique | Psychologies.com [Internet]. [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Holistique>
2. Institut de recherche et d'informations socio-économiques [Internet]. [cité 8 nov 2016]. Disponible sur: <http://iris-recherche.qc.ca/>
3. Haute Autorité de Santé - Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - Principes généraux [Internet]. [cité 7 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_456514/fr/construction-et-utilisation-des-indicateurs-dans-le-domaine-de-la-sante-principes-generaux
4. HCSP. Eléments pour une stratégie nationale de santé et pour une nouvelle loi de santé publique. Contribution au rapport de la mission d'Alain Cordier. Avril 2013.
5. Note de réponse à la saisine de Mme le 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, Haut Conseil de la Santé Publique, 2 mai 2014 [Internet]. [cité 3 déc 2015]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsprn20140502_repmintdbetatsante_fonctsyssante.pdf
6. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé - Indicateurs de qualité des soins - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 7 nov 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/indicateurs-de-qualite-des-soins/article/les-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-dans-les-etablissements-de>
7. La semaine de la sécurité des patients - Semaine de la sécurité des patients - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 11 nov 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/securite-des-soins-securite-des-patients/semaine-de-la-securite-des-patients/SSP>
8. Scope Santé [Internet]. [cité 11 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.scopesante.fr>
9. Haute Autorité de Santé - Indicateurs de qualité et de sécurité des soins obligatoires et soumis à diffusion publique [Internet]. [cité 7 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2037368/fr/indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-obligatoires-et-soumis-a-diffusion-publique
10. Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales [Internet]. [cité 7 nov 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/indicateurs-de-qualite-des-soins/article/les-indicateurs-du-tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales>
11. Haute Autorité de Santé - IQSS 2016 - IAS (ex-TBIN) : campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) du thème « Infections Associées aux Soins » [Internet]. [cité 11 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022303/fr/ipaqss-2015-recueil-generalise-des-indicateurs-tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-tbin
12. Haute Autorité de Santé - IPAQSS : Résultats des campagnes de recueil et impact des dispositifs d'amélioration de la qualité [Internet]. [cité 12 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970821/fr/ipaqss-resultats-des-campagnes-de-recueil-et-impact-des-dispositifs-d-amelioration-de-la-qualite
13. Haute Autorité de Santé - IQSS : recueils des indicateurs de qualité et de sécurité des soins [Internet]. [cité 12 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/fr/iqss-recueils-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins

14. HCSP. Indicateurs de mortalité «prématurée» et «évitable» [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2013 févr [cité 26 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=357>
15. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB, et al. Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method. *N Engl J Med*. 11 mars 1976;294(11):582-8.
16. Carstensen B. European community atlas of 'avoidable death'. W. W. Holland (Ed), Oxford University Press, Oxford, 1988. No. of pages: xxiii + 356. Price: £40. *Stat Med*. mai 1989;8(5):635-635.
17. Frankreich, éditeur. La santé en France 1994 - 1998. Paris: Documentation Française; 1998. 309 p. (Rapport / Haut Comité de la Santé Publique).
18. Office for National Statistic (United Kingdom) Definition of avoidable mortality, April 2012.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.ons.gov.uk/ons/about-ons/get-involved/consultations/archived-consultations/2011/definitions-of-avoidable-mortality/definition-of-avoidable-mortality.pdf>
19. Etudes et statistiques - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. L'état de la santé de la population, rapport 2009-2010. [Internet]. [cité 26 nov 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>
20. La mortalité prématurée évitable en Aquitaine, decembre 2012, orsa.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2015]. Disponible sur: http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa?task=callelement&format=raw&item_id=1091&element=afc34fd5-98af-4f44-9404-6169de4221c5&method=download
21. Pérès K, Edjolo A, Dartigues J-F, Barberger-Gateau P. Recent Trends in Disability-Free Life Expectancy in the French Elderly & Twenty Years Follow-Up of the Paquid Cohort. *Annu Rev Gerontol Geriatr*. 1 févr 2013;33(1):293-311.
22. Cambois E, Robine J-M. Les espérances de vie en bonne santé des Européens. avril 2013 [cité 1 mars 2016]; Disponible sur: <http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-2236.pdf>
23. La santé en France et en Europe: convergences et contrastes [Internet]. [cité 27 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=268>
24. Sieurin A, Cambois E, Robine J-M, others. Les espérances de vie sans incapacité en France: une tendance récente moins favorable que dans le passé [Internet]. Ined; 2011 [cité 23 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-2234.pdf>
25. Cambois E, Robine J. Inégalités sociales d'espérance de vie sans incapacité en France: résultats et points de méthodologie. *médecine/sciences*. 2000;16(11):1218.
26. Statistiques sur la mortalité et l'espérance de vie - Statistics Explained [Internet]. [cité 27 nov 2016]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics/fr
27. Enquête Handicap-santé 2008 - Volet Ménages / HSM | Insee [Internet]. [cité 27 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/s1245>
28. Autoquestionnaire adulte enquête Handicap-Santé, INSEE, 2008.
29. DREES - Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières, Séries Etudes et Recherche, mars 2013.
30. FEDORU - Panorama des ORU, activité des structures d'urgences 2014.
31. Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de

médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires | Legifrance [Internet]. [cité 27 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027825549>

32. DRESS - Les usagers des urgences, premiers résultats, Etudes et Résultats n°212, janvier 2003.
33. Cours des comptes, Les urgences médicales, Février 2007.
34. Société Française de Médecine d'Urgence - Le triage en structure des urgences, 2013.
35. DREES - L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières: retour sur une enquête inédite, Santé et Protection sociale, avril 2015 [Internet]. [cité 19 janv 2016]. Disponible sur: http://jms.insee.fr/files/documents/2015/S21_3_PRESENTATION_V1_RICROCH_JMS2015.PDF
36. FEDORU, Recommandations, Hôpital en tension, version 2, Novembre 2015.
37. Renoncement aux soins, une approche socio-anthropologique, Questions d'économie de la santé - IRDES, n°169, octobre 2011.
38. Stratégie nationale de santé, Ministère de la santé, septembre 2013.
39. Actes du colloque de renoncement aux soins, Paris 2011, DREES.
40. Fichiers «assurés» et «prestations» du régime général, de la RSI et de la MSA.
41. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires: une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. Chaupain Guillot S., Guillot O, Jankeliowitch Laval E, 2014, Economie et Statistique, n°469-470.
42. Renoncement aux soins pour raisons financières, Legal R, Vicard A, Dossiers Solidarité et Santé, n°66, 2015.
43. LOI n° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion | Legifrance [Internet]. [cité 9 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/3/25/LOGX0815554L/jo#JORFARTI000020439364>
44. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 10 févr 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171062&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
45. DREAL Aquitaine Lettre de l'observatoire régional de l'habitat et du logement, novembre 2012.pdf.
46. Krieger J, Higgins DL. Housing and Health: Time Again for Public Health Action. *Am J Public Health.* mai 2002;92(5):758-68.
47. Les Cahiers de décimal de l'Insee - Atlas social du Poitou-Charentes- Habitat indigne.pdf.
48. 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.
49. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité potentielle localisée (APL): Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins. déc 2012 [cité 4 janv 2016]; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT51AccessibilitePotentielleLocalisee.pdf>
50. Accessibilite Potentielle Localisee, Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France, IRDES-DREES.

51. La santé et ses déterminants, aperçu en quelques indicateurs, Observatoires Régionaux de Santé Aquitaine/Limousin/Poitou-Charentes, novembre 2015.
52. Médicaments psychotropes, consommation et pharmacodépendances, expertise collective, INSERM, 2012.pdf.
53. Avorn J. Improvin drug use in elderly patients. JAMA 2001.
54. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes, l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2006.
55. Améliorer la prescription des psychotropes chez les sujets âgés, HAS, octobre 2007.pdf.
56. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées: intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Rev Médecine Interne. juill 2009;30(7):592-601.
57. Rapport final sur les indicateurs de suivi de l'état de santé de la population, DREES, 2013.pdf.
58. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, et al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. Int J Methods Psychiatr Res. 2002;11(2):55-67.
59. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, ANSM, décembre 2013.
60. Lecadet J. Médicaments psychotropes, consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000.
61. Jardin M, Bocquier A, Cortaredona S, Nauleau S, Millon C, Savard-Chambard S, et al. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inadaptées chez les personnes âgées: une étude en Provence-Alpes-Côte d'Azur à partir des données de remboursements de l'Assurance maladie. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. avr 2012;60(2):121-30.
62. Bongue B, Laroche ML, Gutton S, Colvez A, Guéguen R, Moulin JJ, et al. Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France: a population-based study from the French National Insurance Healthcare system. Eur J Clin Pharmacol. déc 2011;67(12):1291-9.
63. Bénard-Larivière A, Noize P, Pambrun E, Bazin F, Verdoux H, Tournier M, et al. Comorbidities and concurrent medications increasing the risk of adverse drug reactions: prevalence in French benzodiazepine users. Eur J Clin Pharmacol [Internet]. 29 mars 2016 [cité 5 avr 2016]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00228-016-2044-y>
64. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent, recommandations HAS, 2003.
65. H.Thibault, C.Carrière. La collation à l'école maternelle : évolution des perceptions et pratiques des enseignants d'Aquitaine, 2010.
66. Etude nationale nutrition santé 2006, premiers résultats, InVS 2007.
67. Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007, InVS.
68. Santé publique France - InVS / Accueil [Internet]. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/>
69. Etude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA2), Afssa, 2009.
70. Thibault H, Contrand B, Saubusse E, Baine M, Maurice-Tison S. Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: Physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. Nutrition. févr 2010;26(2):192-200.

71. Thibault H, Carriere C, Langevin C, Kossi Déti E, Barberger-Gateau P, Maurice S. Prevalence and factors associated with overweight and obesity in French primary-school children. *Public Health Nutr.* févr 2013;16(2):193-201.
72. La santé des élèves de sixième, situation dans les établissements publics d'Aquitaine en 2013-2014, ORSA.
73. Accueil | Reppop aquitaine [Internet]. [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.reppop-aquitaine.org/>
74. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France. Anal L'enquête Baromètre Santé [Internet]. 2010 [cité 29 mars 2016];2010. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Beck_Francois/publication/262002316_Tobacco_smoking_in_France/links/0c960536367c8a7f73000000.
75. Hill C. Hill C., «Épidémiologie du tabagisme», *La Revue du Praticien- Monographie*, Vol. 62, n° 3, 2012, pp. 325-329. (62):325-9.
76. DRESS, Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population, rapport final, 2013.
77. Note de réponse à la saisine de Mme le 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, Haut Conseil de la Santé Publique, 2 mai 2014 [Internet]. [cité 3 déc 2015]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsn20140502_repmintdbetatsante_fonctsyssante.pdf
78. Maestracci Nicole, *Drogues et prévention des dépendances, une nouvelle approche*, Adisp n°29, décembre 1999.
79. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 .pdf.
80. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 .pdf.
81. Plan cancer 2003-2007.
82. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
83. Convention cadre anti-tabac, OMS, 2003.
84. Plan cancer 2009-2013.
85. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.
86. OFDT, livret juridique sur les drogues, avril 2004.
87. Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac | Legifrance [Internet]. [cité 24 mars 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F8F48F0A65E1052A8693EB6F568E46B7.tpdila12v_3?cidTexte=JORFTEXT000022120525&dateTexte=29990101
88. Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2011, ODFT, mai 2012.
89. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Godeau E, Navarro F, Arnaud C, France, Académie (Toulouse), et al. *La santé des collégiens en France, 2010: données françaises de l'enquête internationale Health behaviour in school-aged children*, HBSC. Saint-Denis: INPES éd. 2012.
90. Baromètre santé de l'Inpes - OFDT, volet « addictions », site internet. [Internet]. [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/baro-sante/>
91. Guignard R, Beck F, Wilquin JL, Andler R, Nguyen-Thanh V, Richard JB, et al. La consommation de tabac en France et son évolution: résultats du Baromètre santé 2014. *Bull*

Epidémiol Hebd. 2015;(17-18):281-8. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/17-18/2015_17-18_1.html.

92. Questionnaire Baromètre Santé, INPES, 2014.
93. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Beck F, Gautier A, Institut national du cancer (France). Baromètre cancer 2010. Saint-Denis: Éd. INPES; 2012.
94. Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML. Estimations 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans. Enq Sur Santé Consomm Lors L'appel Préparation À Déf ESCAPAD [Internet]. 2011 [cité 23 mars 2016]; Disponible sur: <http://www.herault.gouv.fr/content/download/15524/100068/file/Estimation%202014%20des%20consommations%20de%20produits%20psychoactifs%20a%2017%20ans>.
95. Auto-questionnaire adulte enquête Handicap-Santé, INSEE, 2008.
96. Questionnaire ESPS, enquête 2012, IRDES.
97. Lermenier-Jeannet, Tabagisme et arrêt du tabac en 2015, OFDT, février 2016.
98. La santé des élèves de sixième, situation dans les établissements publics d'Aquitaine en 2013-2014, ORSA.
99. Cartographie ODICER - OFDT (site internet) [Internet]. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/regions-et-territoires/cartographie-odicer/>
100. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010 - 1513.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513>.
101. Nézet L. analyse régionale d'EscAPAD 2011, OFDT, 2011. 2014 [cité 18 mars 2016]; Disponible sur: <http://pedagogie.ac-toulouse.fr/sbssa/IMG/pdf/eftxolua>.
102. Ministère de l'Environnement, de l'Energie et de la Mer [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.developpement-durable.gouv.fr/>
103. Enquête sip statistique « Santé et itinéraire professionnel » [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/sante-et-itineraire-professionnel-sip>
104. Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population: Révision 2013 - Rapport final - Série Sources et méthodes - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/indicateurs-de-suivi-de-l-etat-de-sante-de-la-population-revision-2013-rapport>
105. Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer): édition 2010 - Enquêtes (de A à Z) - Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition>
106. Conditions de travail : édition 2013 - Enquêtes (de A à Z) - Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/conditions-de-travail-edition-2013>
107. Constances | Améliorer la santé de demain [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.constances.fr/>
108. InVS > Cohorte santé et travail - (Coset) [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.coset.fr/index.htm>

VIII – Annexes

Annexe 1 : Indicateurs de spécialités recueillis en 2015, dans le secteur MCO (13)

Spécialité	Indicateur	MCO	HAD, SSR, PSY, SLD
IDM	BASI 2 : prescriptions médicamenteuses appropriées après un infarctus du myocarde	X	
	HYG : Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un IDM	X	
AVC	DHS : Date et heure de survenue des symptômes lors de la PeC initiale	X	
	EPR 1 : Evaluation par un professionnel de la rééducation lors de la PeC initiale de l'AVC	X	
	AVC-TDP : Tenue du dossier patient dans le cadre de la PeC de l'AVC	X	
PP-HPP	DEL : Prévention lors de la délivrance	X	
	SURMIN : Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement	X	
	PECIHPPI : PeC initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat	X	
DIA	EAT : Accès à la transplantation rénale	X	
	SPH : Suivi des patients hémodialysés	X	

IDM : Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde

AVC : Prise en charge de l'accident vasculaire cérébrale

PP-HPP : Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum

DIA : Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chronique

Depuis 2008, les établissements de santé ayant une activité MCO transmettent à la HAS un ensemble de données qui permettent de calculer les indicateurs de qualité et sécurité des soins et de suivre leur évolution dans le temps.

L'enquête a lieu chaque année depuis 2008. En 2016, il s'agit de la sixième campagne nationale (recueil des données 2015). Le recueil consiste en une enquête rétrospective, portant sur un échantillon de séjours tirés au sort. Ce type d'enquête nécessite d'accéder aux dossiers des patients et d'analyser l'information qu'ils contiennent.

Le recueil des indicateurs du thème MCO s'est déroulé du 1^{er} mars au 27 juin 2016.

Annexe 2 : Pays étrangers ayant un suivi du système de soins par indicateurs

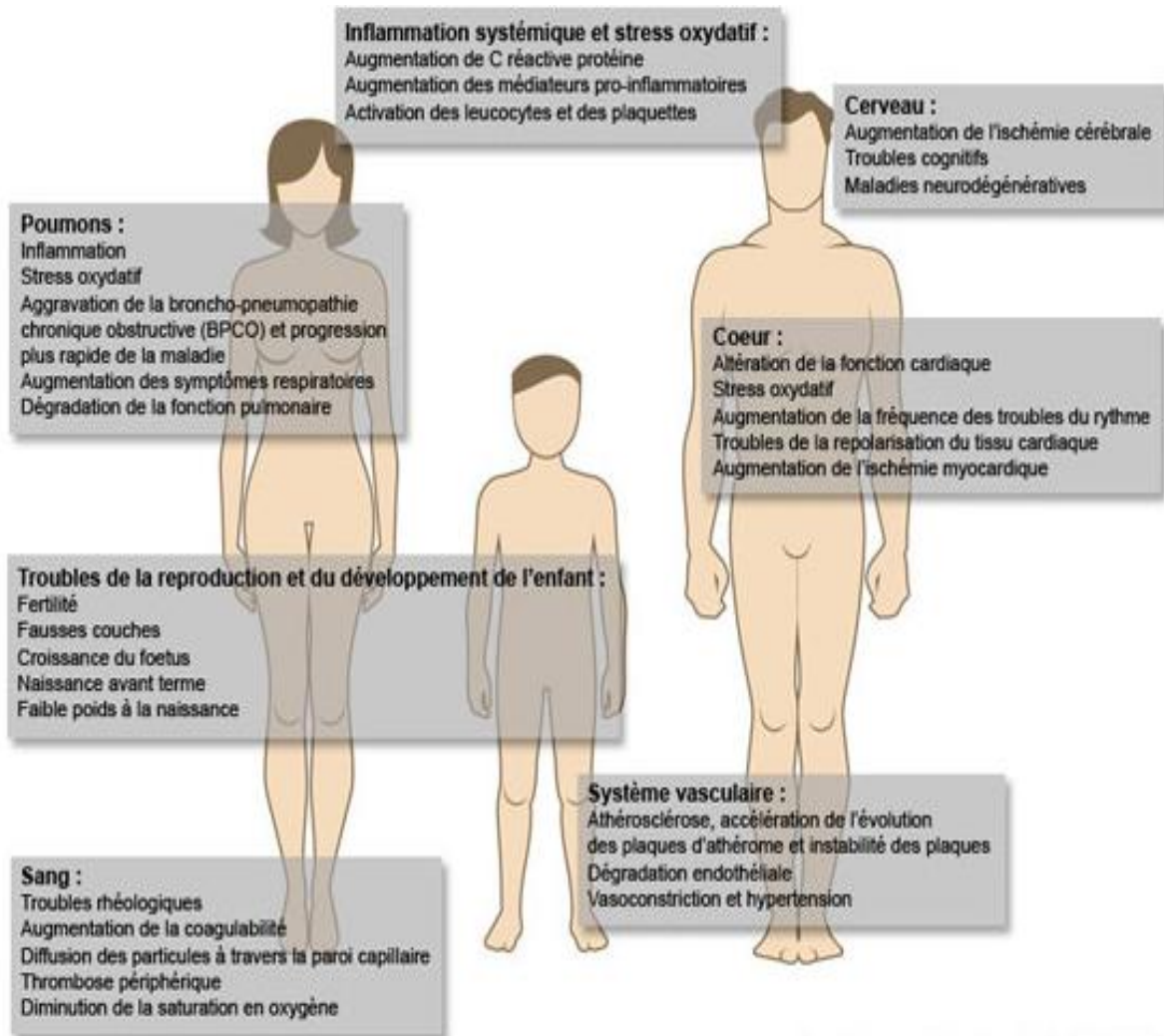
Pays	Structure de recueil
Australie	Un tableau de bord pour chacune des priorités De performance du système de santé
Canada	Indicateurs de sous-programmes Indicateurs de disparité ICIS : Performance du système de santé
Irlande	33 objectifs détaillés
Nouvelle-Zélande	6 objectifs et 6 indicateurs
Royaume-Uni	Public health outcomes framework NHS outcomes framework
Suède	Tableau de bord de suivi
Etats-Unis d'Amérique	Healthy people : 600 indicateurs LHI : 12 thèmes et 26 indicateurs NPS : Programme de prévention

Annexe 3 : Liste des indicateurs utilisés dans les études menées au sein de l'équipe Pharmaco-épidémiologie du CR1219, en partenariat avec d'autres équipes du CR 1219 de l'Université de Bordeaux. (Source : Professeur Antoine Pariente).

Prescription inadéquate de psychotropes chez le sujet âgé

- a. fréquence d'utilisation des benzodiazépines à longue demi-vie chez les sujets de 65 ans et plus
- b. fréquence d'utilisation prolongée de benzodiazépines chez les sujets de 65 ans et plus
- c. fréquence d'utilisation de benzodiazépines en association avec d'autres médicaments à risque d'effet indésirables, par catégorie d'âge
- d. fréquence d'utilisation trop courte d'antidépresseurs, par catégorie d'âge
- e. fréquence d'utilisation d'antidépresseurs en association avec d'autres médicaments à risque d'effet indésirables, par catégorie d'âge
- f. fréquence d'utilisation de neuroleptiques conventionnels et de neuroleptiques atypiques dans la population adulte, par catégorie d'âge
- g. fréquence d'utilisation des neuroleptiques en association avec d'autres médicaments à risque d'effet indésirables, par catégorie d'âge
- h. fréquence d'utilisation des médicaments anticholinergiques (risque de troubles cognitifs et de confusion) chez la personne âgée
- i. fréquence d'utilisation inappropriée de benzodiazépines dans la population générale et par catégorie d'âge (indicateur combinée, mesure effectuée sur une base trimestrielle à l'aide des données de l'Assurance-Maladie à l'échelon national)

Annexe 4 : Les conséquences pathologiques des polluants atmosphériques :



Source : Programme de surveillance air et santé, InVS, 2014

Annexe 5 : Polluants atmosphériques – définitions :

PM₁₀ : particules, ou poussières en suspension dont le diamètre est inférieur à 10 micromètres.

PM_{2,5} : particules, ou poussières en suspension dont le diamètre est inférieur à 2,5 micromètres.

Les sources des particules sont très nombreuses : origine naturelle (érosion des sols, pollen, etc...), activités humaines par la combustion incomplète des combustibles fossiles.

NO₂ : Dioxyde d'azote. Emis principalement lors des phénomènes de combustion à haute température (combustibles fossiles, procédés d'incinération).

O₃ : Ozone. C'est un polluant dit secondaire car il n'est pas directement émis dans l'air par les activités humaines ou par les sources naturelles. Il résulte de réactions chimiques complexes, sous l'effet du rayonnement solaire, entre des précurseurs gazeux que sont principalement les oxydes d'azote (NOx) et les composés organiques volatils (COV).

Annexe 6 : Seuils réglementaires sur la qualité de l'air ambiant : Le décret n°2010-1250 du 21 Octobre 2010 relatif à la qualité de l'air en lien avec la directive 2008/50/CE du parlement européen.

Polluants	Objectifs de qualité	Valeurs limites pour la protection de la santé humaine	Seuils de recommandation et d'information	Seuils d'alerte
PM10	Moyenne annuelle : 30 µg/m³	- Moyenne annuelle : 40 µg/m³ - Moyenne journalière : 50 µg/m³ à ne pas dépasser plus de 35 jours par an	Moyenne journalière : 50 µg/m³	Moyenne journalière : 80 µg/m³
NO2	Moyenne annuelle : 40 µg/m³	- Moyenne annuelle : 40 µg/m³ - Moyenne horaire : 200 µg/m³ à ne pas dépasser plus de 18 heures par an	Moyenne horaire : 200 µg/m³	- Moyenne horaire : 400 µg/m³ dépassé sur 3 heures consécutives 200 µg/m³ si dépassement de ce seuil la veille, et risque de dépassement de ce seuil le lendemain
Ozone	120 µg/m³ pour le maximum journalier sur 8 heures pendant une année civile		Moyenne horaire : 180 µg/m³	Moyenne horaire: 240 µg/m³ Seuils d'alerte pour la mise en œuvre progressive de mesures d'urgence, en moyenne horaire : 1er seuil : 240 µg/m³ dépassé pendant trois heures consécutives 2e seuil : 300 µg/m³ dépassé pendant trois heures consécutives, 3e seuil : 360 µg/m³

Polluant	Valeur limite	Objectif de qualité	Valeur cible	Objectif de réduction de l'exposition par rapport à l'IEM 2011 ⁵ , qui devrait être atteint en 2020	
PM2,5	Moyenne annuelle : 25 µg/m³	Moyenne annuelle : 10 µg/m³	Moyenne annuelle : 20 µg/m³	Concentration initiale, "IEM 2011" en µg/m³ :	Objectif de réduction
				<= à 8,5 µg/m³	0%
				> 8,5 et < 13 µg/m³	10%
				>=13 et < 18 µg/m³	15%
				>=18 et < 22 µg/m³	20%
>=à 22 µg/m³	Toute mesure appropriée pour atteindre 18 µg/m³				

⁵ IEM 2011 : indicateur d'exposition moyenne de référence, correspondant à la concentration moyenne annuelle en µg/m³ sur les années 2009, 2010, 2011

Liste des abréviations

AASQA : Associations agrégées de surveillance de la qualité de l'air
ACIRA : Registre aquitain de cardiologie interventionnelle
ADL : Activities of daily living
AIRAQ : Association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air en aquitaine
ALD : Affection de longue durée
ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM : Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé
APL : Accessibilité potentielle localisée
ARACT Aquitaine : Action régionale pour l'amélioration des conditions de travail en Aquitaine
ARS : Agence régional de santé
ATIH : Agence technique de l'informatisation sur l'hospitalisation
ATMO : Surveillance des polluants atmosphériques
AVP : Accidents de la voie publique
BIEN : Base d'information économique notariale
CCECQA : Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
CépiDC : Centre épidémiologique sur les causes médicales de décès (unité INSERM)
CLARTE : Consortium Loire-Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectif et moyen
DARES : Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques
DOM : Département d'outre mer
DPA : Dossier patient
DSN : Direction du service national
DREAL : Direction régionale de l'environnement, l'aménagement et du logement en Aquitaine
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH : Direction des ressources humaines
EGB : Echantillon généraliste de bénéficiaires
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes
ENNS : Etude nationale nutrition santé
ENWHP : European network for workplace health promotion

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations à l'appel à la préparation de la défense
ESPAD : Enquête « European School Project on Alcohol and other Drugs »
ESPS : Enquête sur la santé et la protection sociale
ETP : Education thérapeutique du patient
EU-SILC : European Union - Statistics on Income and Living Conditions
EVSI : Espérance de vie sans incapacité à 50 ans
FEDORU : Fédération des observatoires des urgences
FR-SPS : Fédération de la recherche en Santé publique, Société
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
HBSC : Health Behaviour in School Aged Children
HCSP : Haut conseil de santé publique
HET : Hôpital en tension
IADL : Instrumental activities of daily living
ICIS : Institut canadien d'information sur la santé
IMC : Indice de masse corporelle
INCA : Enquête individuelle nationale des consommations alimentaires
INCa : Institut national du cancer
INED : Institut national des études démographiques
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IOTF : International Obesity Task Force
IQSS : Indicateur de qualité et sécurité des soins
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISO : Infection de site opératoire
LCSQA : Laboratoire central de surveillance de la qualité de l'air
LHI : Leading health indicators (Etats-Unis d'Amérique)
LIMAIR : La surveillance pour la qualité de l'air en Limousin
MAEH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
MEDDE : Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'
MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
NHS : National health service (Royaume-Uni)
NPS : National prevention strategy (Etats-Unis d'Amérique)
OCDE : Organisation de coordination et développement économique
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONS : Office for national statistics
OPEPS : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé
ORSA : Observatoire régional santé d'Aquitaine
ORU : Observatoire régional des urgences
OSCOUR : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
PeC : Prise en charge
PMI : Protection maternelle et infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS : Programme national nutrition santé
PTG : Prothèse totale de genou
PTH : Prothèse totale de hanche
RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
REANIM : Registre aquitain des infarctus du myocarde
RéPPOP : Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie
ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
RPU : Résumé de passage aux urgences
SAE : Statistique annuelle d'établissement
SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SNS : Stratégie nationale de santé
SRCV : Statistiques sur les ressources et les conditions de vie
SSR : Soins de suite et réadaptation
SurSaUD : Surveillance sanitaire des urgences et des décès
TDB : Tableau de bord
TMS : Troubles musculo-squelettiques

Résumé

Contexte : Le ministère de la santé a initié en 2013 la stratégie nationale de santé. Le Haut Conseil de Santé Publique a créé en réponse un tableau de bord synthétique. Ce tableau de bord, constitué d'une dizaine d'indicateurs représentatifs de la santé des français, a pour objectif de justifier les décisions prises en santé par le ministère et d'apporter une transparence sur la santé des citoyens français en vue de faciliter leur adhésion aux grands projets en santé publique. Ce tableau de bord doit permettre des bilans annuels, à moyen et à long terme. L'objectif est de décrire les dix indicateurs prioritaires retenus par le Haut Conseil de Santé publique et les étapes nécessaires à leur mise en place au niveau régional et national.

Méthodes : La littérature est extraite à partir de base de données type Pubmed et Google Scholar. Les choix sont discutés en réunion de concertations et validés en comité de groupe.

Résultats : Le taux de mortalité prématurée évitable, l'espérance de vie sans incapacité à 50 ans, le temps d'attente moyen dans les services d'accueil des urgences, le taux de renoncement aux soins courants, le taux de familles vivant dans des logements indignes, l'accessibilité aux soins de ville, le taux de prescription inadéquates chez le sujet âgé, le maintien et retour à l'emploi des personnes souffrant de maladies chroniques, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents et la prévalence du tabagisme quotidien sont retenus. Les étapes pour leur mise en place sont décrites tout en identifiant l'organisme référent. Le mode de recueil des données peut être par enquêtes sur le terrain ou par informatisation des données. Ce dernier présente l'avantage d'un transfert d'information rapide, fiable et constant dans le temps. En revanche une harmonisation des systèmes d'information est nécessaire pour tout suivi.

Conclusion : Le tableau de bord synthétique à relevé annuel permettra des conclusions précises sur la santé des français et l'évaluation des interventions en santé à court, moyen et long terme.

Mot clés : Tableau de bord, Haut Conseil de Santé Publique, Stratégie nationale de santé, mode de recueil, informatisation des données

Summary

Background: The french ministry of health initiated in 2013 the national strategy of health. The High Public Health Council was approached to create a synthetic scoreboard. This scoreboard, made of ten indicators representative of the health of the French population, will justify healthcare decisions by the ministry and, through its transparency with the public, allow the population to adhere to major public health interventions. This scoreboard will be measured annually. The goal of this study is to describe the ten priority indicators retained by as well as to describe in detail the steps necessary to their implementation at a regional and national level.

Methods: Medical literature is searched through databases such as Pubmed or Google Scholar. Choices are discussed in multidisciplinary meetings and validated by small groupe committees.

Results: Premature avoidable mortality rate, life expectancy without incapacity at 50, the average waiting time in accident and emergency, the refusal rate to routine care, the prevalence of families living in unworthy accomodation, the accessibility to primary care, the inadequacy prescription rate for psychotropic drugs in elderly patients, the maintenance in employment for patients with a chronic illness, the prevalence of obesity in children and adolescents and the prevalence of daily smoking were retained. The responsible body for each is identified. The mode of data collection can be either by on field studies or by information systems. The advantage of the latter is to allow simplicity, speed and reliability of transfer of information. However, information systems need to be harmonied prior to their application for long term follow up.

Conclusion: The synthetic scoreboard with annual measures will lead to precise conclusions and the ability to evaluate public heath interventions at short, medium and long term.

Key words: Scoreboard, High Public Health Council, National strategy of health, collection of data. information system

Le serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tous pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.